

corporal en los participantes con obesidad de aparición temprana en comparación con aquellos de aparición tardía en SURMOUNT-1.

**Material y métodos:** En este análisis se incluyó un subgrupo de participantes con obesidad de aparición temprana ( $N = 84$ ) en comparación con aquellos con aparición tardía ( $N = 147$ ) cuyos datos de composición corporal (densitómetro Hologic DXA) estaban disponibles. Se evaluaron los datos de la situación inicial y el cambio en la semana 72 respecto a esta en la composición corporal (masa grasa, masa magra y grasa visceral).

**Resultados:** Los participantes con obesidad de aparición temprana, comparados con aquellos con obesidad de aparición tardía presentaron una masa corporal superior (105,7 vs. 99,6 kg), una mayor masa grasa (50,1 vs. 45,9 kg) y un menor porcentaje de masa grasa visceral (0,18 vs. 0,22%) al inicio del estudio (todos  $p \leq 0,018$ ). La masa magra inicial no fue diferente (52,9 vs. 51,1 kg). En la semana 72, se observaron mayores reducciones de la masa grasa corporal total (aparición temprana: 17 vs. 2 kg [35 vs. 5%]; aparición tardía: 15 vs. 5 kg [33 vs. 10%]), masa magra corporal total (aparición temprana: 6 vs. 1 kg [11 vs. 2%]; aparición tardía: 5 vs. 1 kg [11 vs. 3%]) y masa grasa visceral total (aparición temprana: 0,57 vs. 0,02 kg [41 vs. 5%]; aparición tardía: 0,63 vs. 0,17 kg [39 vs. 9%]) con tirzepatida en comparación con placebo en ambos grupos, respectivamente (todos  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** En este análisis retrospectivo del subgrupo DXA de SURMOUNT-1, los participantes con obesidad de aparición temprana presentaron una mayor masa grasa y un menor porcentaje de grasa visceral en la situación inicial, en comparación con aquellos con obesidad de aparición tardía. Las mayores reducciones de peso observadas en el tratamiento con tirzepatida se relacionaron con reducciones proporcionalmente superiores de la masa grasa en comparación con la masa magra y con mayores reducciones en el porcentaje de masa grasa visceral en comparación con placebo, con independencia de la edad al diagnóstico de obesidad. Se necesitan estudios posteriores para evaluar si las reducciones en la masa grasa visceral pueden mejorar el riesgo de enfermedad cardiovascular.

#### P-095. ESTUDIO EN VIDA REAL DE TIRZEPATIDA EN DIABESIDAD COMPLEJA ASOCIADA A PATOLOGÍA ENDOCRINA

B. Pérez Pevida<sup>a</sup>, M. Santana<sup>b</sup>, A. Maldonado<sup>a</sup>, B. Clérigo<sup>a</sup>, C. Ruiz<sup>a</sup>, C. Higueruela<sup>a</sup>, S. García<sup>a</sup> y M. Moreira<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Asistencial Universitario de Palencia, España. <sup>b</sup>Centro de Salud Los Jardinillos, Gerencia de Atención Primaria de Palencia, España.

**Introducción y objetivos:** Tirzepatida (TZP) es la primera combinación de agonista del receptor GIP y GLP1-RA aprobada para el tratamiento de adultos con diabetes. Varios trastornos endocrinos, como el hipotiroidismo, el síndrome de ovario poliquístico, el hipogonadismo o la menopausia, están asociados con la diabetes. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia, seguridad y tolerabilidad de TZP en este subgrupo de pacientes con diabetes compleja.

**Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo de sujetos integralmente fenotipados con diabetes compleja asociada a trastornos endocrinos de un hospital universitario que recibieron al menos 12 semanas de tratamiento continuo con TZP. Los objetivos primarios fueron los cambios en el peso corporal, medidas antropométricas, composición corporal y estado metabólico después del tratamiento con TZP.

**Resultados:** Se evaluaron 82 pacientes. 66 eran mujeres. Edad media  $48,6 \pm 12,4$ . El 68% tenía  $\geq 2$  FRCV y el 32%  $\geq 4$ . El tratamiento con TZP resultó en una reducción media del peso corporal de  $7,5 \pm 5,1$  kg, un porcentaje de pérdida de peso de  $7 \pm 4,3$  y un IMC de  $2,7 \pm 1,8 \text{ kg/m}^2$ . El 72% de los sujetos perdió  $\geq 5\%$  del peso corporal, el 17% perdió  $\geq 10\%$ , el 8,5% perdió  $\geq 15\%$  y el 2,1% perdió  $\geq 20\%$  en el

periodo de tratamiento de 12 semanas. Se observaron mejoras en la composición corporal y la distribución del tejido adiposo con una reducción media de la circunferencia de la cintura (WC) de  $12,9 \pm 14,7$  cm, la circunferencia del cuello (NC)  $2,3 \pm 1,6$ , la relación cintura-altura (WtHR) de  $0,6 \pm 0,1$  y en porcentaje de masa grasa  $4,3 \pm 4,3$  con aumento de masa libre de grasa  $4,5 \pm 6,3$  kg. No se encontraron diferencias en la pérdida de peso entre hombres y mujeres, sin embargo, los hombres mostraron mayor reducción en WC (23,8 vs. 11,2;  $p = 0,03$ ), WtHR (0,73 vs. 0,63;  $p = 0,019$ ) y NC (3,9 vs. 2,0;  $p = 0,005$ ). No se encontraron diferencias significativas en la eficacia de TZP en la pérdida de peso o masa grasa entre aquellos con trastornos endocrinos, incluidos hipotiroidismo, diabetes, hipotiroidismo, síndrome de ovario poliquístico, hipogonadismo o sin ellos. Al ajustar por FRCV, aquellos sujetos con enfermedad metabólica grasa asociada tuvieron menos impacto en la pérdida de peso en comparación con aquellos sin (5,3 vs. 7,6%;  $p = 0,025$ ). Las mujeres con menopausia experimentaron una menor pérdida de peso total (5,9 vs. 9,1;  $p = 0,018$ ). Se observó una mayor pérdida de peso en pacientes sin tratamiento previo con GLP1-RA en comparación con aquellos que cambiaron a TZP desde GLP1-RA.

**Conclusiones:** En este estudio en vida real de pacientes españoles con diabetes compleja, TZP se asoció con reducciones clínica y estadísticamente significativas en el peso corporal, la masa grasa y las medidas antropométricas de adiposidad central. Se observaron mayores reducciones en el peso corporal entre los pacientes que no habían recibido tratamiento previo con GLP1-RA en comparación con los pacientes que cambiaron de GLP1-RA a tirzepatida. La presencia de enfermedad metabólica grasa o menopausia podría minimizar el impacto de TZP en la pérdida de peso.

#### P-096. EL PAPEL DE LOS MIARNS EN EL DESARROLLO DE DIABETES TIPO 2 ASOCIADA A LA PRESENCIA DE OBESIDAD

E. Villa Fernández<sup>a</sup>, A.V. García<sup>a</sup>, J. Fernández García<sup>a</sup>, C. Lozano Aida<sup>a,b</sup>, L. Suárez Gutiérrez<sup>a,b</sup>, E. Delgado<sup>a,b</sup> y C. Lambert<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo, España. <sup>b</sup>Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

**Introducción:** La obesidad es una enfermedad metabólica que afecta cada día a más personas, y que está asociada con el desarrollo de numerosas comorbilidades, entre las que destaca la diabetes tipo 2. Sin embargo, aún se desconocen los motivos por los que una persona puede o no desarrollar diabetes tipo 2.

**Objetivos:** Caracterización de la expresión diferencial de miARNs en el tejido adiposo de posible interés en la patología de la obesidad y la influencia de la presencia de la diabetes tipo 2.

**Material y métodos:** En una primera cohorte de descubrimiento se analizó mediante NGS el perfil de expresión de miARNs del tejido adiposo visceral de 48 pacientes (10 controles-C, 19 individuos con obesidad y sin diabetes-OBnoDM2 y 19 individuos con obesidad y diabetes-OBDM2). A partir de estos resultados se seleccionaron 10 miARNs que fueron validados por PCR a tiempo real en una nueva cohorte de 101 individuos: C ( $n = 19$ ), OBnoDM2 ( $n = 52$ ), OBDM2 ( $n = 30$ ).

**Resultados:** De los 10 miARNs analizados, 5 mostraron diferencias significativas de expresión entre grupos (miR-34c-5p, miR-144-5p, miR-200b-3p, miR-141-3p, miR-585-3p). Concretamente, se encontraron diferencias significativas entre C vs. OBnoDM2 en los miARNs miR-144-5p ( $p < 0,05$ ), miR-200b-3p ( $p < 0,001$ ), miR-141-3p ( $p < 0,001$ ) y miR-585-3p ( $p < 0,01$ ). Entre los grupos C vs. OBDM2 por su parte, se encontraron diferencias entre los miARNs miR-34c-5p ( $p < 0,05$ ), miR-200b-3p ( $p < 0,05$ ), miR-141-3p ( $p < 0,01$ ), miR-585-3p ( $p < 0,01$ ). Por último, al comparar los grupos OBnoDM2 vs. OBDM2

únicamente el miARN miR-34c-5p presentaba un cambio significativo ( $p < 0,05$ ). Considerando esto, se hizo una búsqueda bibliográfica de los posibles *targets*, observándose asociación a funciones de supresión tumoral (miR-34c-5p), relación con la adiponectina (miR-144-5p), involucración en la expresión de los receptores de insulina (miR-200b-3p), posible alteración en los niveles del factor de crecimiento insulínico tipo 1 (miR-141-3p) y relación directa con la enzima FTO (miR-585-3p).

**Conclusiones:** Se observan diferencias significativas en la expresión de diferentes miARNs en el tejido adiposo visceral en función de la presencia de obesidad y/o diabetes tipo 2. El estudio de las dianas de estos miARNs puede ayudar a una mejor comprensión de las distintas enfermedades metabólicas, concretamente puede ayudar a explicar porque una persona con obesidad desarrolla o no diabetes mellitus tipo 2.

Financiación: ISCIII PI19/01162.

#### P-097. CARACTERÍSTICAS DE LAS GESTANTES CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA ATENDIDAS EN UNA CONSULTA DE ENDOCRINOLÓGIA Y GESTACIÓN

M. Fernández López, V. Dólera López, I. Ros Madrid, R.P. Cano Márquez, M. Castro Navarro, J. Pérez Bautista y A.M. Hernández Martínez

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, España.

**Objetivos:** Describir las características de las gestantes con antecedente de cirugía bariátrica atendidas en una Consulta de Endocrinología y Gestación.

**Material y métodos:** Historia clínica de las gestantes con antecedente de cirugía bariátrica atendidas en una consulta especializada Endocrinología y Gestación de un Hospital de tercer nivel durante el año 2024. Las variables cuantitativas se expresan como media y desviación estándar, y las variables cualitativas como frecuencias y porcentajes.

**Resultados:** Se presentan en la tabla.

Tabla P-097

Variables cuantitativas	Media ± de	Variables cualitativas	Número (%)
Edad	35,37 ± 4,14	Paridad	
Semanas gestación	15,45 ± 8,37	Nulípara	12 (57,14%)
Tiempo poscirugía en meses	43,31 ± 51,79	Multípara	9 (42,85%)
IMC prequirúrgico	44,03 ± 2,74	Técnica quirúrgica	
IMC posquirúrgico	26,28 ± 6,13	Gastrectomía tubular	5 (23,80%)
IMC pregestacional	29,51 ± 5,89	Bypass gástrico	16 (76,19%)
		Hospital	
		Público	10 (47,61%)
		Privado	11 (52,38%)
		Tiempo poscirugía	
		> 2 años	15 (71,42%)
		1-2 años	5 (23,80%)
		< 1 año	1 (4,76%)
		Grado IMC pregestacional	
		Normal	4 (19,04%)
		Sobrepeso	8 (38,09%)
		Obesidad	9 (42,85%)

**Conclusiones:** Las gestantes con antecedente de cirugía bariátrica atendidas en la consulta de Endocrinología y Gestación durante el año 2024 fueron 21. Estas gestantes tienen una edad media de 35 años y más de la mitad son primíparas. La media de la edad gestacional a la que inicia seguimiento en la consulta es de 15 semanas. La técnica quirúrgica predominante es el bypass gástrico y más de la mitad se han intervenido en la sanidad privada. La media del máximo IMC prequirúrgico es superior a 40 y la media del mínimo postquirúrgico inferior a 26. La media del IMC pregestacional está próxima a 30; más del 40% tienen obesidad pregestacional y más del 80% sobrepeso-obesidad; solo un 19% de las mujeres están en normopeso antes del embarazo. El tiempo transcurrido desde la cirugía bariátrica hasta la gestación es de 43 meses de media; más del 70% han esperado más de dos años y más del 95% han esperado más de un año (solo una gestante de un total de 21 esperó menos de un año). El tiempo de espera para la gestación desde la cirugía bariátrica es adecuado en la mayoría de las mujeres atendidas en nuestra consulta. Sin embargo, durante este tiempo de espera, habría que optimizar el seguimiento de estas mujeres, para evitar la ganancia ponderal pregestacional.

#### P-098. EFECTO DE SEMAGLUTIDA SUBCUTÁNEO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 SOBRE EL GRADO DE INFLAMACIÓN SISTÉMICA

R.N. García-Pérez, V. Siles-Guerrero, E.I. Tena-Sánchez, J.M. Romero-Márquez y A. Muñoz-Garach

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

**Introducción:** La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica que combina resistencia a la insulina y alteraciones metabólicas, siendo una de las principales causas de morbilidad global. Su manejo incluye la mejora del control glucémico, la reducción del peso corporal y la optimización del perfil lipídico. Además, el control de la inflamación sistémica es clave para reducir complicaciones cardiovasculares y hepáticas. Nuevas terapias, como los agonistas del receptor GLP-1, han demostrado ser eficaces en el tratamiento integral de esta patología.