

²Servicio Madrileño de Salud, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Madrid.

³Endocrinología, Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁴Digestivo/Gastroenterología, Hospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación Princesa, Universidad Autónoma de Madrid. ⁵Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación Princesa, Universidad Autónoma de Madrid.

Introducción: Las ETAI son una de las patologías autoinmunes más frecuentes a nivel mundial, pudiendo llegar al 5% de prevalencia. Se clasifican en dos tipos: tiroiditis de Hashimoto (TH) y enfermedad de Graves (EG). TGF- β es un factor inductor de la EMT y juega un papel inmunosupresor y profibrótico en la autoinmunidad tiroidea. Recientemente se han descrito alteraciones en el cilio primario en las ETAI, que podrían estar implicadas en la inducción de la EMT.

Métodos: Se estudiaron diferentes proteínas implicadas en la EMT: E-cadherina (CDH1), vimentina (VIM), fibronectina (FN) y α -SMA mediante técnicas de inmunohistoquímica (IHQ), qPCR, Western Blot (WB). El cambio de expresión de estas proteínas se validó mediante modelos *in vitro* de una línea de células tiroideas foliculares (NTHyOR1 3,1) inducidos con TGF- β a diferentes tiempos. A su vez, se analizó la relación entre el TGF- β y el cilio primario estudiando la expresión de marcadores de ciliogénesis como ARL13B.

Resultados: En tejido tiroideo con ETAI, observamos mediante IHQ un aumento de los marcadores mesenquimales FN y α -SMA y un cambio en la distribución de la VIM a zonas basales. Además la expresión de CDH1 epitelial se mantuvo en pacientes comparado con controles. En el modelo *in vitro* de estimulación con TGF- β , observamos un aumento de VIM, FN y α -SMA y una alteración en el cilio primario a nivel de número, longitud y frecuencia.

Conclusiones: La adquisición de marcadores mesenquimales y la pérdida del cilio primario debido a la influencia de TGF- β en células tiroideas foliculares, está relacionada con la patogénesis de las ETAI.

Financiación: Proyectos de Investigación en Salud (PI) PI19-00584 y PI22/01404 (ISCIII); Proyectos de investigación de Medicina Personalizada de Precisión (PMP) PMP22/00021 (ISCIII); iTIRONET P2022/BMD7379 y beca predoctoral PEJ-2020-AI_BMD-18292 a NSdIB (Comunidad de Madrid); beca predoctoral FI20/00035 a PSG (ISCIII y FSE+) y fondos FEDER a MM y RMH.

NEUROENDOCRINOLOGÍA Y SUPRARRENALES

19. USO DE UREA EN PACIENTES CON HIPONATREMIA POR SIADH: RESULTADOS A LARGO PLAZO EN VIDA REAL

K.M. Becerra Añez, A. Sánchez Lorente, A. Artero Fullana, J.C. Ferrer García, A. Jiménez Portilla y C. Sánchez Juan

Endocrinología y Nutrición, Consorci Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La hiponatremia es el trastorno electrolítico más prevalente a nivel hospitalario y ambulatorio, afectando al 19% y 7% de pacientes respectivamente. El SIADH comprende 1/3 de ellos. El tratamiento incluye restricción hídrica, urea y tolvaptán. El objetivo del estudio es analizar los datos en vida real de la

efectividad de los tratamientos con urea seguido o no de tolvaptán durante el ingreso y posterior seguimiento a los 6 meses del alta.

Métodos: Se han incluido pacientes con SIADH ($\text{Na}^+ < 135 \text{ mEq/L}$) ingresados en un hospital de tercer nivel entre 2021 y 2022 que hayan recibido tratamiento con urea. Se han excluido pacientes que no hayan recibido urea, menores de 18 años, en diálisis o unidades de cuidados paliativos. Las variables recogidas son: Edad, sexo, días de ingreso, tratamiento recibido, sodio (Na^+) al ingreso, al alta y entre 2 y 6 meses del alta, sobrecorrección de Na^+ ($> 8 \text{ mEq/L}$ en 24 h o $> 16 \text{ mEq/L}$ en 48 h). Para el análisis se usó la prueba t de Student de muestras apareadas.

Resultados: Se incluyeron 29 pacientes, 14 mujeres, edad (años) $76,6 \pm 14,5$, estancia media de 17 días, tratamiento recibido: 82% restricción hídrica, 41% Suero hipertónico, urea en el 100% seguido o no de tolvaptán. La media de Na^+ al ingreso fue de $118,9 \pm 5,25 \text{ mEq/L}$ y al alta de $133,6 \pm 3,93 \text{ mEq/L}$ en el grupo de Urea seguido de tolvaptán. La media de Na^+ al ingreso fue de $120,55 \pm 4,4 \text{ mEq/L}$ y al alta de $132,95 \pm 3,73 \text{ mEq/L}$ en el grupo tratado solo con urea, manteniendo en este una media de Na^+ a los 6 meses del alta de $139,7 \pm 7,6 \text{ mEq/L}$. La corrección de sodio fue estadísticamente significativa ($p < 0,005$). Ningún paciente tratado con urea tuvo sobrecorrección de la hiponatremia.

Conclusiones: Los datos en vida real muestran una mejoría significativa de la natremia durante el ingreso y en el seguimiento de pacientes con SIADH tratados con urea, sin presentar sobrecorrección y manteniendo niveles adecuados en el seguimiento hasta 6 meses después del alta.

20. HIPERPROLACTINEMIA COMO MOTIVO DE DERIVACIÓN A CONSULTA ESPECIALIZADA

C. Gallego Díaz, J.Á. Romero Porcel y M.V. Cózar León

Endocrinología y Nutrición, Hospital Virgen de Valme, Sevilla.

Objetivos: Análisis de las derivaciones llevadas a cabo desde Atención Primaria a consulta de Endocrinología por hallazgo analítico de elevación de prolactina y su posterior abordaje tras valoración inicial.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 118 pacientes que fueron derivados a la consulta de Endocrinología y Nutrición del centro periférico de especialidades de Dos Hermanas en el período comprendido entre octubre de 2020 y diciembre de 2022. Se excluyeron del análisis los pacientes ya diagnosticados de hiperprolactinemia que perdieron el seguimiento y aquellos que no llevaron a cabo las pruebas solicitadas sin poder ser reevaluados tras la primera consulta.

Resultados: La gran mayoría de derivadas fueron mujeres (un 95,8%) con un pico de edad entre los 18 y 25 años (un 40,7% del total). El motivo más frecuente de solicitud de la analítica inicial por parte de su médico de atención primaria fue oligomenorrea (35,6%), seguido de aquellas sin motivo referido ni constatado (22%). Los niveles de prolactina por los que se derivaron fueron menores de 100 pg/ml (valor medio $65,3 \pm 40,4 \text{ pg/ml}$) en un 92,3%, siendo la menor parte de ellas (un 37%) realizadas de forma correcta (en fase folicular, estando en reposo y con extracción tras 30 minutos de la venopunción). De este total se normalizaron un 76% tras nuestras recomendaciones de extracción. Estos resultados no patológicos se informaron de forma telemática en un 47,9% de los casos.

Conclusiones: La mayoría de las derivaciones por hiperprolactinemia se podrían evitar con una correcta extracción sanguínea, dada la alta tasa de normalización de este modo, sin precisar su derivación a consulta especializada. Por ello y una vez derivados,

la revisión telemática de resultados supone una opción eficaz para informar a los pacientes, evitando la presencialidad y su espera asociada.

21. LA HIPONATREMIA POS-COVID-19 ES FRECUENTE EN EL PRIMER AÑO Y AUMENTA LOS REINGRESOS (PÓSTER SELECCIONADO)

A. Puig-Pérez¹, A. Sánchez-Montalvá^{2,3,4}, I. Campos-Varela^{5,6}, M.F. Pilia⁷, E. Anderssen-Nordahl⁸, D. González-Sans⁹, M. Miarons¹⁰, R. Simó¹ y B. Biagetti¹

¹Departamento de Endocrinología, Unidad de investigación Diabetes y Metabolismo, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona. ²Departamento de Enfermedades Infecciosas, Global Health Program from the Catalan Health Institute (PROSICS), Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona. ³Mycobacterial Infection Study Group from the Spanish Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (GEIM-SEIMC), Barcelona. ⁴Infectious diseases Network Biomedical Research Center (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ⁵Liver Unit, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona. ⁶Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Instituto de Salud Carlos III, Madrid. ⁷Pneumology Department, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona. ⁸Department of Clinical Pharmacology, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona. ⁹Systemic Autoimmune Diseases Unit, Internal Medicine Department, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona. ¹⁰Pharmacy Department, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona.

Introducción: La hiponatremia es común en pacientes hospitalizados por COVID-19 y se relaciona con mayor mortalidad y peores resultados. No obstante, no hay datos respecto la hiponatremia tras el alta. El objetivo del estudio fue investigar la prevalencia la incidencia y los factores de riesgo asociados a la hiponatremia tras el alta por COVID-19.

Métodos: Estudio prospectivo de 24 meses de seguimiento de pacientes que ingresaron en nuestro centro con COVID-19 en la primera ola pandémica (del 03/2020 al 04/2020). Se construyeron curvas Kaplan-Meier para evaluar la probabilidad de hiponatremia después del alta y se usaron modelos de riesgo proporcionales de Cox para determinar las variables independientes predictoras de hiponatremia en el seguimiento (HIPO-S).

Resultados: Evaluamos 683 pacientes de los que 167 (24,5%) desarrollaron HIPO-S. El grupo con HIPO-S se componía de más hombres [(62,3%) vs. (49,2%); $p < 0,01$], de mayor edad [$65,6 \pm 18,2$ vs. $60,3 \pm 17,0$; $p < 0,01$] con más comorbilidades, hiponatremia al ingreso [(46,1%) vs. (28,5%) $p = 0,01$] y reingresaron más frecuentemente [(16,2%) vs. (3,8%); $p < 0,01$] respecto a los pacientes sin HIPO-S. La curva de supervivencia fue menor en hombres (23,0 vs. 25,2 meses; log rank test $p = 0,03$). Después de un análisis de regresión de Cox por pasos, los factores de riesgo independientes de desarrollar HIPO-S fueron diabetes [OR: 2,12, IC95% (1,48-3,04)], hipertensión [OR: 2,18, IC95% (1,53-3,12)], insuficiencia cardíaca OR: 3,34, IC95% (1,72-6,48)] y requerimiento previo de soporte ventilatorio invasivo [OR: 2,38, IC:95% (1,63-3,50)].

Conclusiones: La HIPO-S fue frecuente en el primer año después de la infección por COVID-19. El riesgo fue mayor en hombres mayores con comorbilidades, aumentando la rehospitalización. Se justifican más estudios destinados a evaluar los efectos beneficiosos de la corrección de la hiponatremia en estos pacientes.

22. UTILIDAD DEL NT-PROBNP EN LA EVALUACIÓN DE LA VOLEMIA EN PACIENTES CON HIPONATREMIA

N. Díez Fernández, B. García-Conde Hillman, M.L. Martín Jiménez, E. Donoso Navarro, B. García Izquierdo, M. Rubio Ramos, C. García Gómez, J. Guzmán Sanz, V. Capristán Díaz y N. Palacios García

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid.

Introducción: La hiponatremia es un trastorno electrolítico frecuente, con consecuencias potencialmente graves. Atendiendo al estado de la volemia se distinguen tres formas clínicas de hiponatremia: hipovolémica (HH), euvolémica (HE) e hipervolémica. Diferenciar la HH de la HE con las herramientas al alcance del clínico constituye un reto diagnóstico, y sin embargo es de máxima importancia para evitar un tratamiento inapropiado. Se precisan nuevas herramientas, sencillas y accesibles, que ayuden a diferenciar ambas entidades.

Objetivo: Evaluar la utilidad del NT-proBNP para la diferenciación entre euvolemia e hipovolemia en pacientes con hiponatremia.

Métodos: Pacientes no críticos con hiponatremia no hipervolémica. Se determinó NT-proBNP antes y después del tratamiento. El patrón oro para la clasificación en HH o HE se basó en la respuesta al tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 39 casos: 24 HH y 15 HE. La mejoría de la natremia se acompañó de un ascenso del NT-proBNP en la HH y de un descenso en la HE (+41 vs. -54%, $p = 0,001$). Un ascenso del NT-proBNP respecto al basal o un descenso inferior al 33% identificó los casos de HH con sensibilidad 95% y especificidad 92%. Los niveles basales de NT-proBNP fueron similares en ambos grupos, incluso después de excluir a los pacientes de mayor edad o con antecedente de cardiopatía.

Conclusiones: El NT-proBNP es sensible a los cambios de la volemia que acompañan a la hiponatremia. Conocer el cambio del NT-proBNP desde la situación de eunatremia a la de hiponatremia podría ser útil para diferenciar la HH de la HE.

23. DIAGNÓSTICO DIABETES INSÍPIDA UTILIZANDO TEST DE COPEPTINA

A. Ballesteros Martín-Portugués, M.M. Senent Capote, G. Baena Nieto y L. García García-Doncel

Endocrinología y Nutrición, Hospital de Jerez.

Introducción: La diabetes insípida (DI) es producida por una falta de hormona antidiurética en DI central (DIC) o falta de respuesta a su acción renal en DI nefrogénica (DIN). Recientemente, el test de copeptina, basal y tras estímulo con arginina, presenta una excelente precisión diagnóstica, considerándose de primera elección en el estudio diagnóstico de la DI.

Objetivos: Presentar los resultados obtenidos en el Hospital de Jerez para el diagnóstico de DI.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de una muestra de 11 pacientes atendidos en nuestra consulta entre 2021-23 con síndrome poliuria-polidipsia en los que se usó la medición de copeptina basal y, en casos necesarios, tras estímulo. Se determinan los niveles de copeptina basal y a los 60 minutos tras administración de arginina. Los resultados aparecen reflejados en media o porcentaje con desviación estándar (DE).

Resultados: Del total de la muestra, 6 pacientes (54%) eran mujeres, media de edad de $39,27 \pm 12,8$ años (DE), con $16,63 \pm 16,75$ meses de evolución (DE) de los síntomas. 1 paciente (9%) tomaba psicofármacos, otro (9%) diuréticos y otro (9%) presentaba nefropatía, ninguno consumía alcohol, y ninguno se había sometido

a una cirugía craneal. A 7 pacientes (63%) se les sometió al test de copeptina estimulada con arginina; la media obtenida fue de $6,8 \pm 1,93$ pmol/L (DE) en los pacientes sin DI, y de $1,9$ pmol/L en aquellos con diagnóstico final de DI. 4 pacientes (36%) fueron diagnosticados de DIC, ninguno de DIN. De los pacientes con DIC, uno (9%) presentaba microadenoma hipofisario. Todos los pacientes con diagnóstico de DIC han iniciado tratamiento con desmopresina.

Conclusiones: En nuestro centro, la aplicación del test de copeptina basal y estimulada con arginina nos ha permitido un diagnóstico rápido, sencillo y seguro de DI sin necesidad de realizar test de deshidratación. Dado que se trata de un test validado, no creemos necesario correlacionar los resultados con el test de la sed.

24. DIABETES INSÍPIDA CENTRAL POR HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

A. Fernández Valero, M. Generoso Piñar, M. Damas Fuentes, S. Maraver Selfa y F.J. Tlnahones Madueño

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: La diabetes insípida (DI) es un síndrome de poliuria-polidipsia caracterizado por la eliminación de gran volumen de orina diluida, debida a falta de liberación/producción o de respuesta a la acción de la vasopresina u hormona antidiurética. Entre las causas del déficit de ADH se encuentra la infiltración inflamatoria (infundibuloneurohipofisitis autoinmune, sarcoidosis, tuberculosis, histiocitosis...).

Caso clínico: Mujer de 64 años remitida desde neurología para estudio por polidipsia. En seguimiento por su parte, por trastorno mnésicos. Como antecedentes: HTA. Dislipemia. Ca de mama derecha *in situ* tratado con cirugía y radioterapia, bocio multinodular normofuncionante y fibromialgia. Refería cuadro de un año de evolución y de inicio brusco de polidipsia (6-8 litros al día) y poliuria, que le despierta por la noche. En la analítica se objetivan natremia y osmolalidad plasmática en límite alto (145 mg/dl y 294 mOsm) con una diuresis de 5 litros con osmolalidad urinaria baja (55 mOsm). Se decidió realización de test de deshidratación, cuyos resultados fueron compatibles con DI central: $\text{osmU} < 300$ mOsm, con un aumento tras desmopresina de $> 50\%$. Se completó estudio etiológico con RMN de hipófisis: “engrosamiento del tallo hipofisario. No se identifica la hiperseñal típica de la neurohipofisis en T1. En el contexto clínico sugiere hipofisitis” y se solicitó analítica con perfil hipofisario (objetivando déficit de FSH/LH), autoinmunidad (negativa), ECA (normal) y Mantoux (negativo). Desarrolló lesiones cutáneas compatibles con erupción liquenoide por lo que se valorada por dermatología realizándose biopsia cutánea objetivando: “histiocitosis de células de Langerhans”. Se completó estudio con PET-TC en el que se observaba captación hepática.

Discusión: La histiocitosis de células de Langerhans es un trastorno histiocítico neoplásico en el que se puede producir infiltración de múltiples órganos, siendo frecuente tanto la afectación cutánea como la hipofisaria.

25. RESPUESTA DE LOS ADENOMAS HIPOFISARIOS SECRETORES DE HORMONA DEL CRECIMIENTO(GH) A DIFERENTES LÍNEAS TERAPÉUTICAS

M.D. Moure Rodríguez¹, E. Salinas Ortiz¹, M. Muñoz del Diego¹, E. González Estella¹, C. Sánchez Arauco¹, A.R. Molina Salas¹, G. Catalán Urribarrena², J. Iglesias Bermejillo² y J. Santamaría Sandí¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo. ²Neurocirugía, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Introducción: La cirugía transesfenoidal constituye la primera línea de tratamiento la acromegalia. Nuestro objetivo es describir las tasas de curación tras diferentes líneas de tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo (2012-2022) de 76 pacientes diagnosticados de acromegalia. Para el análisis se utilizó el software SPSS Statistics.

Resultados: La edad media al diagnóstico fue de $51 \pm 12,8$ años, el 58,6% eran mujeres. 65,7% macroadenomas. La RM mostró invasión del seno cavernoso en el 19% de los microadenomas y en el 48% de los macroadenomas. Un total de 18 (35,3%) fueron adenomas hiperintensos en secuencias de RM potenciadas en T2, 11 (21%) hipointensos y 40 (78%) isointensos. Los niveles basales de IGF-1 y de GH después de una SOG fueron 663 ± 245 y $8,23$ ($1,6 - 19,8$) ng/ml, respectivamente. 72 de 76 pacientes (95%) se sometieron a intervención como tratamiento primario, el resto de los casos requirieron tratamiento médico de primera línea por rechazo o por contraindicación por alto riesgo quirúrgico. El análisis histopatológico mostró marcador proliferativo Ki-67 $\leq 3\%$ en 47 pacientes (Ki $> 3\%$ en 11). Tras intervención, 70 pacientes continuaron en seguimiento activo. 49 de ellos (70%) obtuvieron valores de remisión de enfermedad (nadir de GH en SOG $< 0,4$ ng/dl). De los 21 con enfermedad persistente: 3 de ellos fueron tratados con agonista dopaminérgico, 14 con ligandos de receptores de somatostatina (SRL), 3 con pegvisomant y el caso restante requirió combinación de SRL y cabergolina. Un total de 17 pacientes (80%) mostraron niveles de IGF1 en rango normal tras esta segunda línea de tratamiento (1, 13, 2 y 1 respectivamente).

Conclusiones: La intervención quirúrgica como primera línea de tratamiento en la acromegalia logra altas tasas de curación. En aquellos casos en los que no se logra, los tratamientos farmacológicos disponibles nos permiten conseguir el control de la enfermedad en prácticamente todos los pacientes.

26. ADENOMAS HIPOFISARIOS NO FUNCIONANTES. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, RADIOLÓGICAS Y RESPUESTA A TRATAMIENTO

M. Muñoz del Diego, E. Salinas Ortiz, T. Ruiz Juan, P. Zubillaga Blanco, T. Cadiñanos Fernández de Ocariz, I. Houghton Maiz, C. Sánchez Arauco, E. González Estella, A.R. Molina Salas y M.D. Moure Rodríguez

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Cruces. Barakaldo.

Introducción y objetivos: Los adenomas hipofisarios no funcionantes (NFPA) son neoplasias benignas. El diagnóstico se realiza por la presencia de síntomas secundarios a efecto masa o como hallazgo incidental. El objetivo es obtener una visión global de la forma de presentación, características y evolución de los NFPA derivados a un hospital terciario.

Métodos: Estudio retrospectivo (2012-2023) de pacientes con NFPA, clasificados en grupo 1 (intervención quirúrgica-IQ) y grupo 2 (no IQ).

Se estudiaron características clínicas y radiológicas al diagnóstico, así como tras el tratamiento inicial.

Resultados: Se analizaron 198 pacientes. Resultados en la tabla. De los 48 pacientes no intervenidos, 32 (66,6%) presentaron crecimiento $> 20\%$ con una media de 1,7 años de seguimiento. De los 150 operados, el 45% (54) presentaron resto tumoral al año de IQ, con una reducción del 56,2% del diámetro tumoral máximo respecto al previo a IQ (32 de ellos presentaron crecimiento significativo durante el seguimiento). De los 83 pacientes que no mostraron imagen de resto al año de la IQ, solo 9 (11%) recidivaron.

Conclusiones: La IQ consigue control al año de la enfermedad en la mayoría de los casos. Existe un porcentaje no desdeñable de

pacientes con crecimiento tumoral, independientemente de la realización de IQ, que hace necesario un seguimiento crónico de estos pacientes.

Al diagnóstico	Grupo 1	Grupo 2
N	150	48
Datos demográficos		
Edad media al diagnóstico	58,8	66,4
Sexo (M/H)	75/75	21/27
Motivo de consulta		
Casual	43	26
Alteración visual	48	4
Cefalea	23	8
Cefalea y alteración visual	21	1
Otros	15	9
Características bioquímicas		
Déficit de 1 o más ejes	61	9
Panhipopituitarismo	16	0
Características radiológicas		
Macro/microadenomas	147/1	39/5
Diámetro tumoral máximo (mm)	26 (21;32,5)	16 (13,5; 23,0)
Volumen tumoral	33 (24,5-41,0)	19 (14,4-27,8)
Invasión de senos cavernosos	80	14
Contacto con quiasma	131	10
*Todas las variables significativas ($p < 0,05$) excepto edad y sexo.		

27. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS TERAPÉUTICOS EN LA APOPLEJÍA HIPOFISARIA

V. Capristán Díaz, M. Rubio Ramos, B. García Izquierdo, N. Díez Fernández, C. García Gómez, J. Guzmán Sanz, T. Miñana Toscano, F.J. Albacete Zapata, P. Iglesias y J.J. Díez

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid.

Introducción: La apoplejía hipofisaria (AH) es una complicación producida por la hemorragia y/o infarto de la hipófisis.

Objetivos: Analizar las características clínicas y resultados terapéuticos de AH en nuestro centro hospitalario.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de AH confirmada por síntomas neuro-oftalmológicos y pruebas de imagen compatibles. Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad al diagnóstico, antecedentes personales, factores precipitantes, sintomatología, afectación visual, estudio hormonal, pruebas de imagen, tratamientos, resultado histopatológico y seguimiento posterior.

Resultados: Se estudiaron 23 pacientes con una edad al diagnóstico de 55 años (RIC: 38-61). Doce (52,2%) eran mujeres. Nueve (39,1%) tenían dislipemia, 8 (34,7%) hipertensión y 5 (21,7%) diabetes mellitus. Hubo factores precipitantes en 4 pacientes (17,4%). El síntoma más frecuente fue la cefalea ($n = 18/22$, 81,8%), seguido vómitos ($n = 3/22$, 13,6%). Al diagnóstico, 10 de 22 pacientes, presentaron defectos campimétricos. De 21 pacientes con alteraciones hormonales, 12 (57,1%) presentaron hipopituitarismo, en 9 (75%) fue parcial. La resonancia magnética fue la técnica más utilizada para el diagnóstico ($n = 21/22$, 95,5%). La mayoría de los pacientes ($n = 19$, 82,6%) se sometieron a cirugía y el resto se manejaron de forma conservadora. Tres pacientes (13%) tenían diagnosticado un adenoma hipofisario previamente (uno no funcionante y 2 cortico-

tropos funcionantes). El análisis histopatológico de 18 muestras confirmó 15 adenomas (83,4%), la mayoría no funcionantes ($n = 12$, 80%). La recuperación sintomática fue favorable, pero 19 (82,6%) permanecieron con algún grado de hipopituitarismo.

Conclusiones: La AH es un trastorno de difícil diagnóstico por su clínica y diferentes hallazgos radiológicos. Tras el tratamiento médico o quirúrgico se consigue una buena recuperación sintomática, pero con una elevada proporción de hipopituitarismo permanente.

28. PRESENTACIÓN Y MANEJO DE PROLACTINOMAS EN VARONES: SERIE DE CASOS MULTICÉNTRICA

E.J. Díaz-López¹, E. Fernández-Rodríguez², L. Cotovad-Bellas³, R. Villar-Taibo¹, T. Prado-Morales¹, A. Pena-Dubra¹, G. Rodríguez-Carnero¹ e I. Bernabeu Morón¹

¹Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. ²Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ³Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Introducción: La frecuencia de prolactinomas es diez veces inferior en varones respecto a mujeres y sus características son menos conocidas. La última clasificación de la OMS los sitúa dentro de los tumores hipofisarios con alto riesgo de recurrencia. Presentamos las características y evolución de nuestra serie.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico, retrospectivo, realizado en 3 hospitales gallegos. Se incluyeron 41 varones con prolactinomas. Las variables con distribución normal se presentan como media y desviación estándar (DE) y las no normales como mediana y rango intercuartílico (RIC).

Resultados: La edad media al diagnóstico fue 46 (17) años. El hipogonadismo fue la clínica de presentación más frecuente (54%), seguido de la cefalea (32%). La mediana de los niveles de prolactina (PRL) basales fue 561 (3.540) ng/ml. El 61% presentaban déficit de GnRH. El 95% eran macroprolactinomas, con un diámetro mediano máximo de 15 (19) mm. Presentaron extensión supraselar (73%), esfenoidal (51%), invasión ósea (12%) y de senos cavernosos (64%). Todos los pacientes recibieron tratamiento médico primario. La dosis media de cabergolina semanal fue de 2,5 (2,0) mg. El 26% requirió cirugía por resistencia al tratamiento médico y/o extensión extraselar del tumor; de estos un 60% recibió radioterapia. Al finalizar el seguimiento el 70% normalizaron los niveles de PRL, con una mediana de 53 (300) ng/ml; el 36% lograron estabilidad tumoral, el 25% cumplieron criterios de agresividad por su evolución y el 5% estaban en remisión sin tratamiento. No hubo muertes asociadas a prolactinomas.

Conclusiones: Los prolactinomas en varones se presentan habitualmente como macroadenomas invasivos y una cuarta parte cumple criterios de agresividad y requiere tratamiento quirúrgico. El estrecho seguimiento de estos tumores es esencial, por la resistencia al tratamiento médico, el difícil control tumoral y el riesgo de recurrencias.

29. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LOS PROLACTINOMAS AGRESIVOS EN VARONES: A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS MULTICÉNTRICA

E. Fernández-Rodríguez¹, E. Josué Díaz-López², L. Cotovad-Bellas³, R. Villar-Taibo², T. Prado-Morales², A. Pena-Dubra², G. Rodríguez-Carnero² e I. Bernabeu Morón²

¹Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense. ²Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago. ³Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.

Introducción: Los adenomas hipofisarios agresivos suponen el 10% del total y presentan un comportamiento clínico desfavorable, con rápido crecimiento, mala respuesta al tratamiento habitual y frecuentes recurrencias. En los prolactinomas, el género masculino representa un factor de riesgo de recurrencia. Presentamos nuestra serie comparativa de prolactinomas agresivos y no agresivos en varones.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico, retrospectivo en 3 centros gallegos, comparando las características y evolución de prolactinomas agresivos (n = 10) vs. no agresivos (n = 31) en varones. Las variables cualitativas se analizaron con chi cuadrado y las cuantitativas con el test de Mann-Whitney. Para correlaciones se empleó el test de Pearson.

Resultados: En esta serie los prolactinomas agresivos, respecto a los no agresivos debutaron con mayor frecuencia de alteraciones visuales (60 vs. 13%; p = 0,005), de déficit de TSH (70 vs. 13%; p = 0,001) y de ACTH (50 vs. 7%; p = 0,006). Presentaron mayor diámetro máximo (36 vs. 13,5 mm; p = 0,001), con mayores tasas de extensión extraselar, esfenoidal, invasión de los senos cavernosos y ósea, todo ello estadísticamente significativo. Mostraron más resistencia al tratamiento médico (70 vs. 22%; p = 0,003), precisando mayores dosis de cabergolina semanal (3,5 vs. 2,3 mg; p = 0,01), así como cirugía más frecuente (80 vs. 16%; p = 0,005) y mayor frecuencia de reintervención (30 vs. 0%; p = 0,005) o de radioterapia postquirúrgica (40 vs. 6,5%; p = 0,004). No hubo diferencias significativas en la tasa final de control tumoral y/o bioquímico.

Conclusiones: La tasa de prolactinomas agresivos en varones es elevada (25%). En comparación con los no agresivos, se presentan con más afectación visual y hormonal, mayor tamaño e invasividad y con peor respuesta al tratamiento médico-quirúrgico y aumento en las recurrencias. A pesar de ello, el control tumoral y/o bioquímico sigue siendo un reto en ambos grupos.

30. COMA MIXEDEMATOSO COMO PRESENTACIÓN DE UN PANHIPOFITUARISMO SECUNDARIO A TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS DE REPETICIÓN: A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Rivas Otero¹, A. Gutiérrez Hurtado¹, T. González Vidal¹, G. Martínez Tamés¹, C. Alonso Felgueroso², I. Masid Sánchez¹, P. Pujante Alarcón¹ y E. Menéndez Torre¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón.

Caso clínico: Varón de 52 años, fumador y bebedor. Diagnosticado de HTA, DL y fibrosis hepática leve. Su familia refiere astenia, estreñimiento, lentitud psicomotora y disnea de tres meses de evolución. Exploración física y constantes: bradipsíquico, hipoperfundido, con tonos cardíacos apagados y roncus bibasales. TA 80/30, glucemia capilar 51 mg/dL. Pruebas complementarias: analítica: fracaso renal agudo AKIN II, Na 123, lactato 3,3 y pH 7,33. Radiografía: derrame pleural bilateral. TAC: derrame pericárdico grave y derrames pleurales bilaterales. Admisión y evolución: ingresa en UCI. Analítica a las 24 h con TSH 2,42 y ACTH 7,1. Se drenan los derrames, presentando criterios de exudado no infeccioso. Valorado por múltiples servicios (Cardiología, Neurología, Psiquiatría, Interna) sin hallazgos en pruebas complementarias (punción lumbar, TAC craneal, estudios hemodinámicos...). Se sospecha enfermedad infiltrativa. Se inicia corticoide empíricamente con mejoría. Sale a planta, donde entra en anasarca y empeora el nivel de conciencia, regresando a UCI. Interconsultan a Endocrinología por la mejora al pautar corticoides. Solicitamos perfil hormonal. Al día siguiente obtenemos TSH 2,53, T4L 0,14 y T3L 0,39. Pasamos el corticoide a vía oral e iniciamos levotiroxina IV. El paciente mejora progresivamente, saliendo a plan-

ta de Endocrinología. Con el resto de resultados diagnosticamos panhipopituitarismo. Realizamos RM craneal, sin hallazgos en región selar y con dos lesiones compatibles con isquemia/traumatismo (frontal derecha y occipital izquierda). El resto de estudios, orientados sobre todo a autoinmunidad, son negativos, al igual que la PAAF de grasa subcutánea. Rehistoriando, la familia refiere intoxicaciones etílicas y haber presenciado alguna caída en dicho contexto hace meses, somnolencia diurna e intolerancia al frío. El paciente mejora y tras ocho días es alta. Un mes después refiere resolución completa de la clínica, con las hormonas tiroideas ya en rango.

31. EFICACIA DE LA COMBINACIÓN DE DABRAFENIB Y TRAMETINIB (D-T) EN LA ENFERMEDAD DE ERDEHEIM-CHESTER (EEC)

S. Azriel Mira¹, A. Roldán Pérez², Y. Hernández Hernández³ y A. Linares Quevedo⁴

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid. ²Hematología, Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid. ³Nefrología, Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid. ⁴Urología, Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid.

EEC es una enfermedad multisistémica por proliferación clonal histiocitaria de células no-Langerhans e hiperactivación de la vía de señalización MAPK/ERK. La mutación somática en BRAF V600E tiene implicaciones terapéuticas. Un 50% desarrolla endocrinopatías, la más frecuente es la deficiencia de arginina vasopresina (AVP-D). Presentamos el caso de una mujer de 42 años diagnosticada de AVP-D idiopática en 1998 e hipogonadismo hipergonadotropo desde los 39. En 2019 desarrolló FRA, HTA e hidronefrosis bilateral grado IV por proceso infiltrativo perirrenal que requirió nefrostomía bilateral y lesiones óseas blásticas en esqueleto axial y apendicular. Durante el diagnóstico desarrolló ataxia, disartria y disfagia. Ante la sospecha de enfermedad multisistémica de origen histiocítico, se realizó biopsia ósea de lesión sacra y tejido infiltrativo perirrenal (x3): proliferación de histiocitos (CD68+, S100-, CD1-, fenotipo no Langerhans) compatible con EEC y mutación + BRAFV600E. El estudio de extensión PET-TC (18FDG) confirmó hiper captación en fosa posterior, afectación ósea generalizada, grasa perirrenal, retroperitoneo, adrenal izquierda, gónadas, septum interatrial y pericardio. La biopsia de médula ósea mostró mielofibrosis grado 3. Se inició vemurafenib con buena respuesta clínico-radiológica. Al 5º mes desarrolló un síndrome piramidocerebeloso agudo siendo tratada con 2ª línea D-T por uso compasivo (2020), confirmándose franca mejoría clínica y reducción de todas las captaciones patológicas. En 2021 fue diagnosticada de hipotiroidismo central y déficit somatotropo. La función renal se ha mantenido estable con cierre de las nefrostomías (2022). La paciente continúa con inhibidores de BRAF-MEK. Este caso ilustra que la AVP-D puede ser la manifestación inicial de una enfermedad multisistémica y varias endocrinopatías asociadas a la EEC (déficits adenohipofisarios, afectación gonadal y adrenal). D-T es una alternativa terapéutica en caso sobre todo de afectación cerebral.

32. PREVALENCIA, ANATOMÍA PATOLÓGICA, OBJETIVOS Y DAÑOS DE LA CIRUGÍA HIPOFISARIA DURANTE UN PERIODO DE 5 AÑOS EN NUESTRO CENTRO

A. Simó-Servat¹, F. Carlos Alarcón³, O. Giménez², V. Perea¹, L. García Pascual¹, C. Puig-Jové¹, C. Quirós¹ y M.J. Barahona¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Mutua de Terrassa. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell. ³Neurocirugía, Hospital Universitari Mútua de Terrassa.

Introducción: Los tumores hipofisarios son un conjunto de lesiones que ocupan la silla turca, siendo el adenoma hipofisario la más frecuente. Se manifiestan clínicamente por compresión de las estructuras vecinas y por hiper o hipofunción hormonal, requiriendo cirugía.

Métodos: Presentamos un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes intervenidos mediante cirugía hipofisaria en nuestro centro entre 2018 y 2022. Se categoriza la anatomía patológica y se determina si la cirugía alcanza el objetivo planteado. En no productores puede ser: resección total, liberar vía óptica, frenar daño/recuperar función adenohipofisaria, recuperar III par, alivio de síntomas locales. En productores: curación, reducir enfermedad o uno de los objetivos indicados anteriormente. Asimismo, se analizan los daños pasados 6 meses: fístula LCR con meningitis, reintervención por fístula o sangrado, mayor daño adenohipofisario, déficit de ADH permanente, daño visual (II, III o VI par), ACV en posoperatorio, tromboembolismo y muerte.

Resultados: Se incluyeron 110 pacientes intervenidos: 107 vía transesfenoidal y 3 mediante craneotomía retrosigmoidea; cronológicamente: 19 en el 2018, 16 en el 2019, 15 en el 2020, 36 en el 2021 y 24 en el 2022. Lograron el objetivo un total 96 (87,3%), sin causar daños un total de 63 (57,3%). Destaca que todos los craneofaringiomas (n = 11) causaron daños. El subtipo de adenoma hipofisario más común fue el nulo (27,3%) y el subtipo más prevalente positivo por anatomía patológica fue el gonadotropo (20,9%). Clínicamente se diagnosticaron 6 enfermedades de Cushing y 7 acromegalias.

Conclusiones: Existe una alta prevalencia de cirugía hipofisaria transesfenoidal que demuestra ser eficiente y con una tasa baja de complicaciones graves relacionadas con el procedimiento. Se observa una mayor proporción de tumores hipofisarios no funcionantes, mientras que los funcionales más frecuentemente intervenidos son los somatotropos y los corticotropos.

33. LA MAQUINARIA MOLECULAR DEL INFLAMASOMA COMO FUENTE DE BIOMARCADORES Y DIANAS TERAPÉUTICAS EN TUMORES CEREBRALES

I. Gil-Duque¹, M.E. G-García^{1,2,3}, J. H-Hernández¹, M. Ortega-Bellido^{1,2,3}, A. Herrera-Martínez^{1,2,4}, M.D. Gahete^{1,2,3} y R.M. Luque^{1,2,3}

¹Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Universidad de Córdoba. ²Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Servicio de Neurocirugía, Centro de Investigación Biomédica en Red de Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN), Madrid. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

El glioblastoma (GBM) es el tumor cerebral de carácter endocrino-metabólico con mayor mortalidad, lo cual, junto al diagnóstico tardío y a la ausencia de nuevas terapias efectivas, lo hace responsable de la baja calidad de vida de los pacientes y del mal pronóstico (esperanza de vida media de 8-12 meses tras el diagnóstico). Por tanto, la identificación de nuevos biomarcadores moleculares de diagnóstico, pronóstico y tratamiento resulta crucial para combatir esta devastadora enfermedad. Así, la maquinaria del inflammasoma, el principal regulador de la inflamación a nivel celular, podría tener un papel crítico en la modulación del microambiente tumoral, esencial en la iniciación, progresión, agresividad y alteraciones endocrinas en diversas patologías tumorales. Nuestro objetivo fue caracterizar la maquinaria del inflammasoma a nivel genómico, transcriptómico, proteómico y funcional en GBMs. Nuestros resultados revelan la existencia de una clara sobreexpresión

generalizada de los efectores del inflammasoma en GBM, lo que sugiere que esta maquinaria está activa constitutivamente en GBM. Además, demostramos que la presencia de mutaciones en la maquinaria del inflammasoma, así como la destacable desregulación de algunos componentes clave de esta maquinaria están asociados con parámetros clínicos claves de pronóstico (ej. tasa de supervivencia, recurrencia o el estado de metilación de MGMT). Interesantemente, demostramos que la inhibición farmacológica del inflammasoma (usando el fármaco Anakinra) no consiguió alterar la proliferación celular del GBM, pero que el tratamiento con metformina fue capaz de revertir significativamente la desregulación en la maquinaria del inflammasoma observada en GBM. Por tanto, nuestros resultados demuestran que los componentes del inflammasoma podrían representar una potencial fuente de biomarcadores y dianas terapéuticas útiles para el manejo clínico de pacientes con GBM.

Financiación: Junta de Andalucía (P20_00442); FPU20/03954; AECC.

34. FACTORES ASOCIADOS A LOS REQUERIMIENTOS DE DESMOPRESINA PARA EL TRATAMIENTO DEL DÉFICIT DE ARGININA-VASOPRESINA (DIABETES INSÍPIDA CENTRAL)

M. Romero¹, A. Martínez¹, A. Calabresse², M. Mateu-Salat^{1,3}, S.M. Webb^{1,4,5}, Q. Asla^{1,3} y A. Aulinas^{1,3,4}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital San Luigi Gonzaga, Turin, Italia. ³Departamento de Medicina, Escuela de Doctorado, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Vic. ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras CIBERER-Unidad 747, Instituto Carlos III, Madrid. ⁵Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès.

Introducción: El déficit de arginina-vasopresina (DAVP) es una entidad rara, compleja y de etiología heterogénea que cursa con poliuria hipotónica. Su tratamiento es la ingesta hídrica y la desmopresina (DDAVP). Los requerimientos de DDAVP son muy variables entre pacientes, debiéndose ajustar para evitar su sobredosificación. Los factores asociados a estos requerimientos no están establecidos; por esto, el objetivo del estudio es describir factores clínicos asociados a los requerimientos de DDAVP.

Métodos: Recogida retrospectiva de variables clínicas, diagnósticas y terapéuticas de pacientes con DAVP seguidos en el Hospital de Sant Pau. Se analizaron correlaciones entre dosis de DDAVP y variables cuantitativas, estratificando los pacientes según dosis mediana de DDAVP diaria equivalente a la formulación sublingual: dosis baja (DB) vs. alta (DA).

Resultados: Se incluyeron 84 pacientes (50 mujeres), edad media 53,5 [21,7-88,8], edad media al diagnóstico 32,2 [0-83,2] años y tiempo de evolución de DAVP 21,2 [0-51,3] años; de ellos 54 (64%) tenían lesiones tumorales, 21 (26%) hipopituitarismo adquirido y 8 (10%) no adquirido. El 76% presentó otro déficit hormonal. El 68% recibió cirugía y un 30% radioterapia. DDAVP sublingual fue la vía más usada (87%), con una dosis mediana de 180 (IQR 120-240) µg/día. En el grupo de DB (54%) respecto a DA (46%), predominaron las mujeres (69 vs. 31%, p = 0,06) y un menor número de déficits hipofisarios (1,8 ± 0,2 vs. 2,4 ± 0,2, p = 0,06). La dosis de DDAVP al diagnóstico se correlacionó negativamente con la edad (p = -0,355, p = 0,001) y la osmolalidad urinaria (p = -0,591, p = 0,043). No se hallaron asociaciones entre dichas dosis y la etiología de DAVP, tamaño tumoral, síntomas al diagnóstico, vía de administración, alteraciones radiológicas ni tratamiento recibido.

Conclusiones: En nuestra serie, el sexo femenino, mayor edad al diagnóstico, menor número de déficits hormonales y mayor osmolaridad urinaria se asociaron a menores dosis requeridas de DDAVP.

35. SÍNDROME DE CUSHING ECTÓPICO SECUNDARIO A CARCINOMA TÍMICO PRODUCTOR DE ACTH

A. Amilibia Achucarro, C. Elías Ortega, I. Venegas Nebreda, A. Mendia Madina, S. Larrabeiti Martínez, N. Egaña Zunzunegui, I. Bilbao Garay y A. Yoldi Arrieta

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Donostia.

Introducción: El síndrome de ACTH ectópico es una entidad rara que representa el 12% de los casos de hipercortisolismo. En este artículo, se presenta un caso de un síndrome de Cushing ectópico 2º a un carcinoma tímico productor de ACTH.

Caso clínico: Varón de 71 años sin antecedentes médicos de interés que en estudio de edemas sin causa aparente, se detecta derrame pericárdico y ensanchamiento mediastínico. En estudio por TAC se detecta masa mediastínica anterior de > 10cm asociada a hiperplasia suprarrenal bilateral metabólicamente activa por PET/TAC. En biopsia, se identifican células compatibles con neoplasia neuroendocrina de probable origen tímico. La IHQ fue positiva a ACTH. Durante el estudio, el paciente comienza con debilidad muscular generalizada, alteración del carácter y pérdida de peso. Desarrolla edema facial, pérdida de masa muscular y hematomas. En analítica se detecta hiperglucemia, hipokalemia y valores elevados de cortisol basal, cortisoluria, ACTH con test de Nugent patológico. Dado el rápido progreso clínico y los altos niveles de cortisol, se inicia terapia supresora doble con ketoconazol y metirapona. El caso se presentó a comité y se planteó cirugía. Presentó un cuadro de distrés respiratorio grave que precisó ingreso en UCI. Tras estabilización, se realizó resección radical. En el posoperatorio, presentó una fuga aérea prolongada con buena evolución y mejoría de los niveles de cortisol y ACTH, así como la resolución de los síntomas clínicos. Actualmente, se encuentra en seguimiento y recibiendo quimioterapia.

Discusión: El síndrome de Cushing ectópico puede manifestarse en diferentes tipos de tumores, tanto neuroendocrinos como no. El carcinoma tímico productor de ACTH es una entidad extremadamente infrecuente que puede presentar desafíos significativos en el diagnóstico y el tratamiento. Un enfoque multidisciplinario y una evaluación minuciosa son esenciales para el diagnóstico y la gestión adecuada de estos casos.

36. CATETERISMO DE SENOS PETROSOS INFERIORES EN EL DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME DE CUSHING ACTH DEPENDIENTE: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C.A. Idrobo Zambrano, M.N. Sánchez Ramírez, I. Bermúdez-Coronel Prats, E. Fandiño Benito, E.A. Achote Rea, J.M. Ruiz Cánovas, I. Madrid Egusquiza, C. García Regal, J.M. Cassinello y M. Araujo-Castro

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramon y Cajal, Madrid.

Introducción: El síndrome de Cushing (SC) conlleva a múltiples comorbilidades debido a la exposición prolongada a concentraciones altas de glucocorticoides. Dentro de las causas de SC endógeno, las formas ACTH dependientes son las más frecuentes. En este escenario, el cateterismo de senos petrosos inferiores (CSPI) es la prueba de referencia para diferenciar entre el origen central (en-

fermedad de Cushing; EC) y ectópico (síndrome de Cushing ectópico; SCE) del SC.

Objetivos: Describir las características de los pacientes sometidos a CSPI y evaluar la capacidad diagnóstica del CSPI para diferenciar EC y SCE.

Métodos: Estudio retrospectivo de 9 pacientes con SC ACTH dependiente sometidos a CSPI entre los años 2012 y 2022 en el Hospital Universitario Ramón y Cajal. El punto de corte en el gradiente ACTH central periférico usado para definir EC fue de 2 en el basal y de 3 tras estímulo con CRH.

Resultados: La media de edad de los pacientes sometidos a CSPI fue de 46 años (31-72 años), de los cuales 5 fueron hombres y 4 mujeres. Tras el CSPI se evidenció una secreción de ACTH de origen hipofisario en el 66,67% (n = 6) y de origen ectópico en el 33,33% (n = 3). De los 6 pacientes con criterios de EC en el CSPI, 4 tuvieron pruebas radiológicas concordantes en las que se visualizaba un adenoma hipofisario y 4 cumplieron criterios de curación tras la cirugía. Hubo 1 paciente con EC según el gradiente tras CRH pero que presentaba un gradiente basal < 2. Los valores medios del gradiente basal fueron mayores en pacientes con EC que SCE (12,52 ± 10,75 vs. 1,1 ± 0,1, p = 0,034), al igual que el gradiente tras CRH (48,3 ± 41,88 vs. 1,5 ± 0,23, p = 0,101). No se observó ninguna correlación entre los valores del gradiente en el basal y tras CRH (r = 0,048, p = 0,919).

Conclusiones: El CSPI es una técnica de gran utilidad para la distinción entre EC y SCE, siendo el gradiente ACTH central periférico tras CRH el que ofrece una mayor fiabilidad diagnóstica para diferenciar ambas entidades.

37. CARACTERIZACIÓN DEL COMPONENTE ENDOTELIAL DE LOS TUMORES HIPOFISARIOS Y SU CORRELACIÓN CON VARIABLES CLÍNICAS DE AGRESIVIDAD

D. Cano González¹, Á. Flores Martínez², E. Venegas-Moreno¹, E. Dios¹, E. Fajardo³, E. Cárdenas-Ruiz Valdepeñas⁴, A. Kaen⁴ y A. Soto-Moreno¹

¹Unidad de Gestión de Endocrinología y Nutrición, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla. ²Departamento de Biología Celular, Fisiología e Inmunología, Universidad de Córdoba, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba. ³Servicio de Radiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁴Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: El microambiente descrito en los tumores hipofisarios está compuesto de gran cantidad de subtipos celulares no tumorales como células inmunes, estromales y, principalmente, células endoteliales. Aunque investigaciones recientes en el campo han reconocido el papel del microambiente y del componente endotelial en los tumores hipofisarios, hasta la fecha no se han caracterizado de forma sistemática variables morfométricas de los vasos sanguíneos que puedan estar relacionadas con características de agresividad tumoral.

Objetivos: Explorar el patrón de expresión del marcador de endotelio vascular CD34 y de diferentes marcadores de células asociadas a endotelio como ERG, desmina, AML y PGFA y determinar su correlación con diferentes parámetros clínicos de agresividad.

Métodos: Mediante inmunohistoquímicas se analizó el nivel de expresión de los marcadores en cohortes de diferentes tipos de tumores hipofisarios, incluyendo GHoma (n = 68), ACTHoma (n = 19), no funcionantes (n = 82) e hipófisis normal (n = 12). Se realizaron análisis de imagen para cuantificar la densidad microvascular y definir variables morfométricas.

Resultados: Los tumores hipofisarios mostraron menor vascularización respecto a hipófisis normales, tanto en el número de vasos

como en la densidad microvascular. Se observaron diferencias en la morfología de la vascularización entre los distintos tipos tumorales, siendo los GHomas quienes mostraron mayor variabilidad. En los tumores hipofisarios se detectaron vasos de menor tamaño, mayor grosor de pared vascular y variables morfométricas diferenciales según el subtipo. Se encontraron diferencias en el porcentaje de poblaciones endoteliales y proangiogénicas. Sin embargo, no hubo correlación entre vascularización, poblaciones endoteliales y variables clínicas de agresividad.

Conclusiones: El componente endotelial se encuentra alterado en los tumores hipofisarios.

Financiación: Consejería de Salud y Familias (FPS-0032-2021; RPS 24665; A-0055-2018). ISCIII-Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación cofinanciado con Fondos FEDER (PI16/00175).

38. CARACTERIZACIÓN DE EXPRESIÓN DE ARN Y RESULTADOS CLÍNICOS DE TUMORES HIPOFISARIOS AGRESIVOS TRATADOS CON TEMOZOLOMIDA

E. Dios Fuentes¹, P.J. Remón Ruiz¹, E. Venegas Moreno¹, M. Alonso³, E. Cárdenas Ruiz-Valdepeñas⁴, A. Kaen⁴, M.E. G-García⁵, D. Cano¹, R. Luque⁵ y A. Soto Moreno¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla. ²UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ³UGC de Oncología Médica, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁴Unidad de Gestión de Clínica Neurocirugía, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁵Oncobesidad y metabolismo, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba.

Objetivos: Describir los resultados clínicos del tratamiento con temozolomida en tumores pituitarios agresivos y evaluar la posible relación de variables clínicas asociadas con la caracterización molecular.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los resultados clínicos y la expresión de ARN en tumores pituitarios agresivos tratados con temozolomida. Se estudió la expresión de ARN en muestras de tumor.

Resultados: 10 pacientes. 30% (3) mujeres, 70% (7) hombres. El 30% (3) prolactinoma, el 30% (3) Cushing, el 40% (4) AHNF. 30% (3) carcinomas. Tamaño inicial de 32 [30-37] mm, con tamaño máximo de 33 [30-37] mm. Al debut, el 80% (8) tenía invasión del seno cavernoso y el 90% invasión supraciasmática. En cuanto a inmunohistoquímica, 50% (5) ACTH, 10% (1) Null cell, 10% (1) GH, 20% (2) PRL y GH aislada, y 10% (1) PRL. Ki-67 mayor al 3% en el 80% (8) de los casos, con Ki-67 > 10% en 40% (4). Se ha observado variabilidad en la expresión génica de ARN aunque se ha observado una asociación entre PTTG1 y GHRELIN en pacientes con tumores más agresivos. El tamaño máximo antes de temozolomida fue 23 [19-30] mm, y a los 6 meses de tratamiento de 17,5 [14-23] mm. Se observó una respuesta parcial según RECIST en el 40% (4) de los casos a 6 meses, con 1 paciente con respuesta parcial con > 6 meses de tratamiento. El tiempo hasta la máxima respuesta fue 0,48 [0,38-1,29] años. Se observó progresión en 40% (4) de los casos, tiempo mediano hasta progresión de 1,61 [1,11-2,32] años. Actualmente, el 50% (5) de los pacientes no está recibiendo tratamiento con temozolomida, el 30% (3) debido a progresión y tratamientos complementarios.

Conclusiones: La temozolomida es un tratamiento seguro en tumores hipofisarios agresivos que permite una respuesta inicial y una estabilidad a medio plazo. La expresión de ciertos ARN (Ghrelina, PTTG1) pueden ser indicadores de agresividad y mortalidad en tumores hipofisarios.

39. DETERIORO DE LA CALIDAD ÓSEA DEL FÉMUR PROXIMAL, ESTUDIADA MEDIANTE EL ANÁLISIS DE LOS ELEMENTOS FINITOS, EN PACIENTES CON SÍNDROME DE CUSHING EN REMISIÓN

E. Valassi^{1,2,3}, A. Giuliadori⁴, E. Soudah⁴, L. Martel-Duguech⁵, J. Malouf⁶ y S. Webb^{3,5,7}

¹Endocrinología, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona.

²Facultad de Medicina, Universitat Internacional de Catalunya, Barcelona. ³Grupo de Enfermedades de Hipófisis, Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERER), Madrid. ⁴Centre Internacional de Mètodes Numèrics en Enginyeria, CIMNE, Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelona. ⁵Endocrinología, II-B Sant Pau, Hospital Sant Pau, Barcelona. ⁶Metabolismo Mineral, Hospital Sant Pau, Barcelona. ⁷Facultad de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona.

Introducción: El síndrome de Cushing activo (SC) se asocia con pérdida ósea y fragilidad esquelética. Aunque la densidad mineral ósea (DMO), medida mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA), parece normalizarse en la mayoría de los pacientes dentro de unos años tras el tratamiento, no hay datos sobre la calidad y las propiedades mecánicas del hueso en pacientes con remisión a largo plazo.

Métodos: 32 mujeres con SC en remisión [51 ± 11 años, IMC, 28 ± 5 Kg/m², tiempo de remisión, 120 ± 96 meses] y 32 controles apareados por edad-, IMC-, estado menopáusico y nivel de actividad física. Se utilizó la tomografía computarizada cuantitativa (QCT) para evaluar la DMO volumétrica (DMOv) y propiedades mecánicas (relación de pandeo, área de sección transversal y espesor cortical) en el fémur proximal. Se generó un modelo de elementos finitos a partir de QCT para calcular rigidez y estrés [“Maximum Von Mises (VM)” y “Major Principal Stress” (MPS)] simulando un impacto de caída lateral específico por cada paciente. La DMO bidimensional en columna lumbar y cadera se evaluó mediante DXA.

Resultados: En SC, la DMOv trabecular en cadera y trocánter fue menor ($p < 0,05$), mientras la DMOv cortical en todas las regiones fue más elevada ($p < 0,01$), en comparación con los controles. El grosor cortical fue menor y la relación de pandeo fue mayor en SC en comparación con los controles, lo que indica más inestabilidad elástica cortical en los primeros ($p < 0,001$ para todas las comparaciones). El análisis de elementos finitos mostró que VM y MPS eran mayores en los pacientes con SC en comparación con los controles, lo que indica menor resistencia a las fracturas en los primeros. La DMO bidimensional fue similar en los dos grupos. Después de ajustar por la menopausia, el diagnóstico de SC previo fue el predictor principal de la disminuida resistencia ósea.

Conclusiones: Los pacientes con SC en remisión presentan alteraciones significativas de la calidad ósea del fémur proximal.

40. PARÁLISIS DEL TERCER PAR SECUNDARIA A APOPLEJÍA HIPOFISARIA

J.A. Mascuñana Calle, P. González Lázaro, M.Z. Montero Benítez, P. Jiménez Torrecilla, M. Sánchez Crespo Juárez, M.A. Lomas Meneses, F. del Val Zaballos, F. Gómez Alfaro, I. Gómez García y M. López Iglesias

Endocrinología y Nutrición, Hospital General La Mancha Centro.

Introducción: La apoplejía hipofisaria es una complicación grave en los adenomas hipofisarios. Los factores de riesgo incluyen traumatismos craneales, hipertensión arterial, cirugía cardíaca, anti-coagulantes y cambios hormonales. Los síntomas varían según el tamaño y la ubicación del adenoma y pueden incluir dolor de cabeza intenso, visión borrosa, rigidez en el cuello, entre otras. El proceso expansivo, secundario a la hemorragia e inflamación, también

puede ser causa de la compresión de estructuras adyacentes a la glándula hipofisaria.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 88 años, en seguimiento en nuestras consultas por un macroadenoma hipofisario en. Acudió a urgencias por dolor abdominal y cefalea. Durante su estancia, experimentó midriasis y ptosis palpebral del ojo izquierdo. Se realizaron pruebas de imagen sin hallazgos significativos, siendo ingresada en neurología. Su estado clínico empeoró con disminución del nivel de consciencia y de la presión arterial. La resonancia magnética mostró aumento del tamaño del adenoma y cambios compatibles con sangrado. Ante los hallazgos, se realizó una interconsulta a nuestro servicio, con sospecha de que se tratara de una apoplejía hipofisaria. Tras los hallazgos analíticos y ser desestimado por neurocirugía, se inició tratamiento con hidrocortisona intravenosa, lo que mejoró el cuadro. Fue dada de alta con hidrocortisona y levotiroxina vía oral.

Discusión: La apoplejía hipofisaria es grave y suele estar relacionada con macroadenomas no funcionantes. La compresión del quiasma óptico puede afectar la visión, aunque la parálisis del tercer par es rara. La resonancia magnética es la técnica diagnóstica preferida. El tratamiento temprano con glucocorticoides es crucial debido a la insuficiencia adrenal, una causa importante de morbilidad. La descompresión quirúrgica temprana se recomienda en casos graves con síntomas neurológicos o alteración de la conciencia, y puede mejorar la visión y la función hormonal.

41. RESULTADOS EN CIRUGÍA TRANSENFENOIDAL ENDOSCÓPICA AMPLIADA. EFICACIA AMPLIADA GRACIAS A UNA GRAN VISUALIZACIÓN DEL ÁREA SELAR

E. Venegas Moreno¹, P.J. Remon Ruiz¹, E. Dios Fuentes¹, B. Oulad Ahmed¹, A. Kaen¹, E. Cárdenas Ruiz-Valdepeñas¹, R. Oliva⁴, I. Fernández⁵, F. Roldán² y A. Soto Moreno¹

¹Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Hospital Universitario Virgen del Rocío/CSIC/Universidad de Sevilla. ²Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ³Unidad de Gestión Clínica de Neurocirugía, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁴Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. ⁵Unidad de Gestión Clínica de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de CTEA realizadas sobre tumores hipofisarios en un hospital terciario.

Resultados: 253 pacientes. 55 acromegalias. 61,8% (34), 38,2% (21) hombres. 16,4% (9) afectación visual prequirúrgica. Tamaño prequirúrgico de 16 [11-20] mm. 81,8% (45) macroadenomas. 41,8% (23) con invasión de seno cavernoso, siendo 12,7% (7) Knosp 4 y el resto 29,1% (16) Knosp 3. La tasa de curación general es del 67,3% (37). La tasa de curación microadenoma-macroadenoma es 80 vs. 64,4% respectivamente y la tasa de tumores no invasivos del 72,2% mientras que los invasivos fue del 27%, no se observaron curaciones en K4, mientras que la tasa de K3 fue de 62,5%. 47 E. Cushing. Edad mediana 43,33 [29,82-59,17] años. 83% (39) mujeres, 17% (8) hombres. 19,1% (9) macroadenomas, 80,9% (38) microadenomas, tamaño mediano 6 [4,25-8,75] mm. 11,11% (5) invasión de seno cavernoso. Tras cirugía 89,4% (42) curados actualmente, con una tasa de curación al año de 93,6% (44) y 4,3% (2) de recidivas tras cirugía observadas en el seguimiento. 151 AHN. Edad mediana 56,12 [47-67] años. 45% mujeres (68), 55% (83) hombres. 61,6% con afectación visual previa. Tamaño prequirúrgico mediano de 27 [22-35] mm, todos macroadenomas, 16,3% (24) mayores a 40 mm (gigantes), 57% (86) con invasión de seno cavernoso. En cuanto a inmunohistoquímica, 12,6% ACTH, 2% GH, 0,7% GH/PRL, 59,6% FSH/LH, 15,2% null cell, 2% plurihormonal, 1,3% PRL y 0,7% TSH. La tasa de curación

completa es del 57,1% con un 17,7% adicional con resto inferior a 10 mm. Entre los tumores inferiores a 40 mm, la tasa de curación es del 62,5% con un 20,8% adicional de restos inferiores a 10 mm. Mientras que en tumores superiores a 40 mm, la tasa de curación es del 29,2% con un 4,2% adicional de restos inferiores a 10 mm.

Conclusiones: La cirugía transfenoidal endoscópica ampliada es una técnica quirúrgica con elevada tasa de curación, incluso en tumores con invasión local del seno cavernoso.

42. EVALUACIÓN PREQUIRÚRGICA Y POSTQUIRÚRGICA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ACROMEGALIA

E.A. Achote Rea, M.N. Sánchez Ramírez, C.A. Idrobo Zambrano, J.M. Ruiz Cánovas, C. García Regal, I. Madrid Agusquiza, M. Marchan Pinedo, E. Pascual Corrales, V. Rodríguez Berrocal y M. Araujo Castro

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Conocer la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes con acromegalia y su evolución tras la cirugía transfenoidal y analizar la distribución de los principales perfiles metabólicos en función de los niveles de GH postquirúrgicos.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con acromegalia sometidos a cirugía transfenoidal en el Hospital Universitario Ramón y Cajal entre 1999-2022. Se excluyeron aquellos pacientes con información insuficiente en cuanto a los FRCV. Se consideraron FRCV, la presencia de DM2, HTA, obesidad y dislipemia. Los factores de riesgo cardiovascular fueron evaluados antes y 12 meses posteriores a la cirugía.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes, el 78,3% eran mujeres, la edad media fue de 51,5 ± 13,33 años. Antes de la intervención quirúrgica el 50% de los pacientes presentaban hipertensión, el 40% alteraciones del perfil glucémico (19,6% diabetes mellitus y 21,7% prediabetes), el 59,52% obesidad siendo la grado III la más prevalente y el 59% dislipemia. Tras la intervención quirúrgica se objetivó una mejoría significativa de los niveles de glucemia basal (109,2 ± 19,83 precirugía vs. 93,4 ± 15,43 mg/dl poscirugía, p < 0,001), de la HbA_{1c} (6,0 ± 0,49 precirugía vs. 5,7 ± 0,51 poscirugía, p < 0,001) y de la glucemia tras SOG (154,6 ± 59,43 precirugía vs. 121,98 ± 38,88 mg/dl poscirugía, p < 0,001); Tras la intervención 45,65% de los pacientes tenían niveles de GH < 1 ng/dl. Los pacientes con GH poscirugía < 1 ng/dl presentaron niveles más altos de triglicéridos que en el grupo de GH > 1 ng/dl (120 ± 64 vs. 81 ± 38, p = 0,022), pero no hubo diferencias en el resto de FRCV ni parámetros analíticos.

Conclusiones: Los FRCV más frecuentes en pacientes con acromegalia son la HTA, la obesidad, dislipemia y las alteraciones del perfil glucémico. El perfil glucémico tras la intervención quirúrgica mejora significativamente y podría estar en relación con la mejoría de la resistencia a la insulina generada por los niveles altos de GH.

43. PEGVISOMANT: UNA ALTERNATIVA EFECTIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA ACROMEGALIA ECTÓPICA RESISTENTE A ANÁLOGOS DE SOMATOSTATINA. REPORTE DE UN CASO

R. Carrasco Barria¹, M.S. Librizzi¹, M. Gutiérrez Oliet¹, R. Hernández Moretti¹, S. Furio Collao¹, N. López Jiménez¹, Á.M. Chávez Villegas¹, F. Cordido² y M. Calatayud Gutiérrez¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. ²Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción: La acromegalia ectópica es una condición rara debida a secreción de GHRH por tumores neuroendocrinos (TNE). El tratamiento de elección es la resección tumoral, pero en casos de enfermedad diseminada la estrategia de tratamiento para control de la hipersecreción hormonal no está establecida.

Objetivos: Determinar las características clínicas, diagnósticas y opciones terapéuticas en acromegalia ectópica.

Caso clínico: Mujer de 44 años diagnosticada de masa pulmonar de 5 cm en LII intervenida en 5/2018 mediante lobectomía inferior izquierda con diagnóstico de carcinoma típico bronquial G1, pT2N1. Posteriormente presenta dolor cervical y parestesias en región submandibular derecha y lesiones subcutáneas múltiples. Precisan-do estudio radiológico (TC/RM) compatible con metástasis subcutáneas y cerebrales, y lesión hipofisaria con extensión supraselar que contacta ampliamente con el quiasma. Se deriva a Endocrinología para completar estudio: En la anamnesis refiere, tras la cirugía, amenorrea y aumento de tamaño de partes acras, edema facial y dolores articulares en rodillas y tobillos. El estudio hormonal revela IGF-1 574 ng/ml [109,0-296,0] y GH 5,16 ng/ml [0,00 - 8,00]. Ante la sospecha de acromegalia ectópica e hiperplasia hipofisaria secundaria se determinan niveles plasmáticos de GHRH = 214 ng/dl [< 60], confirmando el diagnóstico. El PET-68Ga-DOTATOC confirma TNE con metástasis óseas, ganglionares, subcutáneas, mesentéricas y pleurales. Se inicia tratamiento con lanreótide hasta 120 mg/28 días sin observarse respuesta (IGF-1 478,0 ng/mL] por lo que se asocia pegvisomant precisando 20mg/día tras lo que se consigue control mantenido de IGF1 a pesar de rápida progresión tumoral a primera línea de tratamiento con ¹⁷⁷Lu-oxodotreotida y manteniéndose estable la hiperplasia hipofisaria.

Discusión: Pegvisomant puede ser una alternativa efectiva y segura en el tratamiento de la acromegalia ectópica, en pacientes resistentes a análogos de somatostatina.

44. REPERCUSIONES DEL USO DE MASCARILLAS FACIALES DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: RETRASO DEL DIAGNÓSTICO DE ACROMEGALIA

M.M. Guijarro Chacón, A. Ambrojo López,
M.M. Fernández Bueso, J. González Prieto, M. Nicolás Blanco
y P. Beato Víbora

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Badajoz.

Introducción: Presentamos el caso de una paciente con acromegalia cuyo retraso diagnóstico se vio agravado por la utilización de mascarillas protectoras contra el virus SARS-CoV-2 en el contexto de la pandemia mundial acaecida a inicios de 2020. Analizamos el caso de una paciente con clínica sugestiva de cuadro acromegálico de 5 años de evolución.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 69 años con antecedentes personales de alergia al pescado. Su primera consulta hospitalaria fue hace 5 años en el contexto de edema lingual atribuyéndose a sus antecedentes alérgicos. La paciente continuaba consultando, sumándose a la clínica descrita cefalea, disartria y crecimiento de partes acras. La utilización de las mascarillas protectoras contra el virus SARS-CoV-2 pudo provocar el enmascaramiento de las manifestaciones clínicas más características de la enfermedad, llegando a ser valorada por diferentes servicios médicos sin establecer un diagnóstico. Tras varias pruebas complementarias destaca un nódulo tiroideo TIRADS 3. Para continuar el estudio del mismo se deriva a consultas de Endocrinología, en las que, tras una exhaustiva historia clínica y valoración morfológica de la paciente retirando la mascarilla surge la sospecha de una Acromegalia subyacente, comenzando el estudio de la misma. Analíticamente los resultados fueron: hormona del

crecimiento (GH) de 2,08 ng/mL (N:0-10 ng/mL) e IGF1 de 406 ng/mL (N: 37,29-164,03 ng/mL). Completamos el estudio solicitando sobrecarga oral de glucosa con unos niveles de GH de 3,5-2,5-3,11-6,25-5,37-3,72 (ng/mL). En la resonancia magnética no se evidenció tumor.

Discusión: La acromegalia es una enfermedad rara e infradiagnosticada. El uso de mascarillas durante la pandemia ha podido contribuir en el retraso diagnóstico al no poder visualizar correctamente las manifestaciones más características, tales como la macroglosia y los cambios faciales, y, con ello, influir de forma negativa en el curso y pronóstico de la enfermedad.

45. EFECTO DE PASIREOTIDE SOBRE METABOLISMO HIDROCARBONADO EN VIDA REAL

S. Maraver Selfa¹, I. González Molero², B. del Arco², S. Alonso²,
G. Oliveira² y F. Tinahones¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Málaga. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: La prevalencia de alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado en pacientes con acromegalia se estima que puede llegar hasta el 60%. El tratamiento con pasireotide se ha asociado a efectos sobre este metabolismo pero se han comunicado pocos datos en vida real sobre su efecto y manejo.

Objetivos: Estudiar el efecto de pasireotide sobre el control glucémico a dos años de seguimiento en pacientes con acromegalia.

Métodos: Estudio retrospectivo de 13 pacientes acromegálicos tratados con pasireotide a largo plazo (2 años). Se recogieron datos sobre control glucémico y tratamientos previos al inicio, a los 3-6 meses, al año y a los 2 años.

Resultados: Se recogieron datos de 13 pacientes, 8 mujeres y 5 varones, edad media: 49,9 ± 15,4 años, IMC: 30,1 ± 5,6; 7 operados y 5 radiados previamente. Previo al tratamiento 7 pacientes tenían DM (53,8%), 2 prediabetes y 4 eran normoglucémicos. La HbA_{1c} inicial media: 5,9 ± 0,5%. IGF-1 (%LSN): 190,3 ± 63,9. A los 3-6 meses 10 (76,9%) tenían DM y al año y 2 años 11 (84,6%). Inicialmente recibían tratamiento médico 8 pacientes, al año de tratamiento 8 pacientes habían tenido que incrementar sus tratamientos (2 insulinizados). Los fármacos más frecuentemente pautados tras la metformina fueron los DPP-4 y análogos de GLP-1. El incremento de HbA_{1c} fue de 0 a los 6 meses 0,52 ± 0,39, de 6m a un 1 año 0,10 ± 0,63 y de 1 a 2 años -0,43 ± 0,95. El incremento de HbA_{1c} a los 6 meses no se relacionó con la presencia de DM inicial o IMC, no obstante los pacientes con edad superior a 40 años tuvieron que incrementar el tratamiento con más frecuencia.

Conclusiones: El incremento de HbA_{1c} secundario a pasireotide se produce en los primeros 3-6 meses de tratamiento pero después se mantiene estable hasta los dos años de seguimiento.

46. ACROMEGALIA RESUELTA DE FORMA ESPONTÁNEA

A. Moreno Tirado¹ y J.M. Calle Isorna²

¹Endocrinología, Hospital General Mancha Centro, Alcázar de San Juan. ²Anestesiología, Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: La acromegalia consiste en una enfermedad con una prevalencia de 28-133 casos por millón de habitantes, en la cual existe una hipersecreción de hormona de crecimiento (GH) que estimula la producción hepática de IGF-1. En más de 95% de los casos es secundario a un tumor hipofisario.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 64 años de edad que es derivado desde atención primaria para valorar diabetes de reciente diagnóstico y a la exploración física destaca nariz ancha y aumento de arco supraciliar. Ante la sospecha de acromegalia se decide iniciar estudio, y se solicita analítica con perfil hipofisario y TAC craneal. 2 meses después acude para recoger resultados, donde destaca IGF-1 de 891 ng/mL y HbA_{1c} 8,8%, resto normal. Además en TAC craneal destaca un aumento de tamaño de silla turca. Ante estos resultados, se solicita RM hipofisaria y campo visual: campo visual normal, y en RM hipofisaria destaca macroadenoma hipofisario sin compresión quiasmática. Ante estos hallazgos se decide derivar a neurocirugía. Es valorado por dicho servicio a los 7 meses de la derivación, y tras valoración en dicho servicio destaca IGF-1 de 289 ng/ml (normal < 290), test de SOG 75 gramos, GH < 0,4 ng/mL, y RM craneal donde no se evidencia tumoración. Un mes después de la valoración por Neurocirugía, repetimos analítica, persiste IGF-1 normal de 242 ng/mL, y HbA_{1c} de 4,9%. Ante estos resultados, la sospecha primera es una resolución espontánea de hipersecreción hormonal/apoplejía hipofisaria.

Discusión: La apoplejía hipofisaria es más frecuente en tumores > 1 cm y más frecuente en macroadenomas no funcionantes. Está descrito en 1-6% de los tumores hipofisarios. Incidencia de 0,17 episodios por cada 100.000 habitantes por año. Descrito en tumores productores tanto de GH como ACTH. Ocurre en 3-4% de los pacientes con acromegalia. La etiopatogenia es secundaria infarto isquémico o hemorragia de la tumoración. En nuestro caso lo más probable es una apoplejía hipofisaria silente o subclínica.

47. IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LA EVALUACIÓN INICIAL DE LOS PACIENTES CON HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO DEL SPAIN-ALDO REGISTRY (PÓSTER SELECCIONADO)

J.G. Ruiz-Sánchez¹, M. Paja-Fano², A. Vicente Delgado³, M. González Boillos⁴, B. Pla Peris⁴, P. Parra Ramírez⁵, P. Martín Rojas-Marcos⁵, F. Hanzu⁷, resto de investigadores del Registro SPAIN-ALDO⁶ y M. Araujo Castro⁸

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao. ³Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Toledo. ⁴Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Castellón. ⁵Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁶Endocrinología y Nutrición, Resto de Hospitales, España. ⁷Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Clínic, Barcelona. ⁸Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: La hipertensión arterial en personas con obesidad (PCO) está asociada a una activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA). Se ha propuesto que esta asociación participaría en la génesis del hiperaldosteronismo primario (HAP) bilateral. Aunque se desconoce si la obesidad puede alterar la caracterización del HAP. Analizamos el impacto de la obesidad en la evaluación inicial de los pacientes con HAP. **Métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico, parte del SPAIN-Aldo Registry. Se incluyeron pacientes con HAP de 20 centros españoles. Se analizaron las diferencias del perfil clínico, bioquímico y de lateralización del HAP entre los PCO y sin obesidad. **Resultados:** 415 pacientes incluidos; 189 (45,5%) con obesidad; 240 (58,4%) hombres. Edad: 55 años [47,3-65,2]. En comparación con aquellos sin obesidad, los PCO tuvieron tasas más altas de diabetes mellitus, enfermedad renal cró-

nica, apnea obstructiva del sueño, hipertrofia ventricular izquierda, eventos cardiovasculares previos, mayores valores de presión arterial sistólica (TAS), y requirieron más medicamentos antihipertensivos. Así mismo, tuvieron valores más altos de glucosa sérica, HbA_{1c}, creatinina, ácido úrico y triglicéridos, y niveles más bajos de colesterol HDL. Los niveles de aldosterona en sangre y renina fueron similares entre los grupos. El IMC no se correlacionó con la aldosterona ni con la renina. Los porcentajes de lesiones suprarrenales en los estudios de imagen (EDI), así como las tasas de enfermedad unilateral evaluadas por cateterismo de venas suprarrenales y/o gammagrafía con yodo-norcolesterol fueron similares entre los grupos.

Conclusiones: La presencia de obesidad en pacientes con HAP no impacta en los niveles de aldosterona y renina, ni altera las tasas de lesiones suprarrenales observadas en los EDI ni tampoco impacta en las tasas de lateralización de la enfermedad. Sin embargo, se asocia a peor perfil cardiometabólico, y necesidad de más fármacos antihipertensivos.

48. PREVALENCIA DE ADENOMAS EN PACIENTES CON INCIDENTALOMAS ADRENALES SEGÚN FUNCIONALIDAD

Á. Rebollo Román¹, C. Idrobo Zambrano², C. Robles Lázaro³, P. Martín Rojas⁴, D. Lavinia Marginean¹, E. Pascual Corrales², P. Parra Ramírez⁴, A.D. Herrera Martínez¹ y M. Araujo Castro²

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ³Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Salamanca. ⁴Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Paz Madrid.

Introducción: Los incidentalomas adrenales (IA) son hallazgos frecuentes en la práctica clínica debido al incremento de la realización de pruebas de imagen por otras indicaciones. Aunque la mayoría son IA no funcionantes (IANF), hasta el 40% se asocia a hipercortisolismo de gravedad variable, condicionando un aumento de la morbilidad. Sin embargo, no existe evidencia científica de una mayor incidencia de adenomas en otras localizaciones en pacientes con hipercortisolismo en comparación con los IANF.

Objetivos: Comparar la prevalencia de adenomas (tiroideos, paratiroides, hipofisarios y en otras localizaciones) en pacientes con IA e hipercortisolismo y con IANF.

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico de una cohorte de pacientes valorados en consultas de Endocrinología en 4 hospitales terciarios por hallazgo de un IA.

Resultados: Se incluyeron 935 pacientes con IA. El 46,5% eran mujeres y la edad media al diagnóstico del IA fue de 62,6 ± 11,13 años. El 21,7% de los IA eran bilaterales. La mayor parte eran IANF (58,8%), seguidos en frecuencia por SAC en el 29,0% y un 1,2% con síndrome de Cushing. Un 32,3% tenían uno o más adenomas en otras localizaciones. La prevalencia global de adenomas tiroideos fue de 24,6% (n = 205), paratiroides de 2,3% (n = 19), hipofisarios 1,2% (n = 10) y en otras localizaciones de un 31,3% (n = 260). No encontramos diferencias significativas en cuanto a la aparición de adenomas hipofisarios (0,9 vs. 1,8%), tiroideos (24,9 vs. 24,1%), paratiroides (2,2 vs. 2,5%) ni de otras localizaciones (30,4 vs. 33%) entre los pacientes con IANF y con hipercortisolismo, respectivamente.

Conclusiones: Los adenomas en otras localizaciones diferentes a la suprarrenales ocurren en hasta un 32,3% de los pacientes con IA. El hipercortisolismo no afecta a la prevalencia de adenomas en otras localizaciones, siendo la prevalencia similar entre los pacientes con IANF y con hipercortisolismo.

49. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS A LA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL EN POBLACIÓN DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE SEVILLA

P. Puzigaca, E.A. Cuéllar Lloclla, J.Á. Romero Porcel, S. Hami Gil y M.V. Cózar León

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Objetivos: Describir los datos epidemiológicos de los pacientes con insuficiencia suprarrenal (ISR) del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla (400.000 hab.).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, se incluyen pacientes con diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria (ISRP) y secundaria (ISRS).

Resultados: De 125 pacientes 51 tenían ISRP (40,8%) y 74 tenían ISRS (59,2%). ISRP: 30 varones (59%) y 21 mujeres (41%). Edad al diagnóstico: 32 ± 21 años. Etiología: autoinmune (51%), adrenalectomía (31%), hiperplasia suprarrenal congénita (16%) y tuberculosis (2%). De los pacientes con ISRP autoinmune, 15 (58%) tenían al menos 1 enfermedad autoinmune asociada: tiroiditis de Hashimoto (80%), DM tipo 1 (27%), anemia perniciosa (13%), celiaquía (7%), enfermedad de Graves (7%), síndrome de Goodpasture (7%) y psoriasis (7%). En caso de la adrenalectomía, la causa de la cirugía fue feocromocitoma (37,5%), síndrome de Cushing (37,5%) y metástasis (25%). La dosis media de hidrocortisona era $23,2 \pm 7,9$ mg y de fludrocortisona $0,08 \pm 0,5$ mg. ISRS: 41 varones (55%) y 33 mujeres (45%). Edad al diagnóstico: 48 ± 21 años. Etiología: macroadenoma hipofisario no funcionante (25,7%), craneofaringioma (10,8%), adenoma funcionante de hipófisis (8,1%), síndrome de Sheehan (6,8%), apoplejía hipofisaria (6,8%), silla turca vacía (6,8%), traumatismo craneoencefálico (5,4%), inmunoterapia (4,1%), hipofisitis (4,1%), toma exógena de corticoides (4,1%), radioterapia (2,7%), panhipopituitarismo idiopático (2,7%), hipoplasia hipofisaria (2,7%), carcinoma hipofisario (1,4%) y otros (8,1%). La dosis media de hidrocortisona era $18,8 \pm 5,3$ mg.

Conclusiones: ISR se presenta más en varones. La ISRS es más común y se presenta casi 15 años después de ISRP, siendo la dosis de hidrocortisona casi 5 mg menos que en ISRP. La etiología más frecuente de ISRS era el macroadenoma hipofisario no funcionante, mientras que en ISRP era de origen autoinmune y se asocia con tiroiditis de Hashimoto.

50. CARCINOMA DE LA GLÁNDULA SUPRARRENAL: LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

P. Gorostiaga Ramos¹, F. Vidal-Ostos de Lara¹, A. Ionele², R. Niddam Sánchez¹, J. Zurita Campos¹ y C. Blanco Carrera¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares. ²Universidad de Medicina Alcalá de Henares.

Introducción: El carcinoma suprarrenal (CSR) es un tumor poco frecuente que presenta una elevada mortalidad. Dado que la cirugía es el único tratamiento curativo, el pronóstico depende fundamentalmente del estadio del tumor en el momento del diagnóstico.

Objetivos: Revisar las características clínicas, radiológicas y respuesta al tratamiento de los pacientes diagnosticados de CSR en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA).

Métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de CSR entre 2010 y 2022. Recibió dictamen favorable del Comité de Ética de Investigación del HUPA.

Resultados: Se diagnosticaron 7 pacientes con CSR, 4 por hallazgo incidental y 3 por sospecha de síndrome de Cushing (SC). No obstante, tras el estudio hormonal se mostró SC en 5 casos. La tomografía computarizada (TC) fue sospechosa de malignidad en todos

los casos. Durante el seguimiento 3 pacientes no mostraron progresión. Dos de ellos tenían un estadio II al diagnóstico con resección R0 y $Ki67 \leq 10\%$ y tuvieron una supervivencia prolongada (92 y 48 meses, respectivamente). El tercer paciente, sin progresión hasta la actualidad, presentaba un estadio III con un $Ki67 20\%$, por lo que se trató con mitotane alcanzando rango terapéutico con una toxicidad tolerable. Los 4 pacientes que progresaron tras la cirugía presentaban un estadio III o IV, resección incompleta (R1 o R2) y/o $Ki67 > 10\%$. Todos ellos progresaron a pesar de mitotane en adyuvancia, si bien solo en dos se alcanzó rango terapéutico por efectos secundarios. Los 4 recibieron quimioterapia asociada a mitotane.

Conclusiones: El CSR es un tumor infrecuente que se diagnostica incidentalmente o por síntomas de síndrome de Cushing, siendo las pruebas radiológicas fundamentales en la sospecha diagnóstica. La supervivencia es limitada y está condicionada por el diagnóstico precoz que permita una resección completa. La modesta eficacia del mitotane y la quimioterapia contribuyen al mal pronóstico.

51. LA HIPERTENSIÓN BAJA EN RENINA CON ALDOSTERONEMIA NORMAL O ELEVADA RESPONDE CON UN DESCENSO CLARO EN LA TA A DOSIS ELEVADAS DE BLOQUEANTE DEL RECEPTOR MINERALOCORTICOIDE (TRABAJO FIN DE GRADO)

S. Pérez Barrios¹, M. Pazos Guerra², J.G. Ruíz Sánchez⁴, X. Pérez Candel², M. Cuesta Hernández², M.J. Torrejón Martínez³, M.V. Sáez de Parayuelo², M.P. de Miguel Novoa², A. Calle Pascual² e I. Runkle de la Vega²

¹Grado de Medicina, Universidad Complutense de Madrid.

²Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

³Análisis Clínico, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

⁴Endocrinología y Nutrición, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: La hipertensión baja en renina con aldosteronemia normal o elevada (HTBR) se ha considerado por unos autores una variante de hipertensión esencial, y por otros un aldosteronismo leve. Quisimos valorar la respuesta de pacientes con HTBR a la misma terapia médica que en el hiperaldosteronismo primario (HP): dosis elevadas de bloqueantes del receptor mineralocorticoide (BRM), tras su detección con cumplimiento estricto de la Endocrine Society (ES) Guía de HP.

Métodos: Retrospectivo. 40 hipertensos con cribado + para HP: relación aldosterona/renina (ARR) elevada, descartado hipoaldosteronismo hiporreninémico. Test de captopril 25 mg negativo para HP, pero con renina descendida al inicio y final de la prueba. Tratamiento único: eplerenona en varones (150-300 mg/día), espironolactona en mujeres (50-100 mg/día). Comparación de TA en la 1ª consulta (CON) así como el día de inicio de BRM (pre-BRM), con TAS 2-6 semanas tras inicio (POST). TA en mmHg. Medias (DS). Medianas [rango IQ].

Resultados: 33/40 mujeres. Edad media: 65,2 (DE: 14,7) años. TA máximas: sistólica (S): 176,7 (DE: 18,8); diastólica (D): 100,8 (DE: 11,1). TA CON: S:142,8 (DE: 23,8); D: 82,7 (DE: 15,9). TA pre-BRM: S: 143,5 [129,5-154,5]; D: 82 [75-91], TA post: S:118,9 (DE: 12,9); D: 72,6 (DE: 7,6), siendo el descenso de TA tanto sistólica como diastólica desde CON y pre-BRM a los valores POST significativos, con $p < 0,001$ en todos los casos. TA post $< 140/90$ en 37/40 casos. No se observaron efectos secundarios.

Conclusiones: Los pacientes con hipertensión baja en renina, descartados hipoaldosteronismo hiporreninémico e hiperaldosteronismo primario, responden al tratamiento con dosis altas de BRM con un marcado descenso de la TA, sugerente de tratarse de un aldosteronismo leve. Por tanto, es en beneficio de estos pacientes ser identificados, mediante la constatación de una no-elevación de la reninemia en la prueba diagnóstica de HP, a pesar de un adecuado descenso tanto de la aldosterona como de la ARR.

52. INFLUENCIA DE LA COSECRECIÓN DE CORTISOL Y ALDOSTERONA EN LA INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL CATETERISMO DE VENAS SUPRARRENALES. RESULTADOS DEL REGISTRO SPAIN-ALDO

C. Lamas¹, C. Gonzalvo¹, Á. Rebollo², P. Parra³, J. Ruiz⁴, T. Michalopoulou⁵, C. Perdomo⁶, Í. García⁷, M. Paja Fano⁸ y M. Araujo Castro⁹

¹Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ³Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ⁴Endocrinología y Nutrición, Fundación Jiménez Díaz, Madrid. ⁵Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ⁶Endocrinología y Nutrición, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. ⁷Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Princesa, Madrid. ⁸Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Basurto, Bilbao. ⁹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Un 30% de los pacientes del registro nacional de hiperaldosteronismo primario (HAP) (SPAIN-ALDO) en los que se evaluó el cortisol tras la prueba de supresión con 1 mg de dexametasona (PSD) mostraron un resultado anómalo (cortisol > 1,8 µg/dl). El objetivo de nuestro estudio fue evaluar si dicha autonomía en la secreción de cortisol dificulta la interpretación de los cateterismos de venas suprarrenales (CVS), en los que la medición del cortisol se utiliza para estimar el grado de dilución de las muestras.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes con HAP incluidos en el Registro SPAIN-ALDO que disponían de información relativa al CVS y a la PSD.

Resultados: 70 pacientes (47 hombres, edad 54 ± 10,2). La PSD fue < 1,8 µg/dl en el 70% de los casos (n = 49), en el 30% restante se encontraba entre 1,8 y 5 µg/dl en 16 y > 5 µg/dl en 5. En base a TAC/RMN, 45 pacientes tenían un adenoma unilateral, 9 adenomas bilaterales y no se apreciaba adenoma en 16 (15 de ellos con PSD < 1,8). El CVS se realizó sin ACTH en 17 pacientes y con estimulación con ACTH en 50 (36 infusión continua, 14 en bolo). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de cateterismos válidos entre los pacientes con PSD normal y aquellos con cosecreción de cortisol (55,1 vs. 61,9%, p = 0,61), tampoco cuando se consideraron 3 categorías en la respuesta a PSD (55,1% en PSD < 1,8; 62,5% en PSD entre 1,8-5; 40% en PSD > 5, p = 0,97). Tampoco se objetivaron diferencias en el porcentaje de pacientes diagnosticados de secreción unilateral (34,7% en PSD < 1,8 µg/dl vs. 42,9% en PSD ≥ 1,8 µg/dl, p = 0,75), (34,7% en PSD < 1,8; 43,8% en PSD 1,8-5; 40% en PSD > 5, p = 0,78). Los índices de lateralización fueron similares en los 3 grupos.

Conclusiones: En base a nuestros resultados, la cosecreción de cortisol en pacientes con HAP no afectó de forma significativa a los resultados del CVS. Sin embargo, el estudio está limitado por el bajo número de pacientes con PSD anormal.

53. EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DIAGNÓSTICA DEL SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA BASAL EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INSUFICIENCIA ADRENAL SOMETIDOS A TEST DE ESTIMULACIÓN CON ACTH (PÓSTER SELECCIONADO)

A. Vega Beyhart^{1,2}, D. Salas Bravo², M. Mora², A. Orois², M. Morales Ruiz³, M. Claro², C. Milad², M. Araujo¹, G. Casals³ y F.A. Hanzu²

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

²Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic, Barcelona. ³Centro de Diagnóstico Biomédico, Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: El cortisol matutino es el primer marcador evaluado en sospechas de insuficiencia adrenal (IA) que se confirma con el test de estimulación con ACTH. Sin embargo, la corta vida media y variación circadiana del cortisol, así como la poca disponibilidad del test, limitan su diagnóstico. Dada su mayor estabilidad sérica y menor variación circadiana, nuestro objetivo fue evaluar la capacidad diagnóstica del sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEA-S) en la IA.

Métodos: Se incluyó a 83 pacientes con sospecha de IA evaluados con test de estimulación con ACTH entre el 2014 y 2023 a los cuales se les midió DHEA-S basal y resto de biomarcadores del eje HPA.

Resultados: 26 pacientes fueron diagnosticados de IA mediante cortisol a 60 min. tras ACTH < 18 µg/dL. El DHEA-S basal en pacientes con IA fue de 0,12 µg/dL (0,05-0,24) mientras que en aquellos sin IA de 0,57 µg/dL (0,36-1,07) (p < 0,001). El DHEA-S se correlacionó con el cortisol basal (r = 0,47), tras 30 min. (r = 0,43) y tras 60 min. (r = 0,43). Estas correlaciones no estuvieron afectadas por edad ni sexo. Mediante análisis de regresión, se encontró una asociación logarítmica entre el DHEA-S y el delta del cortisol basal/cortisol tras 60 min. (R² = 42%, p < 0,001). No obstante, el cortisol basal no se asoció con este delta (r = 0,04). El análisis de curva ROC mostró una AUC de 90% (p < 0,001) del DHEA-S en el diagnóstico de IA contra una AUC de 84% del cortisol basal. El valor de corte óptimo del DHEA-S fue de 0,36 µg/dL con una sensibilidad del 82% y una especificidad del 91% mientras que un cortisol basal de 15 µg/dL tuvo una sensibilidad del 44% y una especificidad del 89%. Un DHEA-S inferior a 0,13 µg/dL se asoció en todos los casos a IA. Un modelo sPLS-DA que incluyó la edad, sexo, DHEA-S y cortisol basal tuvo una AUC del 96% para diagnosticar IA (p < 0,001).

Conclusiones: El DHEA-S podría tener un valor añadido respecto al cortisol basal en el cribado de la IA por su mayor asociación con los resultados del test de ACTH.

54. PREVALENCIA DE NEOPLASIAS Y FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON INCIDENTALOMAS ADRENALES NO FUNCIONANTES FRENTE A PACIENTES CON HIPERCORTISOLISMO

D.L. Marginean¹, E. Pascual Corrales³, C. Robles Lázaro⁴, P. Parra Ramírez², Á. Rebollo Román¹, C. Idrobo Zambrano³, C. Robles Lázaro⁴, P. Martín Rojas², M. Araujo Castro³ y A.D. Herrera Martínez¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

²Endocrinología y Nutrición, Hospital La Paz, Madrid.

³Endocrinología y Nutrición, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

⁴Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Introducción: El aumento de realización de pruebas de imagen conlleva mayor diagnóstico de incidentalomas adrenales (IA). La mayoría son IA no funcionantes (IANF) pero los productores de cortisol asocian mayor morbimortalidad. No hay evidencia científica de mayor incidencia de neoplasias en pacientes con hipercortisolismo.

Objetivos: Comparar prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y neoplasias en pacientes con IANF y pacientes con hipercortisolismo.

Métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico de una cohorte de pacientes valorados en Endocrinología en 4 hospitales.

Resultados: 832 pacientes con IA, 66,1% IANF y 33,9% hipercortisolismo (32,6% secreción autónoma de cortisol y 1,3% síndrome de Cushing). Diferencias en prevalencia de HTA (50,5 vs. 62,5%,

$p = 0,001$), DM (23,9 vs. 28,2%, $p = 0,182$), DL (47,8 vs. 49,1%, $p = 0,772$) y obesidad (41,9 vs. 38,4%, $p = 0,383$) entre IANF e hipercortisolismo. Mayor edad en pacientes con SAC frente a IANF (63,54 vs. 61,80 años, $p = 0,034$) y mayor prevalencia de tabaquismo (30,9 vs. 23,8%, $p = 0,316$). Prevalencia global de neoplasias malignas de 22,9%. Mayor prevalencia de cáncer en hipercortisolismo que en IANF (27,0 vs. 20,8%, $p = 0,04$) con aumento del riesgo de cáncer 1,41 veces (IC95% 1,01-1,97). La asociación no se modifica al ajustar por FRCV y desaparece al ajustar por edad al diagnóstico y tabaquismo. Mayor prevalencia de cada subtipo de neoplasia en hipercortisolismo frente a IANF sin alcanzan significación estadística: colon (3,5 vs. 3,9%), hematológico (1,1 vs. 2,5%), mama (4,0 vs. 4,6%), próstata (2,6 vs. 2,1%), pulmón (1,1 vs. 1,4%), tiroides (1,5 vs. 3,5%), páncreas (0,4 vs. 0,4%), neuroendocrino (1,6 vs. 1,8%).

Conclusiones: En nuestra muestra los pacientes con IA e hipercortisolismo presentan mayor prevalencia de HTA, DM y DL; no de obesidad. Los pacientes con hipercortisolismo tienen 1,41 veces más riesgo de cáncer frente a IANF. El aumento de riesgo desaparece tras ajustar por la edad y el tabaquismo.

55. DHEA-S EN EL SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DE LA FUNCIÓN SUPRARRENAL DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CUSHING

M. Claro¹, A. Vega¹, M. Mora¹, A. Orois¹, C. Solà¹, D. Ayala¹, C. Santillán², K. Mariaca¹, G. Casals³ y F.A. Hanzu¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínic de Barcelona.

²Laboratorio, IDIBAPS, Barcelona. ³Laboratorio, Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: Hasta el 70% de los pacientes con enfermedad de Cushing (EC) presentan insuficiencia adrenal (IA) y disfunción hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) tras la resección del adenoma secretor de ACTH. El manejo de estos pacientes es desafiante por la variabilidad de los marcadores de cortisol durante el reemplazo con glucocorticoides (GC). Este estudio evaluó el sulfato de dihidroepiandrosterona (DHEA-S) como marcador de seguimiento de pacientes con IA postquirúrgica.

Métodos: Incluimos 30 pacientes con IA crónica tras cirugía de EC, atendidos en H. Clínic en 2007-2022. Se siguieron hasta exitus o última visita a Endocrinología. Se midió cortisol sérico matutino, cortisol salivar nocturno, cortisol libre en orina de 24h, ACTH y DHEA-S ajustado por edad y sexo. La IA se definió como cortisol matutino < 100 nmol/L y ACTH < 10 µg/dL.

Resultados: Los pacientes con IA tratados con GC mostraron niveles significativamente más bajos de cortisol sérico, DHEA-S y ACTH. No hubo diferencias significativas en el DHEA-S entre pacientes con disfunción de diferentes ejes hipofisarios y aquellos con función normal. Niveles más bajos de DHEA-S se correlacionaron con dosis más altas de GC ($\rho = -0,348$, $p = 0,039$), mientras que el cortisol sérico matutino no mostró asociación ($\rho = 0,019$, $p = 0,840$). Los niveles de DHEA-S fueron más bajos en pacientes con ACTH < 10 pg/mL y se correlacionaron con los niveles de cortisol matutino ($r = 0,45$, $p = 0,02$), pero no con el cortisol salivar nocturno ni con el cortisol urinario ($p > 0,5$). Además, la DHEA-S tuvo un coeficiente de variación intrapaciente menor en comparación con el cortisol matutino ($p < 0,01$), con niveles séricos que variaron entre 0,05-1,90 mg/dL. El análisis de la asociación entre DHEA-S, variables clínicas y comorbilidades está en curso.

Conclusiones: El DHEA-S puede ser un marcador fiable para evaluar la función del eje adrenal en la EC postquirúrgica, sin depender de interferencias preanalíticas ni variaciones en la hora de la extracción.

56. HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA Y MIELOLIPOMAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

A.P. León Ocando, Ó. Quintero Rodríguez, S. Rodríguez Fernández, K. Díaz Gorrín, J. López Fernández, I. Aznar Ondoño y Á. Caballero Figueroa

Endocrinología y Nutrición, CHUC, San Cristóbal de la Laguna.

Introducción: Los mielolipomas adrenales son tumores de contenido graso y benignos que usualmente se detectan de manera incidental en pruebas de imagen. Su prevalencia aumenta en pacientes con HSC, probablemente debido a que el déficit de corticoides origina niveles de ACTH altos que estimulan el crecimiento suprarrenal, aunque su efecto en el crecimiento de tumores adrenales no está aún bien establecido.

Caso clínico: Varón de 41 años con déficit de 21 OH clásico, pierde sal desde los 10 meses, con dosis estables de corticoides desde hace 15 años aprox., en seguimiento en otro centro. Es remitido a nuestra consulta en junio de 2020 por evidenciarse en TC de columna (solicitado por dolor lumbar) de IA bilaterales. Es derivado a su vez a Urología quienes solicitan RMN donde se constata masa sólida heterogénea de 11×9 cm en suprarrenal izquierda y masa de similares características de 7×4 cm en suprarrenal dcha. de etiología "indeterminada". Se descarta funcionalidad y finalmente se decide realizar suprarrenelectomía izquierda laparoscópica en septiembre de 2020, con diagnóstico anatomopatológico de mielolipoma. En comité clínico dada la estabilidad en el crecimiento de la masa contralateral y características de imagen similares se decide vigilancia clínica y radiológica.

Discusión: Como corresponde con la literatura, en nuestro caso se diagnosticaron en la 5ta década de vida y son tumoraciones bilaterales. Aunque la HSC está asociada al desarrollo de mielolipomas adrenales, en la actualidad no se recomienda el screening mediante imágenes en paciente afectos. Por otro lado, la SEEN recomienda la determinación de 17-OHP en caso de IA bilaterales. En el seguimiento de la HSC se recomienda monitorizar el tratamiento analítica y clínicamente, sin embargo actualmente no se establece el crecimiento progresivo de las glándulas adrenales y/o el desarrollo de mielolipomas como criterios a ser tenidos en cuenta para valorar el infra tratamiento a pesar de correlacionarse.

57. VALORACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS INCIDENTALOMAS SUPRARRENALES INDETERMINADOS EN CONSULTAS EXTERNAS DE ENDOCRINOLOGÍA

O. Seguí Cotano, S. Tenes Rodrigo, P. Masdeu López-Cerón, M. del Olmo García, R. Cámara Gómez, A. Pérez Lázaro, V. Pérez Cervantes, L. Cano Jiménez, K. García Malpartida y J.F. Merino Torres

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia.

Introducción: Los incidentalomas que presentan en TC sin contraste una densidad > 10 UH, no presentan pérdida de señal fuera de fase en RM y/o lavado de contraste en TC absoluto $< 60\%$ o relativo $< 40\%$ se clasifican como indeterminados, siendo la mayoría adenomas atípicos. Los criterios de indicación quirúrgica son un crecimiento de $> 20\%$ en 6 meses, tamaño > 35 mm y/o sospecha de malignidad.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico en pacientes con diagnóstico de incidentaloma suprarrenal indeterminado entre 2012 y 2022. Se recogieron datos demográficos, bioquímicos y de pruebas de imagen.

Resultados: De 292 pacientes en seguimiento en consultas, 23 (52,2% mujeres) se seleccionaron por cumplir criterios de incidentaloma suprarrenal indeterminado. De estos, 2 se excluyeron tras determinación de metanefrinas en orina elevadas. El estudio hormonal fue patológico en 1 paciente (4,8%), con Nugent patológico. El 23,8% (5 pacientes) fueron intervenidos de suprarrenalectomía (1 con crecimiento > 20%; 1 con tamaño > 35 mm y 3 con sospecha inicial de malignidad). La edad media al diagnóstico fue de 63 ± 13 años, con un 57,1% de pacientes con HTA, 38,1% con diabetes mellitus y 47,6% con IMC > 30. El 47,6% de los incidentalomas indeterminados presentaron aumento de su tamaño. El tamaño medio al diagnóstico fue de $29,4 \pm 8,5$ mm en los pacientes operados, y de $20,6 \pm 8,7$ mm en los no operados ($p = 0,07$). El estudio anatómico-patológico identificó un adenoma cortical, hiperplasia nodular, pseudoquiste adrenal, feocromocitoma y metástasis de carcinoma renal de células claras.

Conclusiones: Un 25% de pacientes con incidentaloma indeterminado se intervienen, con lesiones con un tamaño medio mayor que en los no operados. El 9% de los pacientes ($n = 2$) presentan en estudio anatómico-patológico una lesión maligna. Un 4% ($n = 1$) presenta un crecimiento > 20% y otro 4% un tamaño al inicio > 35 mm. Un paciente con sospecha de neoplasia finalmente se catalogó como lesión benigna (pseudoquiste).

58. MASAS SUPRARRENALES BILATERALES, A PROPÓSITO DE DOS CASOS

X. Pérez Candel¹, V. García Martín², L. Martín Rodrigo², M. Pazos Guerra³, B. Antúnes Parente², P. Quijano Rodríguez², I. Jiménez Varas³ y P. de Miguel Novoa³

¹Endocrinología y nutrición, Fundación Hospital de Jove, Gijón.

²Medicina Interna, Fundación Hospital de Jove, Gijón.

³Endocrinología y nutrición, Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La presencia de masas suprarrenales (SR) bilaterales supone cerca del 20% de nuevos diagnósticos de masa adrenal. Su diferencial incluye patologías como hiperplasia SR macronodular, malignidad, feocromocitoma, entre otros. En este trabajo describimos las características de 2 casos con una causa rara en común.

Casos clínicos: Caso 1. Varón, 84 años con hiponatremia (HN) no filiada. Masas SR bilaterales en ecografía (US) realizada por molestias abdominales. TC: masa SR izquierda $8 \times 5,7$ cm y nódulo SR derecho 3×2 cm, PET-TC SUVmax > 25 en adrenales. BQ: Na 129 mEq/L, cortisol (F) 15 ug/ml, ACTH 62 pg/ml, metanefrinas normales [MN, NM]. Empeoramiento de HN, hipovolemia e hiperkalemia con F de 6 ug/dl, con sospecha de insuficiencia SR1° (ISP) inicia tratamiento sustitutivo (THS). Debido a persistencia de HN tras THS se diagnóstica de SIADH. Caso 2. Varón, 78 años. Masa heterogénea en área SR izquierda y esplenomegalia en US ingresa por dolor abdominal. TC: Masas SR bilaterales de 9 cm derecha y 8 cm izquierda. RMN: Ausencia de caída de señal, PET-TC: captación muy elevada en ambas SR. BQ: Na 132mEq/L, NM 504 ug (< 444), F 4,3 ug/dl, ACTH 494 pg/ml. Se diagnóstica ISP e inicia THS consiguiendo eunatremia. BAG de masa adrenal: linfoma B difuso de células grandes. Tratamiento: completan 6 ciclos de quimioterapia. Caso 1. CHOP-R + antraciclina, respuesta metabólica completa, sin recuperar IS. Tras 3 meses, recidiva metabólica en SR izquierda y nódulo 3 cm. El paciente decide no realizar más tratamientos. Caso 2. CHOP-R + bortezomib con respuesta morfo-metabólica completa, pendiente de evolución.

Discusión: El linfoma adrenal primario es una causa extremadamente rara de masas SR (≤ 250 casos en la literatura). Asociado a un pobre pronóstico, este debe sospecharse en masas SR bilaterales gigantes en hombres de avanzada edad. La alta prevalencia de ISP en casos bilaterales precisa de una correcta valoración del eje adrenal en todo caso para no empeorar su pronóstico a corto plazo que resulta ominoso.

59. USO SISTEMÁTICO DEL CATETERISMO DE VENAS SUPRARRENALES PARA EL DIAGNÓSTICO Y GUIAR EL TRATAMIENTO EN HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO. RESULTADOS BASALES Y A 12 MESES DE UNA SERIE DE 52 PACIENTES

A. Sanmartín Sánchez¹, E. Mena Ribas¹, A. Barceló Bennasar², J.M. Martínez Ruitort³, J.V. Gil Boix¹, M. Viñes Raczkowski¹, G. Serra Soler¹, M. Codina Marcet¹ e I. Argüelles Jiménez¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca. ²Análisis clínicos, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca. ³Radiología, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca.

Introducción: El hiperaldosteronismo primario (HAP) es la causa más frecuente de HTA secundaria. Es fundamental diferenciar el subtipo porque el tratamiento es diferente: quirúrgico en unilaterales y antagonistas de receptor de mineralcorticoides (ARM) en bilaterales. El cateterismo de venas suprarrenales (CVS) es la prueba de elección para el diagnóstico etiológico.

Métodos: Se revisan 52 pacientes con HAP a los que se realizó CVS (27 unilaterales, 19 bilaterales, 4 indeterminados y 2 fallidos). Se describen las características basales del total y por grupos (unilaterales vs. bilaterales). Se analizan las diferencias a los 12 meses de los pacientes operados ($n = 28$) vs. ARM ($n = 24$). Se evalúa la concordancia entre pruebas de imagen y CVS.

Resultados: Características basales de nuestra serie: edad media $58 \pm 8,6$ años; varones 75,4%; IMC $30,8 \pm 5,9$ kg/m²; edad diagnóstica HTA $41,4 \pm 8,6$ años; retraso diagnóstico de HAP $15 \pm 8,3$ años; TAS 150 ± 15 ; TAD 87 ± 10 mmHg; FG (ckd-epi) $85,9 \pm 19,4$; retinopatía HTA 29,2%; hipertrofia ventricular izquierda 73%. El 82% tomaba ≥ 3 fármacos hipotensores y el 79% presentaban hipopotasemia. La prevalencia de hipopotasemia y el nivel de aldosterona plasmática fue mayor en los unilaterales. El análisis de los datos a los 12 meses del tratamiento (quirúrgico vs. ARM) mostró diferencias significativas en el control de la TAS (129 ± 9 vs. 139 ± 18) y el nº de fármacos (1,5 vs. 2,9), precisando ≥ 3 el 20 vs. 77,8%. De los operados, todos los pacientes excepto uno mejoraron el control de TA (reducción nº fármacos o mejoría de TA con los mismos) y un 38% presentó curación. La concordancia entre TC/RMN y CVS fue de 61,7%.

Conclusiones: En nuestra serie el diagnóstico de HAP fue tardío con una elevada prevalencia de hipopotasemia. El uso sistemático del CVS es fundamental para detectar los casos unilaterales. Éstos se benefician del tratamiento quirúrgico con un mejor control tensional en el seguimiento y curación en algunos casos.

60. HEMORRAGIA SUPRARRENAL, UNA COMPLICACIÓN INESPERADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

G. Villa López, Á.M. Chávez Villegas, R.Á. Hernández Moretti, M.L. Partida Muñoz, M. Calatayud Gutiérrez y M. León Sanz

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La hemorragia suprarrenal es una enfermedad poco común pero potencialmente grave. Aunque su incidencia exacta no está bien establecida, se asocia con traumatismos, infecciones, coagulopatías y enfermedades cardiovasculares. Presentamos un caso clínico de una hemorragia suprarrenal bilateral en contexto de un evento cardíaco agudo.

Caso clínico: Varón de 58 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipemia y flutter auricular anticoagulado con Rivaroxabán. Ingresó por un infarto agudo de miocardio, siendo intervenido de revascularización miocárdica. Una

semana después de la cirugía, comienza con fiebre, dolor abdominal e hipotensión. Analíticamente destacaba hiponatremia, hipopotasemia y acidosis láctica. Se solicitó TAC abdominal, con hallazgos de colecistitis aguda gangrenosa, hemorragia suprarrenal bilateral e infartos a nivel esplénico. Ingresó en cuidados intensivos, con diagnóstico de shock séptico de origen biliar relacionado con fenómenos de bajo gasto. Se decidió manejo con colecistostomía percutánea y se inició tratamiento empírico con corticoterapia a dosis altas. Los hemocultivos extraídos fueron negativos. En el estudio hormonal se objetivó cortisol basal de 2,95 µg/dl, ACTH de 966,70 pg/ml, renina de 31,30 µU/ml y aldosterona de 7,40 ng/dl, ratio aldosterona/renina de 0,24. Por tanto, se confirmó el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria por hemorragia suprarrenal en el contexto de shock y anticoagulación. En situación de estabilidad clínica, se inició fludrocortisona e hidrocortisona con mejoría clínica del paciente.

Discusión: A pesar de ser una entidad poco frecuente, se debe considerar la posibilidad de una hemorragia suprarrenal en pacientes graves, anticoagulados y con inestabilidad hemodinámica. En nuestro caso, la detección incidental de la hemorragia suprarrenal bilateral nos llevó al diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria, permitiendo una intervención terapéutica precoz.

61. ADRENALECTOMÍA EN PACIENTES CON HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO (HAP) Y DISCORDANCIA ENTRE LOS HALLAZGOS DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC) Y EL CATETERISMO VENOSO ADRENAL (CVA)

L. Tafur García¹, L. Rincón García¹, A. Madrid Vallenilla², P. Concejo Iglesias², M.I. Ramírez Belmar¹, P. Díaz¹ y J.A. Balsa Barro¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes. ²Radiología, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

Introducción: El diagnóstico de localización del HAP se basa en pruebas de imagen, siendo de elección el TC abdominal, debiéndose realizar un CVA cuando el tratamiento quirúrgico esté indicado, salvo que el paciente tenga menos de 35 años y se haya detectado un adenoma en el TC. Aunque el CVA es actualmente el test de referencia, el mayor problema se plantea cuando el TC y el CVA muestran datos discordantes.

Métodos: Entre los años 2015 y 2022, 15 pacientes con HAP unilateral fueron intervenidos de adrenalectomía en el nuestro hospital. De ellos, 7 tenían datos discordantes de localización entre el TC y el CVA. El CVA fue realizado siempre en condiciones basales y con muestreo simultáneo.

Resultados: Características de la cohorte: edad media 45,7 años (38-68), edad media de debut de la HTA 38,3 años (22-48); 3 pacientes (42,9%) eran mujeres, 5 casos (71,4%) tenían HTA resistente y 1 caso normotensión e hipokaliemia grave. Cinco casos (71,4%) presentaron hipokaliemia. El CVA fue diagnóstico de HAP unilateral en 6 casos, 2 de ellos tenían TC normal y 4 lesiones adrenales bilaterales. Por el contrario, el CVA fue diagnóstico de HAP bilateral en un paciente cuyo TC mostró un adenoma adrenal derecho, siendo intervenido por crecimiento de éste. Atendiendo a la curación clínica del HAP, el valor predictivo positivo de la decisión quirúrgica basada en el CVA fue del 83,3%: Curación clínica total 4 casos (57,1%), curación clínica parcial 2 casos (28,6%), en uno de los cuales el CVA no lateralizó, y no curación en 1 caso (14,3%). Todos los pacientes tuvieron curación bioquímica, que fue total en 6 casos (85,7%), en uno de los cuales el CVA no lateralizó, y parcial en 1 caso (14,3%).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran que la tasa de curación clínica del HAP basada en el CVA en casos de imagen radiológica discordante es similar a la referenciada en casuísticas globales de centros de excelencia en el tratamiento de esta enfermedad.

62. IMPORTANCIA DEL CATETERISMO VENOSO ADRENAL (CVA), UN PROCEDIMIENTO COMPLEJO PERO IMPRESCINDIBLE PARA OPTIMIZAR EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO (HAP)

L. Rincón García¹, L. Tafur García¹, P. Concejo Iglesias², A. Madrid Vallenilla², M.I. Ramírez Belmar¹, P. Díaz Guardiola¹ y J.A. Balsa Barro¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes. ²Radiología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

Introducción: El CVA es el *gold standard* para distinguir el HAP unilateral del bilateral. Sin embargo, es un procedimiento exigente, dada la dificultad de canular la vena adrenal derecha, pero altamente fiable para sentar una indicación quirúrgica.

Métodos: Estudio retrospectivo de nuestra casuística de HAP con estudio de localización entre 2015 y 2022, que consistió en la realización de un TC abdominal en 27 pacientes, en 20 de los cuales se realizaron 23 CVA basales con muestreo simultáneo y uno tras estímulo con ACTH.

Resultados: De los 27 casos, 10 (37,0%) eran mujeres, su edad era de 49 (38-72) años y la duración de la HTA de 9,7 (0-34) años; 20 (74,1%) casos tenían HTA resistente y 1 (3,7%) caso normotensión e hipokaliemia grave. 19 (70,4%) casos presentaron hipokaliemia. Fueron intervenidos 15 (55,6%) pacientes, en 7 (46,7%) casos la indicación se basó en el criterio clínico más localización por TC y en 8 (53,3%) en el CVA. El seguimiento medio posquirúrgico fue de 33,6 (6-99) meses. De los casos no operados, el CVA indicó HAP bilateral en 8 casos y no fue selectivo en 4. De los 15 casos operados, el diagnóstico anatomopatológico fue de: adenoma (n = 13), hiperplasia micronodular (n = 1) y mielolipoma (n = 1) en un paciente con mielolipomas bilaterales. 8 (53,3%) casos alcanzaron criterios de curación clínica total, 6 (40,0%) de curación clínica parcial y 1 (6,7%) de no curación. 14 (93,3%) casos alcanzaron criterios de curación bioquímica total y 1 (6,7%) de curación bioquímica parcial. La adrenalectomía redujo el número de fármacos anti-HTA: 3,20 ± 1,26 vs. 0,87 ± 1,30 (p < 0,001). También mejoró el control de TA: TAS 148,5 ± 13,0 vs. 126,4 ± 10,2 mmHg (p < 0,001) y TAD 93,5 ± 10,9 vs. 84,8 ± 8,1 mmHg (p = 0,01).

Conclusiones: Nuestros datos avalan que la implementación del CVA en nuestro centro ha optimizado el manejo del HAP y los resultados del tratamiento quirúrgico han sido equiparables a los reportados por centros de excelencia en el manejo de esta enfermedad.

63. LONG-TERM SURVIVAL OF 33 YEARS IN METASTATIC ADRENOCORTICAL CARCINOMA - CASE REPORT

R.S. Medeiros, B. Dias Pereira, A. Pataco, C. Senra and I. Sousa

Endocrinology and Nutrition, Hospital Divino Espírito Santo, Ponta Delgada, Portugal.

Introduction: Adrenocortical carcinoma is a rare and aggressive tumor. The incidence is 0.7-2.0 new cases/million people/year. The treatment of choice and potentially curative is surgical excision, 50% of patients are admitted to radical surgery, but 40-70% of patients have recurrence after. 5-year survival for patients with distant metastases is 0% to 28%. Currently, only two patients are reported with long-term survival of 30 or more years with recurrent and metastatic adrenocortical carcinoma.

Case report: We describe, a female, 55 years old, who began 33 years ago with clinical and biochemical Cushing's syndrome, CT scan revealed a 7 cm nodule in the left adrenal gland. Left adrenalectomy was maintained with fragmentation of the tumor at the site followed by radiotherapy due to suspected invasion of the upper renal pole. After, there was no apparent evidence of local invasion or metastases and with a resolution of clinical symptoms and laboratory changes. After six years of disease-free survival, there is a recurrence of the clinical and biochemical Cushing's syndrome. CT scan showed liver damage in segment VII. Resection of hepatic segments VI to VIII was performed, confirming a secondary deposit of adrenocortical carcinoma. Ten years after the initial diagnosis, a new clinical recurrence occurred, a 7 cm peritoneal lesion adjacent to the ascending colon was detected by imaging, excised, and compatible with probable seeding in the site of the previous liver resection. Thirty years after the first intervention, during the third clinical and biochemical recurrence, a CT scan showed a new left intraperitoneal lesion, which was completely resected. Corresponding to a new metastasis of adrenocortical carcinoma. Thirty-three years after the diagnosis, she is normal weight, normotensive, and without radiological or clinical evidence of tumor.

Discussion: Establishing a prognosis in adrenocortical carcinoma remains a challenge, although many patients die months after diagnosis, exceptions exist as the case reported.

64. MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL SÍNDROME DE VON HIPPEL-LINDAU: PECULIARIDADES DE UN SÍNDROME PECILIAR

J.S. Napky Rajo¹, P. Tomás Gómez², R. Gómez Almendros¹, C. Lozano Aida¹, M. Silva Fernández², D. Cepero García¹, V. Bravo Matilla¹ y H.M. Ramos Zaldivar^{2,3}

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. ²Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile. ³Grupo de Investigación Médica de la Universidad Católica de Chile, Universidad Católica de Honduras.

Introducción: El síndrome de Von Hippel-Lindau (VHL) es una enfermedad hereditaria que resulta de la mutación de la línea germinal del gen supresor de tumores VHL situado en el cromosoma 3p25-26 favoreciendo el desarrollo de neoplasias y quistes, como hemangioblastomas retinianos y espinocerebelosos, carcinomas renales, feocromocitomas y tumores neuroendocrinos pancreáticos (PanNET).

Caso clínico: Presentamos el caso clínico de una mujer de 27 años con síndrome de VHL, con la variante genética c.500G>A (p.Arg167Gln) en el gen VHL, además de la variante c.1412C>T (p.Ser471Phe) en el gen CHEK2, inusual en este síndrome. El estudio genético se realizó durante screening familiar. En la primera consulta la paciente era asintomática. Se realizó despistaje de tumores encontrando un feocromocitoma bilateral, hipercaptante a los radiofármacos ¹⁸F-fluoro-L-dihidroxifenilalanina y ¹²³I-metayodobencilguanidina a pesar de presentar catecolaminas y metanefrinas normales; y un PanNET de 4cm hipermetabólico a la ¹⁸F-fluorodesoxiglucosa. En RMN se hallaron hemangioblastomas en cerebelo, dorso medular y en cola de caballo, que causaron hidrocefalia que tuvo que ser intervenida de urgencia. Tras su recuperación, se realizó, con previo bloqueo alfa y betaadrenérgico, una suprarrenalectomía subtotal (parcial derecha y total izquierda) endoscópica retroperitoneal posterior. Finalmente, fue sometida a un procedimiento de Whipple. La anatomía patológica concluyó que se trataba de un PanNET bien diferenciado variante de célula clara, infrecuente en este tipo de tumores.

Discusión: Es imprescindible en casos con variantes genéticas atípicas y expresión fenotípica compleja, el manejo individualizado en el seno de un comité multidisciplinar para la detección temprana

y tratamiento de las complicaciones asociadas, preservando al máximo la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Este caso ha sido presentado en la Reunión de Casos Clínicos 'Carlos Santos' 2023 de la SAEDYN.

65. EL GRAN SIMULADOR

Á. Valverde Márquez, X.C. Vivas Vaca, A.S. Sánchez Velasco, J.A. Leandro Hernández, L.M. Tolentino Martínez, H.S. Villanueva Alvarado, C. Robles Lázaro, M.Á. Martín Almendra, A.I. Sánchez Marcos y M.T. Mories Álvarez

Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Introducción: Los feocromocitomas (PH)/paragangliomas (PGL) son una causa rara de HTA secundaria. Pueden provocar también episodios de hipotensión ortostática, síncope, alteraciones ECG e IAM. Los PH pueden tener perfil adrenérgico, noradrenérgico o mixto. La localización preoperatoria se realiza mediante TAC, RM o gammagrafía con ¹²³I-MIBG. El tratamiento definitivo es la escisión quirúrgica del tumor.

Métodos: Se recogieron variables clínicas, analíticas y radiológicas de 7 pacientes diagnosticadas de PH en el CAUSA entre 2014-2021.

Resultados: Se trata de siete pacientes con edad media de 65 años, cuatro hombres y tres mujeres. Se manifestaron síntomas clásicos y otros menos frecuentes como inestabilidad hemodinámica, cianosis o vómitos. La media de TAS y TAD máximas fue de 161 y 97 mmHg respectivamente. El tamaño medio fue de 3,9 cm, siendo seis derechos y el restante izquierdo. Se objetivaron dos perfiles secretadores: noradrenérgico y mixto. La paciente con perfil noradrenérgico presentaba normetanefrinas casi 4 veces superiores al límite superior de la normalidad (LSN) y la noradrenalina levemente elevada. Dentro de los seis pacientes con perfil mixto, cinco tenían valores medios de metanefrinas y normetanefrinas en orina de 12 y 4 veces superiores al LSN respectivamente. El paciente restante requirió metanefrinas y normetanefrinas en plasma, con valores de 13 y 3,5 veces superiores al LSN respectivamente. De los seis pacientes intervenidos, dos requirieron tratamiento con 7 mg de media diarios de prazosina y los cuatro restantes con 7,5 mg de media diarios de doxazosina. Además, dos de los mismos necesitaron Propanolol, de media 25 mg diarios.

Conclusiones: El diagnóstico precoz resulta esencial para evitar las graves complicaciones cardiológicas. Aunque las determinaciones bioquímicas más empleadas son las metanefrinas fraccionadas en orina, las metanefrinas plasmáticas constituyen la prueba más sensible de detección y seguimiento.

*Congreso SCLEDYN 2022.

66. NUESTRA EXPERIENCIA EN PARAGANGLIOMA EXTRAADRENAL ABDOMINAL NO FUNCIONANTE

M.J. Vallejo Herrera¹, V. Vallejo Herrera² y M.C. Bautista Recio¹

¹UGC Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional de Málaga.

²UGC Radiodiagnóstico, Hospital Regional de Málaga.

Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos poco frecuentes. Se describen los hallazgos en pacientes con paragangliomas abdominales recogidos durante un año en nuestro hospital (enero 2021-enero 2022). Se diagnosticaron 3 pacientes de paragangliomas extraadrenales, todos mujeres. Edad 26-67 años. Localización paraaórtica, interaortocava, retrocava y perihepática, uno de los casos presentaba además paragangliomas cervicales, con tamaño 13-30 mm. En todos los casos se detectaron como hallazgo incidental en pruebas de imagen. La clínica predominante fue acúfenos,

sudoración, temblor y cefalea, presentando crisis hipertensivas solo un caso. Una paciente presentaba de forma concomitante hiperplasia/adenomas suprarrenales bilaterales, frenación incompleta con dexametasona, pero con ACTH y cortisoluria normales, probable hiperkortisolismo (síndrome de Cushing). Se estimaron niveles de metanefrinas en orina 24 horas y catecolaminas en sangre, con niveles elevados en uno de los casos (paciente hipertensa). Se detectaron inicialmente por tomografía computarizada y se completó estudio con gammagrafía ¹¹³I-MIBG y PET-TC DOPA. Se solicitó estudio genético en todos los pacientes con resultado negativo. Todos los casos con prescripción de premedicación con doxazosina previo a cirugía y todos menos uno fueron sometidos a tratamiento quirúrgico. El caso que asociaba glomus carotídeos se encuentra pendiente de valoración por cirugía para exéresis. El diagnóstico definitivo se realizó mediante el examen histopatológico de los tumores extirpados (2 casos) y se confirmó mediante técnicas inmunohistoquímicas de cromogranina A, proteína S100 y sinaptofisina. No hubo metástasis en ninguno de los pacientes. Se ha realizado seguimiento de los pacientes hasta la actualidad (al menos 24 meses), con normalización de los niveles de catecolaminas después de la cirugía, sin aparición de recidiva ni metástasis.

67. FEOCROMOCITOMA METASTÁSICO DE LARGA EVOLUCIÓN CON MUTACIÓN SOMÁTICA EN FGFR1 TRATADO CON 177-LUDOTATATE

S. Civantos Modino, E. Martínez Moreno, V. Peiró Valgañón, D. Acin Gandara, G. Cánovas Molina, A. Rodríguez Robles, I. Gonzalo Montesinos, R. Villar González y E. Cancer Minchot

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Fuenlabrada.

Introducción: El feocromocitoma es un TNE de las células cromafines de la médula adrenal de potencial maligno incierto en el que el seguimiento activo es clave para asegurar un adecuado tratamiento. En los últimos años, los avances en genética y terapias con radionúclidos muestran resultados prometedores.

Caso clínico: Paciente de 64 años que, en 2010 de forma incidental en CT, se diagnostica una masa suprarrenal derecha heterogénea de 9,5 cm indeterminada. El estudio funcional fue normal salvo normetanefrina 2.508 µg orina 24h (RN 105-354 µg/24 h). La AP tras la cirugía fue compatible con feocromocitoma de 9,5 cm con infiltración capsular y extensión al tejido adiposo (5 mitosis/50 c.g.a y Ki-67 5%). En 2013 es reintervenido por recidiva tumoral local. AP: 6 metástasis linfoganglionares de feocromocitoma maligno. En 2014 se objetivan linfadenopatías retroperitoneales con captación para MIBG por lo que, entre los años 2014 y 2018 se dan 4 dosis de MIBG (dosis total acumulada 800 mCi) con datos de refractariedad tras la última dosis y aparición en octubre 2020 de nuevas lesiones retroperitoneales. Tras evidenciar captación en rastreo para receptores de somatostatina (Tc-99m Tektrotyde) recibe la primera dosis de 177Lu-DOTATATE 200 mCi en febrero de 2021 completando el tratamiento con 3 dosis sin complicaciones y con buena tolerancia mostrando respuesta parcial y estabilidad de la enfermedad tras dos años. Por otro lado, en materia de genética, los estudios realizados en 2011 y 2015 en línea germinal y somática no evidenciaron mutación hasta la revisión del estudio en 2019 donde se identifica mutación somática en FGFR1 asociada posiblemente a enfermedad metastásica. En la actualidad el paciente tiene 77 años, esta asintomático y mantiene una vida activa.

Discusión: El tratamiento con 177 Lu-DOTATATE puede ser una opción terapéutica en paciente con feocromocitoma metastásico. La identificación de nuevas mutaciones genéticas puede llegar a orientar el esquema terapéutico de estos pacientes en un futuro.

68. CARACTERÍSTICAS CLINICOPATOLÓGICAS DE LOS FEOCROMOCITOMAS DIAGNOSTICADOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE VIGO EN EL PERÍODO 2006-2020

J. Riveiro Villanueva¹, P. Pérez Castro¹, C. Páramo Fernández¹, E. Álvarez García², J.M. Sierra Vaquero¹, B. Mantiñán Gil¹, R. Palmeiro Carballeira¹, C. Fraga Carballeira¹, P. Rodríguez Costas¹ y R. Luna Cano¹

¹Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ²Análisis Clínicos, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

Introducción: El feocromocitoma (FCC) es un tumor neuroendocrino procedente de las células cromafines de la médula suprarrenal. La secreción aumentada de catecolaminas incrementa la morbimortalidad cardiovascular, por lo que el diagnóstico y el tratamiento definitivo son esenciales. Pueden ser esporádicos, aunque hasta un 40% se asocian a mutaciones en línea germinal.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con feocromocitomas tratados quirúrgicamente en el Complejo Universitario Hospitalario de Vigo entre 2006 y 2020.

Resultados: Se analizaron 41 pacientes (56,1% mujeres), edad media 55 años (rango 25-84). El diagnóstico se realizó por síntomas relacionados con secreción tumoral en el 51,2% y de forma incidental en el 46,3%, evidenciándose una menor edad en el primer grupo (48 vs. 62 años, p = 0,002). El 65,9% de los pacientes presentaron algún elemento de la tríada clásica. Un 19,5% de los FCC se diagnosticaron en ingreso por manifestaciones cardíacas graves (Takotsubo, shock cardiogénico, arritmias ventriculares). El diámetro tumoral medio fue de 3,8 cm (IQR 2,5-5 cm). El 97,6% recibió bloqueo adrenérgico previo a cirugía, que se realizó mayoritariamente por vía laparoscópica (90,2%). La reducción de tensión arterial y frecuencia cardíaca fue significativa tras la cirugía. Se identificó mutación en el 26,3% de los estudios genéticos solicitados. La prevalencia de enfermedad metastásica en el seguimiento fue baja (2,4%).

Conclusiones: En nuestro centro, el FCC es un tumor infrecuente, habitualmente sintomático al diagnóstico. Respecto a los datos previos de nuestro centro del periodo 1980-2005, el número de pacientes diagnosticados se ha duplicado (41 vs. 20), fundamentalmente a expensas de un mayor número de lesiones incidentales (46 vs. 25%). Uno de cada cinco pacientes fue diagnosticado en estudio por manifestaciones cardiovasculares graves. Su resección resultó curativa en > 95% y la mortalidad perioperatoria fue nula.

69. IMPACTO DE LA PÉRDIDA DE DENSIDAD MUSCULAR EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON TUMORES NEUROENDOCRINOS GASTROENTEROPANCREÁTICOS (TNE-GEP)

N. Sánchez de la Blanca Carrero^{1,4,5}, F. Sebastián Velles^{1,2}, V. Rodríguez Laval³, C. Knott Torcal², A. Serrano Somavilla^{1,5}, R. Martínez Hernández^{1,5}, M. Marazuela Azpiroz^{1,2,5}, M.A. Sampedro Núñez^{1,2,5}, P. Sacristán Gómez^{1,5} y R. Fernández Contreras¹

¹Endocrinología y Nutrición, Instituto de Salud del Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ³Radiología, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ⁴Endocrinología, Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol, Badalona.

⁵Servicio Madrileño de Salud, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBER-ER), Madrid.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNE-GEP) son un grupo de enfermedades heterogéneas que

causan, entre otros síntomas, malnutrición y caquexia. Por tanto, el estudio de la composición corporal (CC) de estos pacientes podría tener un impacto en su pronóstico como se ha sugerido en otros tipos de cáncer.

Objetivos: Evaluar los tejidos musculares y grasos mediante imágenes de tomografía computarizada (TAC) al nivel de la tercera vértebra lumbar (L3) en el momento del diagnóstico de la enfermedad y al final del seguimiento en pacientes con TNE-GEP y sus correlaciones con variables clínicas y bioquímicas como predictores de supervivencia.

Métodos: 98 pacientes con TNE-GEP fueron incluidos junto con sus variables clínicas y bioquímicas. Las variables que se obtuvieron mediante el programa libre ImageJ a partir de TAC en L3 fueron: área total, área de grasa subcutánea, visceral, intermuscular y total y músculo de muy baja, baja, normal, alta y muy alta densidad y área total de músculo.

Resultados: Las variables CC y mortalidad general se correlacionaron con edad, ECOG, metástasis, niveles de lactato deshidrogenasa, albúmina y urea. A fecha diagnóstica la CC no se correlacionó con la mortalidad futura. Sin embargo, entre el diagnóstico y el final del seguimiento, un incremento en el músculo de baja densidad y una disminución de la cantidad de músculo de densidad normal se correlacionaron de forma independiente y significativa con mortalidad general y con la directamente causada por el tumor.

Conclusiones: Aunque las medidas de CC al inicio no correlacionan con supervivencia en los TNE-GEP, una pérdida de la densidad muscular se asocia con mortalidad en estos tumores. Este resultado pone el foco en la calidad del músculo y por tanto en su supervisión por parte del equipo de Endocrinología y Nutrición de los hospitales, así como abre la puerta a realizar más estudios en el ámbito que pudieran arrojar más luz.

70. INSULINOMA ECTÓPICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

M. Silva¹, L. Huánuco¹, N. Vilarrasa¹, J. Busquets², Ll. Secanella², J.L. Vercher-Conejero³, N. Vidal⁴, S. Náf Cortés⁵, C. Villabona¹ y F. Guerrero-Pérez¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ²Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ³Servicio de Medicina Nuclear, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ⁴Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ⁵Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Introducción: Los insulinomas ectópicos son excepcionales y la información disponible proviene de casos clínicos aislados. Presentamos un caso clínico y realizar una revisión sistemática de los casos reportados en PubMed, Web of Science, Embase, eLibrary y ScienceDirect en 4 décadas.

Caso clínico: Varón de 56 años valorado por hipoglucemia cuyo estudio hormonal demostró hiperinsulinismo endógeno. La TC evidenció una lesión de 3 cm en la segunda porción duodenal que era hipercaptante en ⁶⁸Ga-DOTA-TOC PET/TC. Se realizó extirpación del tumor duodenal y el estudio histológico demostró un tumor neuroendocrino bien diferenciado con inmunohistoquímica positiva para insulina. Revisión sistemática: 28 pacientes (78,6% mujeres) de 55,7 ± 19,2 años consultaron por hipoglucemia (85,7%), dolor abdominal o síntomas genitales (14,3%). El tumor se localizó por TC (73,1%), RM (88,9%), Exedin-4 PET/TC (100%), ⁶⁸Ga-DOTA-TOC PET/TC (100%), octreoscan (40%) y ecoendoscopia (50%). Los insulinomas se localizaron en el duodeno (n = 3), yeyuno (n = 2) y uno

respectivamente en estómago, hígado, apéndice, recto, mesenterio, ligamento de Treitz, ligamento gastroesplénico, ligamento hepatoduodenal e hilio esplénico. Además, afectaban el ovario (n = 5), cuello uterino (n = 2) y el resto estaban en el retroperitoneo (n = 3), riñón (n = 2), bazo (n = 1) y pelvis (n = 1). Se intervinieron el 89,3% y al 16% se realizó pancreatometomía ineficaz. El 85,7% tenía enfermedad localizada y el 14,3% desarrolló metástasis. Se reportó mortalidad en el 28,6% con mediana de seguimiento hasta la muerte de 60 [5-144] meses.

Discusión: Los insulinomas ectópicos son más frecuentes en mujeres y las pruebas de imagen funcional (Exedin-4 PET/TC, ⁶⁸Ga-DOTA-TOC PET/TC) tienen una elevada sensibilidad diagnóstica. Los clínicos deben estar alerta a la posibilidad de insulinomas extrapancreáticos cuando las pruebas radiológicas habituales y la exploración intraoperatoria del páncreas no localizan el tumor.

71. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON TUMORES NEUROENDOCRINOS GASTROENTEROPANCREÁTICOS PRESENTADOS EN UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR DE UN CENTRO DE EXCELENCIA DE ENETS

L. González Fernández¹, R. García Centeno¹, J.C. Percovich Hualpa¹, O. González Albarrán¹, J. Soto Alsar¹, A. Jiménez Gordo⁵, J.E. Montalva Pastor⁴ y A. Colon Rodríguez³

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ²Oncología Médica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ³Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Medicina Nuclear, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁵Oncología Médica, Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid.

Introducción: La atención multidisciplinar es especialmente importante en las patologías neoplásicas. Los TNE GEP resultan cada vez más prevalentes y precisan un manejo desde distintos puntos de vista. Esto permite un abordaje conjunto, con un diagnóstico y tratamiento integrales, así como una atención coordinada. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con TNE GEP presentados en un comité multidisciplinar en un Centro de Excelencia de ENETS.

Metodología: Estudio retrospectivo de pacientes con TNE GEP presentados durante 4 meses (enero-abril de 2023) en comité multidisciplinar de nuestro centro. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas.

Resultados: Se incluyeron un total de 34 pacientes con una media de 64 años (21-87) y 60% mujeres. La localización del tumor primario fue en el 45,7% páncreas, 31,3% intestino (duodeno-yeyuno-íleon), 14,3% gástricos y el 8% restante colon, recto y esófago. Fueron grado G1 el 34,3%, G2 37,1% y G3 11,4%. Presentaron metástasis el 57,1%, siendo los más frecuentes los TNE de intestino (90%) y de páncreas (56,3%). Presentaron hipersecreción hormonal el 14,2% de los tumores, siendo también más frecuente la hiperfuncionalidad entre los tumores de páncreas (18,7% en total, siendo 2 gastrinomas y 1 glucagonoma) e intestino (18,2%, 2 gastrinomas y 1 síndrome carcinoide) todos ellos con metástasis hepáticas.

Conclusiones: Las características de nuestros pacientes no varían de los presentados en el registro de tumores nacional español (GET-NE), siendo la localización más frecuente también páncreas e intestino. Los grados más frecuentes según la clasificación de la OMS 2017 son G1-G2. Los tumores no funcionantes son los más frecuentes (80% aproximadamente). El porcentaje de metástasis fue también similar a los previamente reportados (40-70%).

72. HIPOGLUCEMIA POR HIPERINSULINISMO ENDÓGENO, A PROPÓSITO DE UN CASO

V. González Sacoto, L. Serrano Urzaiz, M. Lacarta Benítez, C. Moreno Gálvez, P. de Diego García, P. Trincado Aznar y F. los Fablos Callau

Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Caso clínico: Paciente 80 años con asma y síndrome de piernas inquietas en tratamiento con pregabalina. Acudió a su médico síntomas de 5 meses de deterioro cognitivo, lentitud mental, episodios confusionales, astenia y sudoración. En analítica solicitada glucosa de 37, que se catalogó inicialmente como hipoglucemia farmacológica por pregabalina. Tras suspenderla, acudió a urgencias por bradipsiquia, ptosis palpebral e inestabilidad para la marcha, objetivando glucosa 30, por lo que se decide ingreso para estudio. En la analítica al ingreso destacaba ACTH: 8,2, Cortisol:3,86. En el test de ACTH: cortisol basal 13,67, a los 30 minutos 22,42 y a los 60 minutos 28,33. El test de ayuno se tuvo que suspender a las 6 horas de iniciado por glucosa de 40 sintomática. Al momento de esta determinación se obtuvieron valores de insulina 33,17, proinsulina mayor a 110, péptido C 2,99 y BHB 2,03. En el TAC se observaron múltiples lesiones hepáticas de distribución difusa, La gammagrafía de receptores de somatostatina demostró la presencia de masa en cola pancreática con expresión de receptores de somatostatina, compatible con TNE. BAG guiada por ecografía de LOE hepática, con resultado de AP de metástasis hepática de TNE. Con este diagnóstico se decidió cirugía de tumor primario y *debulking* de lesión hepática izquierda.

Discusión: El insulinoma maligno es la neoplasia neuroendocrina más común del páncreas, siendo la causa más frecuente de hipoglucemia hiperinsulinémica en la población adulta. El diagnóstico se basa en demostrar la hipoglucemia hiperinsulinémica a través del test de ayuno o test de comida mixta. La localización de este tipo de tumores puede ser un reto diagnóstico. El tratamiento es predominantemente quirúrgico, obteniendo en la mayoría de los casos, cura completa. La tasa de recurrencia tiene una incidencia acumulada 6% a 10 años y del 8% a 20 años. Siendo más comunes en pacientes con MEN1.

73. ENDOCRINOPATÍAS ASOCIADAS A POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR

J. de Carlos Artajo¹, L. Zabalza San Martín², A. Irigaray Echarri³, S. Oquién Legaz², M.R. Aznarez Barrio² y E. Anda Apiñániz³

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de Zumárraga.

²Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Introducción: La poliposis adenomatosa familiar (PAF) es una enfermedad autosómica dominante caracterizada clásicamente por el desarrollo de cientos o miles de adenomas en el recto y el colon durante la segunda década de la vida. Casi todos los pacientes desarrollarán cáncer colorrectal (CCR) si no se identifican y tratan en una fase temprana. Se trata de un trastorno multisistémico del crecimiento, por lo que existe riesgo de desarrollar patología extraintestinal. Se ha detectado un mayor riesgo de patología tiroidea, sin definir el riesgo relativo del resto de sistemas endocrinos. Nuestro objetivo es describir la frecuencia de patología adrenal, metabolismo hidrocarbonado y dislipemia.

Métodos: Estudio prospectivo, seleccionando 17 pacientes con mutaciones APC en seguimiento en el Hospital Universitario de Navarra. Se analizaron pruebas radiológicas, variables clínicas y analíticas.

Resultados: La población del estudio incluía 12 hombres (64,7%) y 5 mujeres (35,3%), con una edad media de 47 años. La mediana de edad en el momento del diagnóstico de PAF fue de 28 años, con un tiempo medio de seguimiento de 16 años. A todos los pacientes se les realizó un estudio de imagen abdominal (TC o RM), detectándose lesiones en 5/17 (31,25%). Todos fueron hallazgos incidentales presentados como adenomas no funcionantes en las pruebas analíticas realizadas. Ninguno mostró un crecimiento significativo durante el seguimiento. De la muestra, un 29,4% (5/17) presentaban criterios compatibles con prediabetes, un 17,6% (3/17) diabetes mellitus tipo 2 y un 17,6% (3/17) presentaban dislipemia.

Conclusiones: Las lesiones suprarrenales son frecuentes en los pacientes con PAF que se someten a pruebas de imagen abdominal. Parecen seguir un curso benigno y lentamente progresivo, siendo clínica y analíticamente lesiones no funcionantes. Casi la mitad de la muestra presentaba alteraciones del metabolismo hidrocarbonado.

TIROIDES

74. ABORDAJE ENDOCRINOLÓGICO DEL LINFOMA PRIMARIO DEL TIROIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.J. Gomes Porras¹, S.P. Alonso Gallardo¹, M. Espeso de Haro² y G. Oliveira Fuster¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Servicio de Hematología y Hematología, Hospital Regional Universitario de Málaga.

Introducción: El linfoma primario del tiroides (LPT) presenta patrones ecográficos (nodular, difuso y mixto) indistinguibles de otras tiroidopatías. La histopatología es necesaria para confirmar el diagnóstico y tipaje. El tratamiento de elección es quimioterapia con/sin radioterapia. La cirugía tiene utilidad principalmente diagnóstica y descompresiva.

Caso clínico: Mujer de 63 años sin antecedentes de interés derivada a Endocrinología por tumoración cervical derecha dolorosa de aparición abrupta sin clínica compresiva. Normofunción tiroidea con anti-TPO elevados. La ecografía cervical evidenció nódulo en lóbulo tiroideo derecho (LTD) de 3,3 × 3,7 cm TI-RADS 5, sin adenopatías cervicales significativas. 1 semana después, el TC cervicotoracodominopélvico con CIV reportó crecimiento de la masa hasta 7 × 5 × 5 cm, hipocaptante, con desplazamiento vascular y traqueal, sin adenopatías. Inicialmente mostró intensa captación del trazador (SUVmax: 28,62), Deauville 4 en F18-FDG PET-TC. El estudio anatómopatológico obtenido mediante biopsia con aguja gruesa describió abundantes células atípicas grandes, discohesivas, sobre fondo linfóide sugestivo de síndrome linfoproliferativo de alto grado, CD20+, CD3-, CD10-, bcl6+ (90%), MUM-1+ (75%), bcl2 +, compatible con linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes estadio Ie-A, IPI 1. Se derivó a Hematología donde recibió 6 ciclos R-CHOP, presentando respuesta metabólica completa con captación de baja intensidad en LTD (SUVmas:2,64) de carácter residual, Deauville 2 en último 18F-FDG PET-TC. Tras 20 meses fue nuevamente derivada a Endocrinología por TSH 17,97 µIU/mL para inicio de tratamiento sustitutivo con levotiroxina y seguimiento.

Discusión: El LPT puede presentarse como una tumoración cervical dolorosa (pseudotiroiditis maligna) de crecimiento rápido. La tiroiditis de Hashimoto es un factor de riesgo para LPT. El endocrinólogo es fundamental para diagnosticar el LPT y el tratamiento y seguimiento del hipotiroidismo primario.