



## P-101 - ¿QUÉ APORTA EL ANÁLISIS DE LA CURVA DE INSULINA TRAS SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA EN EL ESTUDIO DE MUJERES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO?

*S. Echeverría Andueza, J. Zapata Cárdenas, E. Chumbiauca Vela y F. Escalada San Martín*

Clínica Universidad de Navarra.

### Resumen

**Objetivos:** Determinar la relación entre los diferentes patrones de insulinemia tras sobrecarga oral de glucosa (SOG, 75 gr) con la composición corporal y los niveles androgénicos en pacientes con síndrome de ovario poliquístico (SOP).

**Material y métodos:** Seleccionamos a pacientes vistas en la consulta de Endocrinología en la Clínica Universidad de Navarra (2005-2020) con diagnóstico de SOP (criterios de Rotterdam) y realización concomitante de Curva de glucosa e insulina (0, 30, 60, 90 y 120 minutos) tras SOG (75 gr) y estudio de composición corporal mediante plethysmografía por desplazamiento de aire y ViScan. De manera arbitraria, hemos establecido 2 patrones diferentes de curva de insulinemia. Curva “normal” en la que existe un pico de insulinemia y posteriormente descenso progresivo hasta la finalización de la prueba; y curva “mantenida” en la que se observa un pico de insulinemia cuyo valor desciende menos de un 20% en los próximos 60 minutos.

**Resultados:** Hemos seleccionado a un total de 46 mujeres (edad media 25,6 años). El 6% presenta normopeso, 4% sobrepeso y 90% obesidad ( $IMC\ 32,8 \pm 6,9\ kg/m^2$  y grasa corporal total  $44,6 \pm 8,3\%$ ). El 19,5% muestra alteración del metabolismo de los hidratos de carbono (AMHdC) (glucemia basal alterada, intolerancia hidrocarbonatada o DM2) y el 28% criterios de insulinorresistencia (HOMA-R, Matsuda o ambas). Tras la SOG, 13 pacientes hacen pico insulínico a los 30 minutos, 15 pacientes a los 60, 13 pacientes a los 90 y 5 al minuto 120. Se observa una mayor proporción de AMHdC en aquellas con el pico a los 120' (60%) respecto al resto (17%). No se han encontrado diferencias significativas comparando los 4 grupos de pacientes según el pico insulínémico en relación con grasa corporal total, grasa visceral, insulinorresistencia ni androgenemia (testosterona total, androstendiona, SHBG y DHEA-S). 38 pacientes cumplen criterios de curva “normal” y 8 de curva “mantenida”. Aquellas con curva “mantenida” tienen mayor porcentaje de grasa corporal total (47,4% vs 44,0%) y de IMC ( $35,1\ kg/m^2$  vs  $32,3\ kg/m^2$ ) respecto a aquellas con patrón “normal”, aunque sin significación estadística.

**Conclusiones:** Encontramos una alta prevalencia de alteración del metabolismo de los HdC y de insulinorresistencia en nuestra cohorte de mujeres con SOP y obesidad (19,5% y 28% respectivamente). En el grupo con pico insulínico a los 120 minutos observamos una mayor proporción de AMHdC y en aquellas con curva “sostenida” un mayor porcentaje de grasa corporal total. No se han encontrado correlaciones significativas entre diferentes dinámicas de curva y androgenemia y composición corporal probablemente por la homogeneidad de las pacientes en cuanto a composición corporal y por el pequeño tamaño muestral. Por ello, son necesarios más estudios centrados en este tema.