



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



26 - ¿EXISTE UN PUNTO DE CORTE ÓPTIMO EN EL TEST DE SUPRESIÓN CON DEXAMETASONA PARA EL DESPISTAJE DE SECRECIÓN AUTÓNOMA DE CORTISOL?

M. Araujo Castro^a, C. Robles Lázaro^b, P. Parra Ramírez^c, M.A. Sampedro Núñez^d, P. Gracia Gimeno^e y M. Marazuela^d

^aHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ^bHospital Clínico de Salamanca. ^cHospital Universitario La Paz. Madrid. ^dHospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^eHospital Royo Villanova. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Analizar las diferencias fenotípicas y evolutivas de 4 grupos según el TSD (?g/dl) (1,8 (A), 1,8-3 (B), ? 3-5 (C) y ? 5 (D)) e identificar el punto de corte que mejor discrimina la asociación a comorbilidades.

Métodos: Estudio retrospectivo y multicéntrico de 223 incidentalomas adrenales. Se excluyeron el carcinoma adrenal, HAP, feocromocitoma y los casos con valor desconocido en el TSD inicial. Se analizaron 149 casos. Las variables categóricas se compararon con la prueba χ^2 ; las continuas con ANOVA (> 2 grupos), la t-Student (2 grupos) y la t para medidas intrasujeto (seguimiento).

Resultados: Edad media = 62,8 años y 57,1% de mujeres. Distribución de los grupos (%): 63,8 (A), 22,2 (B), 8,7 (C) y 5,4 (D). Las medias en el TSD fueron (p 0,0001): 1,19 (A), 2,23 (B), 3,79 (C) y 5,30 (D). En el estudio comparativo de los 4 grupos se detectó una mayor prevalencia de diabetes (DM) en C (p = 0,047) y de enfermedad cerebrovascular (ECeV) en C y D (p = 0,029). El grupo D presentó un IMC más bajo (p = 0,002) y un cortisol libre urinario (CLU) (p = 0,014) y diámetro máximo del adenoma (DMA) (p = 0,007) más elevados. No se encontraron otras diferencias significativas. No se encontraron diferencias significativas entre B frente a C. Entre C frente a D, la TAS fue más elevada en C (p = 0,05). Entre los grupos A frente a B+C+D, hubo una menor prevalencia de DM (p = 0,039), un IMC (p = 0,028) y ACTH (p = 0,021) más elevadas y un DMA menor (p = 0,002) en A. Tras un seguimiento medio de 34,65 meses, el cambio en el TSD fue de 0,17 (A), 0,08 (B), -0,20 (C) y -13,41 (D) (p = 0,001). Se operaron 9 casos, 1 falleció y en el resto se mantuvo actitud expectante. No hubo cambios significativos en la glucemia, IMC, TA, LDL, HDL, triglicéridos ni DMA.

Conclusiones: El TSD debe ser interpretado como un continuo. No obstante, un valor ? 3 ?g/dl es el que mejor predice el desarrollo de DM y ECeV; y con ? 5 ?g/dl aumenta la sensibilidad del CLU. Una actitud expectante puede ser adecuada para la mayoría de los casos.