

dad de Navarra. Seleccionamos los individuos a los que se les había medido ecográficamente el tejido adiposo subcutáneo desde enero de 2023 a julio de 2024. Los clasificamos en dos grupos en función de la presencia o no de alteración del metabolismo hidrocarbonado (prediabetes o diabetes mellitus). Se consideró como significativo un valor $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con el software STATA versión 15.

Resultados: Se incluyeron 103 pacientes, de los cuales un 61,7% presentaban alteración del metabolismo hidrocarbonado. El grupo de pacientes con alteración del metabolismo hidrocarbonado, presentaba mayor prevalencia de obesidad, dislipidemia, hipertensión, insulina, HOMA-IR, triglicéridos, y ácido úrico. De igual manera, se observó una mayor prevalencia de enfermedad hepática grasa asociada a disfunción metabólica y mayor probabilidad de fibrosis en dicho grupo ($p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la medida de grasa subcutánea o preperitoneal. Sin embargo, se observó una correlación positiva entre la cantidad de grasa subcutánea y los valores de insulina, HOMA-IR y presencia de diabetes.

Conclusiones: No se observaron diferencias significativas en las medidas de grasa subcutánea o preperitoneal abdominal entre los dos grupos (con o sin alteraciones metabólicas), los resultados la contribución del tejido adiposo subcutáneo en la presencia de resistencia a la insulina y en el riesgo de desarrollar diabetes. La medida del tejido adiposo abdominal puede ser una herramienta útil para identificar patrones que indiquen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas.

P-180. HIPERGLUCEMIA POR ENFORTUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

R. Zafra Jiménez, A. Sanmartín Sánchez, A. Campos Peris, A. de la Cruz Bonilla, E. Mena Ribas, I. Argüelles Jiménez y M. Codina Marcet

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

Introducción: Enfortumab-vedotín (EV) es una nueva terapia aprobada recientemente en el tratamiento del cáncer urotelial localmente avanzado o metastásico. Para su aprobación, se requiere una terapia previa con quimioterapia y un inhibidor de PD1/PD-L1. EV es un anticuerpo monoclonal dirigido contra la proteína nectina 4, unido a un agente de quimioterapia llamado monometil auristatina E (MMAE). La hiperglucemia es una reacción adversa poco frecuente ($< 6\%$), aunque los escasos casos descritos en la literatura describen una importante insulinoresistencia, con necesidad de 80-90 unidades hora para controlar niveles de glucosa, llegando en un caso hasta las 1.000 unidades diarias, con 1 caso descrito por muerte tras CAD. Por este motivo, se consideran criterios de exclusión una DM mal controlada ($HbA_{1c} \geq 8\%$, o entre 7-8% y algún síntoma de diabetes).

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 60 años, con antecedentes patológicos de HTA, oncocitoma con nefrectomía radical 2007. ERC G4 (FG 25). Obesidad grado I (IMC 32). DM2 de 2 años de evolución. En diciembre de 2023 se inicia avelumab por recaída de cáncer urotelial. En junio 24 presenta HbA_{1c} 13,2% con péptido C 3,57 y autoinmunidad negativa. Se inicia terapia basal-bolo y se implanta FSL. En septiembre de 2024 tras acabar inmunoterapia, HbA_{1c} de 6,8%. En tratamiento desde septiembre con insulino terapia basal. El día 8 de octubre inicia EV por recaída de cáncer urotelial. Desde día 15/10 presenta glucemia media por FSL de 272 por lo que reinicia tratamiento con pauta basal bolo y se administra segunda dosis de EV. Día 22/10 se suspende 3 dosis por glucemias en las últimas 24 horas de > 400 mg/dl y se decide ingreso hospitalario. A su ingreso, glucemia de 400 mg/dl, cetonemia 1,8 y GSV sin alteraciones. Durante su ingreso, se mantiene durante los primeros 6 días con necesidades máximas de 296 UI diarias (Lantus 70-0-70 + Novorapid 30-30-30 + 36 UI de corrección) presentando glucemias entre 250-350 mg/dl). Durante los 5 días pos-

teriores, comienza con descenso progresivo de insulino terapia. Siendo alta el 31/10 con glucemias 150-180 mg/dl con Lantus 35 + NR 10-10-10. Péptido C previo al alta: 5,02 En las posteriores revisiones durante 1 y 2 meses posteriores, se mantiene con terapia al alta, con glucosa promedio de 135 mg/dl.

Discusión: EV es una nueva terapia que produce de forma poco frecuente hiperglucemia, pero con una importante insulino resistencia. Se desconoce el mecanismo actualmente, siendo necesario más investigaciones. Este caso aporta un poco más de información acerca de la duración de la hiperglucemia tras suspensión de EV, así como muestra un aumento de necesidades de insulina incluso meses después.

P-181. DIABETES MELLITUS ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE PUNTOS DE CONTROL INMUNE. A PROPÓSITO DE UN CASO

X. Chen y P. de la Fuente Chico

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción: En las últimas décadas, los inhibidores de punto de control inmune (ICI) han revolucionado el tratamiento oncológico con mejoría de la supervivencia global. Sin embargo, como consecuencia de la alteración de dichos puntos se pueden desarrollar alteración de la tolerancia inmune en los tejidos sanos produciendo eventos adversos inmunorrelacionados endocrinos, sobre todo tiroideos, siendo la diabetes mellitus secundaria a ICI excepcional. A continuación, presentamos un caso sobre diabetes mellitus asociada a cetrelimab.

Caso clínico: Se trata de un varón de 65 años, prediabético sin otros FRCV. Diagnosticado en enero de 2024 de carcinoma urotelial no músculo invasivo en tratamiento desde junio con gemcitabina 225 mg intravenoso y cetrelimab. En septiembre, se suspendió cetrelimab por desarrollo de insuficiencia suprarrenal secundaria, en contexto de hipofisitis por ICI. El paciente acude a la urgencia por clínica cardinal de una semana de evolución, así como dolor abdominal con náuseas y vómitos. Se realiza gasometría venosa inicial donde se objetiva glucemia indetectable con acidosis metabólica (pH 7,07 y HCO_3 10,6), confirmándose cuadro de cetoacidosis diabética. Tras resolución del episodio agudo, el paciente ingresa para estudio. Se detectó un péptido C indetectable ($< 0,021$ ng/ml) a pesar de hiperglucemia plasmática de 348 mg/dl. Se objetivó HbA_{1c} 7,7%. Se solicitó estudio de autoinmunidad pancreática, que resultó negativo. Se completó estudio con TC abdominal que describe hallazgos compatibles con pancreatitis autoinmune. En todo momento el paciente precisó de tratamiento con múltiples dosis de insulina. Se diagnosticó de una diabetes mellitus inmunomediada en contexto de uso reciente de cetrelimab, brusca (HbA_{1c} no excesivamente elevada) y con destrucción de la función pancreática. Dado la forma del debut, el uso de ICI recientemente, el antecedente de prediabetes y la autoinmunidad pancreática negativa, se descartó de forma razonable otros tipos de diabetes mellitus. La incidencia de diabetes mellitus inducida por ICI suele oscilar entre 0,9-2%. La cetoacidosis es la forma más frecuente de debut (70%), con niveles péptido C disminuidos debido a la destrucción autoinmune de los islotes pancreáticos. Cabe mencionar que la HbA_{1c} no es buen parámetro de *screening* por la brusquedad con la que se desarrolla la enfermedad, por lo que es necesario un seguimiento estrecho de los pacientes que reciben ICI. La insulino penia no suele recuperarse por lo que requieren régimen de tratamiento con múltiples dosis de insulina de forma indefinida. No se ha demostrado evidencia sobre el beneficio del tratamiento con glucocorticoides en estos pacientes.

Discusión: La diabetes mellitus inducida por ICI es una entidad muy poco frecuente, pero puede producir una descompensación metabólica grave, siendo la cetoacidosis la forma de presentación más frecuente con insulino penia secundaria que requiere insulino terapia crónica.