

presentaron HF en V1. Entre V0 y V1, se observó un incremento del FGF-23 y una disminución de la 1,25(OH)VitD3 estadísticamente significativos y no se observaron cambios significativos en los niveles de calcio, 25(OH)VitD3 ni PTH (tabla). Las dosis elevadas de HCM (> 1.000 mg) se asociaron a mayor HF (75 vs. 45%, $p = 0,028$). Los pacientes con FG < 60 ml/min (28,4%) presentaron menor HF (35,2 vs. 63,3%, $p = 0,046$).

MFC. Diferencias entre V0 y V1

	V0	V1	p
Hemoglobina (g/dL)	10,8 ± 1,5	11,5 ± 1,3	< 0,0001
Calcio (mg/dL)	9,4 ± 0,4	9,4 ± 0,5	NS
Fosfato (mg/dL)	3,5 ± 0,6	2,4 ± 0,6	< 0,0001
25(OH)VitD3 (ng/mL)	21,1 ± 14,5	22,5 ± 16,6	NS
1,25(OH)VitD3 (pg/mL)	32,4 ± 14,2	17 ± 13	< 0,0001
FGF-23 (pg/mL)	79 ± 34,5	193,3 ± 158,8	< 0,0001
PTH (pg/mL)	88,3 ± 43,9	90,1 ± 45,9	NS

Conclusiones: La administración prequirúrgica de HCM se asoció a una disminución del fosfato sérico en relación con un incremento del FGF-23 y una disminución de la 1,25(OH)VitD3. La prevalencia de HF fue superior en pacientes con altas dosis de HCM y función renal normal. Los niveles de fosfato se deberían monitorizar en los pacientes que reciben HCM como tratamiento de la anemia preoperatoria.

55. USO DE HORMONA PARATIROIDEA SUSTITUTIVA EN EL HIPOPARATIROIDISMO PRIMARIO: UNA SERIE DE CASOS

M. Sánchez Prieto Castillo, C.M. López Pérez, C.M. Castro Mesa, A. Segarra Balao, A. Moreno Carazo y C. Gutiérrez Alcántara

UCG Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Jaén.

Introducción: El tratamiento del hipoparatiroidismo primario (HP) se basa en calcitriol y calcio oral. La última guía de 2022 (*Second*

International Workshop) sugiere el tratamiento sustitutivo con PTH en casos en los que a pesar de dicho tratamiento presenten labilidad para el control o problemas malabsortivos, aunque se basa en estudios con series muy cortas usando muchos PTH 1-84, ya no disponible.

Objetivos: Describir los resultados del uso de PTH en pacientes con HP en nuestra área.

Métodos: Se revisaron las historias de todos los pacientes con HP tratados con PTH en el HU de Jaén, registrando edad, sexo, causa del hipoparatiroidismo, causa del uso de PTH, cambios en dosis de calcitriol y calcio y datos de calcio corregido con albúmina, fosforo antes y después de PTH, realizando una descripción en forma de serie de casos.

Resultados: Encontramos 8 casos con HP tratados con PTH. La tabla resume la serie de casos.

Conclusiones: En todos los casos detectamos tras el tratamiento con PTH mejoría-normalización de calcemia. Salvo en 2 casos en todos se redujeron las necesidades de calcitriol y en todos menos uno la dosis de los suplementos de calcio.

GÓNADAS, IDENTIDAD Y DIFERENCIACIÓN SEXUAL

56. RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA PERIMENOPAUSIA: UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CAROTÍDEA Y DE TEJIDO ADIPOSO

M. Miguélez González, Y.C. Fernández Cagigao, L. Pietro Sánchez y C. Vázquez Martínez

Endocrinología y Nutrición, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Introducción: La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en las mujeres en Europa. La perimenopausia es el momento en el que aumenta el riesgo cardiovascular (RCV), infradiagnosticado e infratratado en la mujer.

Objetivos: Profundizar en los factores de RCV en las mujeres perimenopáusicas. Diseño: Estudio retrospectivo de mujeres peri-

Tabla CO-55

	1	2	3	4	5	6	7	8
Sexo	Mujer	Hombre	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Hombre
Edad (años)	57	31	20	54	23	56	36	60
Causa HP	Posqx*	Posqx*	SPAI**	Posqx*	Idiopático	Posqx*	Posqx*	Posqx*
Causa uso PTH	Hipocalcemia refractaria	Labilidad calcemia	Enteropatía malabsortiva	Hipocalcemia refractaria	Enteropatía malabsortiva	Labilidad calcemia	Hipocalcemia refractaria	Enteropatía malabsortiva
Calcio/fosforo pre (mg/dl)	6,7/5,9	7,8/3,7	8,2/5,1	7,3/3,2	6,8/5,4	8,1/5	7,7/4,1	8,4/1,4
Calcio/fosforo post (mg/dl)	9/5,6	9,2/4,8	9,9/4,2	8,9/3,6	8,9/4,4	8,8/4,7	8,7/4,1	10,3/3,5
Calcitriol pre (μg)	1,5	1	2	2	0,5	1,5	2	1
Cacitriol post (μg)	0,5	0,5	0,5	0,75	0,5	0,25	0,5	1
Dosis calcio pre (mg)	4.000	6.000	6.000	6.000	3.000	6.000	6.000	21.000
Dosis calcio post (mg)	2.000	1.000	3.000	2.000	3.000	2.000	4.000	12.000

*Posqx: posquirúrgico. **SPAI: síndrome pluriglandular autoinmune tipo I.

menopáusicas atendidas en Endocrinología en la FJD entre marzo 2023-febrero 2024, que accedieron al estudio ecográfico de carótidas y/o tejido adiposo. Se han incluido un total de 31 pacientes. Se analizaron variables demográficas, factores de RCV clásicos (tabaquismo, HTA, DL, DM-2, IMC), síntomas climatéricos (síndrome urogenital, sofocos, alteraciones del sueño, aumento ponderal), y estudio analítico (perfil glucémico, lipídico y hormonal gonadal).

Resultados: La edad media fue de 53 años siendo toda la muestra caucásica. Respecto a los FRCV el 10% eran fumadoras, 10% hipertensas, 3% diabéticas tipo 2 y 39% tenían hipercolesterolemia. En cuanto a los síntomas el 42% presentaban síndrome urogenital, 58% síntomas vasomotores, 61% alteraciones del sueño y hasta un 48%

presentaba aumento ponderal. El IMC medio fue de 23 pero con un% de grasa medio del 32% (estado de preobesidad). Los datos analíticos medios fueron LDL 134 mg/dL, glucemia basal 85 mg/dL, HbA1c 5,3%, FSH 62,5 y 17 beta-estradiol 19,5. La mediana del grosor de íntima media fue de 5 mm, siendo el 68% clasificación I (normal) y el 13% clasificación II (íntima media granulada). Respecto a la ecografía de tejido adiposo la mediana de grasa subcutánea superficial fue de 6,4 mm, grasa subcutánea profunda de 7,8 mm y 5 mm de grasa preperitoneal ($13,1 \pm 0,39$).

Conclusiones: La ecografía carotídea detecta aterosclerosis subclínica en esta población y la BIA asociada a la ecografía del tejido adiposo detecta adiposidad en pacientes con IMC normal.