

Tabla P-117

Características	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3
Edad	67	52	66
Tipo de diabetes	DM2	DM2	DM2
Tiempo de evolución	6 años	5 años	13 años
IMC	23,8 kg/m <sup>2</sup>	36,22 kg/m <sup>2</sup>	31,6 kg/m <sup>2</sup>
A1C	7,8%	8,4%	10,1%
Insulinoterapia	Sí	No	No
Causa de descompensación	Influenza	Influenza + VSR	Neumonía por <i>S. pneumoniae</i>
Tipo de iSGLT2	Dapagliflozina	Empagliflozina	Empagliflozina
Glucosa plasmática	174 mg/dL	217 mg/dL	317 mg/dL
Anión GAP	25	20	42,9
pH	7,32	7,02	7,04
Cetonemia /cetonuria	7,1 /+	4,8/++	+
Complicaciones	No	Ingreso a UCI	Ingreso a UCI

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

**Conclusiones:** La cetoacidosis euglucémica es una complicación de la diabetes mellitus en pacientes a tratamiento con iSGLT2 que supone un reto diagnóstico por su forma de presentación. Como vemos en nuestra serie de pacientes, la gravedad de su presentación clínica conllevó la necesidad de ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que pone en relevancia la necesidad de un diagnóstico y tratamiento temprano. Entre los posibles desencadenantes se presentan los procesos infecciosos, concretamente, en nuestra muestra de pacientes, infecciones respiratorias. Por tanto, se plantea la necesidad de retirada de los iSGLT2 de forma preventiva, siendo necesario incidir en la educación diabetológica en este tipo de pacientes.

#### P-118. PREVALENCIA DE INSUFICIENCIA PANCREÁTICA EXOCRINA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1 EN BURGOS (ESPAÑA)

J. Castañón Alonso<sup>a</sup>, E. Santos Mazo<sup>b</sup>, P. Álvarez Baños<sup>b</sup>, A.M. Delgado Lucio<sup>b</sup>, E. Ruiz Pérez<sup>b</sup>, L. de la Maza Pereg<sup>b</sup> y M. Serrano Hernantes<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Complejo Asistencial Universitario de León, España. <sup>b</sup>Hospital Universitario de Burgos, España.

**Introducción:** La insuficiencia pancreática exocrina (IPE) es una comorbilidad muy común en pacientes con diabetes tipo 1. Está presente en aproximadamente el 50% de los pacientes. La IPE puede impactar negativamente a la persona con diabetes tipo 1, siendo un factor de riesgo de desnutrición y mal control glucémico. Sin embargo, se trata de una entidad claramente infradiagnosticada en la práctica clínica diaria. La mayoría de los estudios definen la IPE determinando la elastasa-1 fecal (EF-1 < 200 µg/g). La fisiopatología no está clara, aunque parece que pueden influir diferentes factores, como la inflamación y fibrosis del páncreas, la isquemia causada por microangiopatía diabética o la neuropatía autonómica enteropancreática. El objetivo principal es establecer la prevalencia de IPE en diabetes tipo 1 y su asociación con otras variables de la enfermedad.

**Material y métodos:** Estudio observacional en el que se reclutan pacientes con diabetes tipo 1, que acuden al servicio de Endocrinología y Nutrición, entre febrero y mayo de 2024. Se obtiene una muestra de heces para determinar la elastasa-1 fecal (EF-1). La IPE moderada se define como EF-1 < 200 µg/g y grave como EF-1 < 100

µg/g. Además, se recogen otras variables como edad, sexo, índice de masa corporal (IMC), presencia de síntomas digestivos, edad de diagnóstico, años de evolución y HbA<sub>1c</sub>. Quedan excluidos los pacientes con diabetes no autoinmune, aquellos con patología digestiva ya diagnosticada o aquellos que estén en tratamiento con fármacos que puedan interferir en la absorción de nutrientes.

**Resultados:** Se reclutaron 28 pacientes (50% hombres y 50% mujeres), de los cuales el 21,4% tenía IPE moderada, el 28,6% tenía IPE grave y el 50% no padecía IPE. La mayoría de los pacientes negaban síntomas digestivos (89,3%). La población presentó un IMC promedio de 26 kg/m<sup>2</sup>, 23,4 años de evolución de diabetes tipo 1, edad promedio al diagnóstico de 19,3 años y HbA<sub>1c</sub> de 7,8%. En cuanto a la comparación entre la presencia y ausencia de IPE, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en el IMC, los años de evolución ni la edad al diagnóstico. En el grupo con IPE la HbA<sub>1c</sub> fue de 8,2% y en el grupo sin IPE fue de 7,4% (p = 0,07). No se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre los niveles de EF-1 y la edad en el momento del diagnóstico y el IMC. La correlación es débil e inversa entre los niveles de EF-1 y años de evolución (r = -0,26, p = 0,19) y HbA<sub>1c</sub> (r = -0,28, p = 0,16).

**Conclusiones:** En nuestra población la prevalencia de IPE en diabetes tipo 1 es similar a la reportada en la literatura, alrededor del 50%. Es posible que exista asociación con los niveles de HbA<sub>1c</sub>, aunque probablemente sea necesario ampliar la muestra en futuros estudios para encontrar diferencias estadísticamente significativas.

#### P-119. CRIBADO DE OSTEOPOROSIS EN DIABETES TIPO 1, ¿ES ÚTIL LA HERRAMIENTA FRAX?

J. Román Villatoro, A. Piñar Gutiérrez, P.J. Remón Ruiz, S. Amuedo Domínguez, N. Gros Herguido, V. Bellido Castañeda y A. Soto Moreno

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

**Objetivos:** La osteoporosis es más frecuente en pacientes con diabetes tipo 1. La guía de la American Diabetes Association incluyó en 2024 la recomendación de realizar densitometría ósea a pacientes mayores de 50 años con factores de riesgo. Describir la prevalencia de osteoporosis en una cohorte de personas con diabetes tipo 1 mayores de 50 años y con factores de riesgo. Describir los resultados de la escala FRAX en estos pacientes; comparar los resultados de la escala con la densitometría ósea (DXA).

**Material y métodos:** Estudio transversal. Se realizó DXA y escala FRAX a los pacientes mayores de 50 años con diabetes tipo 1 y factores de riesgo. Se consideró osteoporosis si *T-Score* inferior -2,5 en cabeza de fémur y/o columna lumbar y osteopenia si *T-Score* entre -2,5 y -1. Se consideró FRAX elevado para fractura mayor osteoporótica (FMO) si  $> 7,5\%$  y para fractura de cadera si  $> 3\%$ . Las variables cualitativas se describen como n (%); las cuantitativas como P50 (P25-P75). Para la comparación de variables cualitativas se empleó el test de Fisher; para las cuantitativas el test no paramétrico de comparación de medianas.

**Resultados:** Se incluyeron 31 pacientes. Se encontraron diferencias significativas entre el resultado del FRAX sin ajustar y ajustado por DXA en hombres para fractura mayor ( $p = 0,033$ ). Existieron diferencias significativas en el resultado FRAX entre los grupos con y sin osteoporosis ( $p = 0,002$  para fractura mayor y  $p = 0,017$  para fractura de cadera). Al comparar pacientes con osteoporosis/osteopenia y pacientes con *T-Score* normal, existieron diferencias en cuanto al porcentaje de nefropatía diabética (28,6 vs. 0%;  $p = 0,032$ ).

	Mujeres (n = 18)	Hombres (n = 13)
Edad (años)	65 (54-70)	57 (53-64)
Tiempo de evolución (años)	25 (11-36)	18 (15-37)
Osteopenia	3 (16,7%)	5 (38,5%)
En < 65 años	1 (33,3%)	4 (80%)
Osteoporosis	6 (33,3%)	0 (0%)
En < 65 años	2 (33,3%)	0 (0%)
FRAX (FMO) sin ajustar por DXA	10,7 (4,4-15)	2,3 (1,9-3,2)
Riesgo alto	12 (66,6%)	1 (7,69%)
FRAX (fractura de cadera) sin ajustar por DXA	3,4 (0,8-5,4)	0,4 (0,2-0,7)
Riesgo alto	4 (22,2%)	1 (7,69%)
FRAX (FMO) ajustado por DXA	9 (6,8-16)	4,2 (3,6-5,6)
FRAX (fractura de cadera) ajustado por DXA	1,1 (0,6-2,7)	0,5 (0,2-1)

**Conclusiones:** La prevalencia de osteoporosis y osteopenia fue superior a la descrita en la evidencia científica disponible. Aun así, se necesitan más estudios que confirmen estos resultados para recomendar la DXA en personas mayores de 50 años.

## P-120. OBESIDAD SARCOPÉNICA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2: DEFINIENDO FENOTIPOS METABÓLICOS

Q. Martín-Saladich<sup>a,b</sup>, F. Palmas Candia<sup>a,c</sup>,  
M.Á. González Ballester<sup>b,d</sup>, R. Simó<sup>a,c</sup>, A. Ciudin<sup>a,c</sup>  
y J.R. Herance Camacho<sup>a,e</sup>

<sup>a</sup>Vall d'Hebron Institut de Recerca, Barcelona, España.

<sup>b</sup>Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España. <sup>c</sup>CIBERDEM, Madrid, España. <sup>d</sup>ICREA, Barcelona, España. <sup>e</sup>CIBERBBN, Zaragoza, España.

**Introducción y objetivos:** El diagnóstico de la obesidad sarcopénica (OS), una comorbilidad común en la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), presenta desafíos debido a las limitaciones del uso del índice de masa corporal (IMC) y la falta de especificidad en las métricas de la función del tejido adiposo y el músculo esquelético obtenidas a través del análisis de la composición corporal. El objetivo de este estudio fue caracterizar a los pacientes con OS y DM2

según los patrones metabólicos del músculo esquelético, así como analizar la relación entre las características de la composición corporal y la resistencia a la insulina de dicha medida mediante [<sup>18</sup>F]FDG-PET/CT.

**Material y métodos:** El estudio basado en el ensayo clínico (NCT02248311) incluyó cuarenta y dos pacientes con DM2 que se sometieron a análisis de sangre y a dos exploraciones con [<sup>18</sup>F]FDG-PET/CT, realizadas antes y después de un *clamp* euglicémico hiperinsulinémico (HEC). Se obtuvieron datos de sensibilidad a la insulina del músculo esquelético y datos de composición corporal a partir de una región de interés en la tercera vértebra lumbar. Se incluyeron parámetros cuantitativos (%  $\text{cm}^2/\text{m}^2$ ) y de radiodensidad (RD) en unidades Hounsfield (HU) del músculo esquelético, y del tejido adiposo total, visceral (V-), intramuscular (IM-) y subcutáneo (S-). El índice de músculo esquelético se calculó utilizando el % de este y el IMC.

**Resultados:** Todos los pacientes presentaron tejido adiposo  $> 40\%$  y músculo esquelético  $< 30\%$ , mientras que solo 24 sujetos tenían un IMC  $\geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$ . El tejido adiposo total ( $\text{cm}^2/\text{m}^2$ ) se asoció con un IMC más alto ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), menor insulinosensibilidad del músculo esquelético y mayor HOMA-IR, pero la cantidad de musculo esquelético ( $\text{cm}^2/\text{m}^2$ ) no mostró dicha asociación. Sin embargo, la radiodensidad de dicho desempeño un papel significativo en la acumulación de tejido adiposo y la resistencia a la insulina. Se agruparon los pacientes en función de la insulinosensibilidad del músculo esquelético, tomando la mediana como punto de corte, y definiendo el fenotipo I (PhI) y el fenotipo II (PhII) para valores por debajo y por encima del punto de corte, respectivamente.

**Conclusiones:** Definimos, por primera vez, dos nuevos fenotipos de OS en DM2, PhI y PhII, basados en diferentes patrones metabólicos del músculo esquelético. El PhI mostró mayor tejido adiposo total ( $\text{cm}^2/\text{m}^2$ ), resistencia a la insulina generalizada y biomarcadores elevados de comorbilidades asociadas al DM2, incluidas enfermedades cardiovasculares y hepáticas. Esta nueva clasificación superó a la definición clásica de OS y T2D basada en el IMC.

## P-121. PATRONES DE CAPTACIÓN CEREBRAL DE [<sup>18</sup>F]FDG EN DIABETES TIPO 2: NUEVOS FENOTIPOS RELACIONADOS CON TRASTORNOS COGNITIVOS

Q. Martín-Saladich<sup>a,b</sup>, D. Pareto<sup>c</sup>, R. Simó<sup>a,d</sup>, A. Ciudin<sup>a,d</sup>,  
M.Á. González Ballester<sup>b,e</sup> y J.R. Herance Camacho<sup>a,f</sup>

<sup>a</sup>Vall d'Hebron Institut de Recerca, Barcelona, España.

<sup>b</sup>Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España. <sup>c</sup>Vall d'Hebron Hospital Universitari, Barcelona, España. <sup>d</sup>CIBERDEM, Barcelona, España. <sup>e</sup>ICREA, Barcelona, España. <sup>f</sup>CIBERBBN, Barcelona, España.

**Introducción y objetivos:** En condiciones de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), el metabolismo de la glucosa en el cerebro puede verse afectado debido a la resistencia a la insulina (IR), lo que resulta en un deterioro de los procesos sinápticos y una disminución de la función cognitiva. Estudios previos en pacientes sin DM2 sugieren que las regiones cerebrales hipo- e hipermetabólicas pueden indicar un riesgo de trastornos cognitivos (TC). En este estudio, nuestro objetivo fue clasificar a los pacientes con DM2 según patrones metabólicos cerebrales anómalos y caracterizar el riesgo de TC de cada grupo para una gestión optimizada de los pacientes.

**Material y métodos:** Se adquirieron dos exploraciones cerebrales con [<sup>18</sup>F]FDG-PET en cuarenta y dos pacientes con T2D controlada, una al inicio y otra después de aplicar un *clamp* euglicémico hiperinsulinémico. Cada exploración fue procesada utilizando Statistical Parametric Mapping. Se obtuvieron seis regiones hipermetabólicas