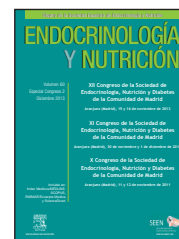




ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

www.elsevier.es/endo



COMUNICACIONES

XI Congreso de la Sociedad de Endocrinología, Nutrición y Diabetes de la Comunidad de Madrid

Aranjuez (Madrid), 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2012

1. COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA EN PACIENTE CON TUMOR CARCINOIDE EN TRATAMIENTO CON ANÁLOGOS DE SOMATOSTATINA

F. Fernández Capel, T. Ruiz Gracia, M. Cuesta Hernández, E. Gómez Hoyos, A. Díaz Pérez y P. de Miguel Novoa

Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Los análogos de somatostatina son un tratamiento habitual de los tumores neuroendocrinos. La diarrea es uno de los efectos secundarios más frecuentes de estos fármacos.

Caso clínico: Varón de 53 años diagnosticado de un tumor carcinoide ileal con metástasis hepáticas que dos semanas tras iniciar tratamiento con análogos de somatostatina de acción larga presenta más diarrea, fiebre y dolor abdominal. Siendo diagnosticado de sepsis de origen abdominal se inicia tratamiento antibiótico empírico sin mejoría clínica y sin aislamiento microbiológico en hemocultivos y coprocultivos seriados. En TC de control se describe engrosamiento de todo el marco cólico por lo que se realiza rectosigmoidoscopia que es diagnóstica de colitis pseudomembranosa con buena respuesta a metronidazol oral. Durante el ingreso presenta además fiebre en picos y cuadro de poliartritis migratoria diagnosticada como artritis reactiva con buena respuesta a AINEs. Tras recibir el alta hospitalaria se retoma el tratamiento con análogos de somatostatina de acción corta sin incidentes, progresando a fórmulas de larga duración con buena tolerancia. Tras revisar la literatura no se encuentra relación entre tumores neuroendocrinos, síndrome carcinoide o tratamiento con análogos de somatostatina y colitis pseudomembranosa. El principal predisponente para el desarrollo de este cuadro es el tratamiento antibiótico, que el paciente no había recibido. Sin embargo coexisten diversos factores de riesgo para el desarrollo del cuadro: alteraciones del tracto digestivo, hipocloridia o inmunodeficiencia que justifican el desarrollo del mismo.

2. UTILIDAD DEL LIRAGLUTIDE, UN NUEVO AGONISTA DE GLP1-R, EN EL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

N. Muñoz, M. Méndez y F.J. del Cañizo

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Introducción: En ensayos clínicos se ha observado que el liraglutide, un nuevo agonista de GLP1-R, que estimula la síntesis de insulina por las células beta pancreáticas e inhibe el glucagón a través de las células alfa, consigue una reducción de la hiperglucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), con una disminución importante del número de hipoglucemias. Por otro lado actúa a nivel central, dando lugar a un aumento de la saciedad que va a conducir a pérdida de peso. Tiene como desventaja la aparición de efectos adversos como los vómitos que a veces obligan a abandonar el tratamiento. A diferencia del exenatide se administra solamente una vez al día. Sin embargo a nivel de práctica clínica habitual, ¿se comporta de la misma manera?

Objetivos: Valorar a corto plazo la eficacia y seguridad del liraglutide en pacientes con DM2 en condiciones de práctica clínica habitual.

Métodos: A 7 pacientes con DM tipo 2 de $54,85 \pm 11,12$ años de edad y $7,14 \pm 4,59$ años de evolución (4 mujeres y 3 varones), obesos ($IMC > 30 \text{ Kg/m}^2$), que presentaban una $HbA1C > 7\%$, se les añadió a su tratamiento habitual con uno o más ADOs ($n = 4$), insulina basal + ADOs ($n = 1$) o insulina bolo-basal ($n = 2$) liraglutide a una dosis de $1,2 \text{ mg/dL}$. A todos se les midió el peso, y se les determinó la $HbA1C$, Glucemia basal (GB), tensión arterial sistólica, LDL-C, HDL-C, triglicéridos y filtrado glomerular (FG; MDRD-4), antes y a los 6 meses de iniciar el tratamiento con liraglutide. Se utilizaron pruebas no paramétricas: U de Mann-Whitney y test de Fisher para comparación de medias y proporciones respectivamente. Una $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativa (SPSS, v. 20.0).

Resultados: A los 6 meses se observó una disminución de peso: $103,9 \pm 19,53$ Kg vs $100,07 \pm 18,08$ Kg ($p = 0,007$), de HbA1C: $8,11 \pm 1,18\%$ vs $7,47 \pm 0,79\%$ ($p = 0,305$) y GB: $185,28 \pm 60,82$ vs $160,0 \pm 30,52$ ($p = 0,333$); el 85,7% de los pacientes habían perdido peso y el 71,4% habían perdido peso y reducción de HbA1C. No hubo diferencias significativas en el resto de parámetros estudiados, incluido el FG. Solamente 1 paciente presentó vómitos que no obligó a abandonar el tratamiento. Los pacientes con < 10 años de evolución tenían un mayor peso ($p = 0,037$) y menor HbA1C y GB que los de ≥ 10 años de evolución. Además se observó una mayor pérdida de peso: $4,25$ Kg vs $3,36$ Kg ($p = 0,021$) y reducción de HbA1C: $0,7\%$ vs $0,56\%$ ($p = 0,209$) en los pacientes con < 10 años de evolución.

Conclusiones: A pesar del escaso número de pacientes y del poco tiempo de estudio, la adición de liraglutide al tratamiento habitual de pacientes con DM2 mal controlados y obesos, se tradujo en pérdida de peso y reducción de HbA1C en casi 3/4 partes de los mismos, con pocos efectos adversos. La pérdida de peso y la reducción de HbA1C fue mayor en pacientes con < 10 años de evolución lo que abogaría por una utilización de liraglutide en fases más tempranas de la enfermedad.

3. A PROPÓSITO DE UN CASO RARO DE TUMOR SUPRARRENAL

A. Azcárate y M. Carrasco de la Fuente

Hospital de La Moraleja. Madrid.

Introducción: El angiosarcoma suprarrenal es un tumor muy poco frecuente, con menos de 30 casos publicados en la literatura. Todos los descritos hasta la fecha, a excepción de uno, fueron tumores no funcionantes. La clínica suele ser la presencia de masa abdominal con o sin dolor, pérdida de peso, fiebre y debilidad pero alguno se presentó de forma totalmente asintomática.

Caso clínico: Mujer de 38 años con antecedentes más destacables de meningitis meningocócica a los 12 años y pustulosis palmo plantar en 2007 que ha recibido tratamiento con corticoides tópicos, sulfato de cobre tópico, adalimumab (Humira) y metotrexate. Estudiada también por lesiones en columna lumbar compatibles con metástasis óseas, que tras múltiples estudios y dada la cronicidad de la sintomatología se acaba descartando tanto clínica como radiológicamente la existencia de metástasis o lesión tumoral y se concluye como espondiloartropatía y pustulosis plantar. En abril 2010 se detecta de forma casual lesión nodular adrenal derecha que es informada en las pruebas de imagen como sospechosa de feocromocitoma versus hemangioma o linfangioma. En enero 2011 mide $31 \times 31 \times 20$ mm. MIBG I²³: Discreta captación a las 24 horas dudosa para feocromocitoma. Los niveles de catecolaminas en sangre y orina así como metanefrinas plasmáticas resultaron negativas. En enero 2012 se produce aumento de tamaño de la lesión respecto a previas RMN por lo que se decide cirugía de dicha lesión, preparando a la paciente con calcio-antagonistas a dosis bajas los diez días previos. El 30 mayo 2012 es intervenida quirúrgicamente por laparoscopia con exéresis nodular. **Anatomía patológica:** macroscópica: lesión nodular heterogénea de coloración parda rosada con áreas hemorrágicas y otras blanquecinas, que mide 3,7 cm. Microscópica: glándula suprarrenal que muestra infiltración por neoplasia de apariencia vascular. Numerosas mitosis $> 5/10$ cga, focos de hemorragia extensa y necrosis. Inmunohistoquímica: positividad en las células neoplásicas para CD31, CD 34, factor VIII, y nuclear Fli-1. Ki-67 de positivo 10-15%. Diagnóstico: angiosarcoma de la glándula suprarrenal de 3,7 cm, T1bN0M0 alto grado, E-IIA (extrapolando el estadiaje de los sarcomas de partes blandas). Se decide tras revisar la escasa bibliografía al respecto por lo poco frecuente del caso, no realizar

ningún tipo de tratamiento adyuvante y sólo seguimiento estricto por el momento.

Discusión: El angiosarcoma suprarrenal es un tumor muy poco frecuente y maligno, aunque se han descrito supervivencias prolongadas en algunos de los pocos casos publicados. El tratamiento de elección debe ser quirúrgico, ocasionalmente con quimioterapia adyuvante.

4. APORTE EXCESIVO DEL YODO EN LA ENFERMEDAD DE GRAVES BASEDOW

S. Civantos¹, E. Cancer², G. Cánovas², N. González², A. Rodríguez² y M.R. Villar²

¹Hospital Universitario de Getafe. Madrid; ²Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

Introducción: La enfermedad de Graves Basedow es la causa más frecuente de hipertiroidismo. Puede tener como desencadenante un episodio de estrés emocional, una infección o un incremento en el aporte de yodo.

Caso clínico: Mujer de 42 años con pérdida ponderal, palpitaciones, nerviosismo e insomnio. Analítica: TSH $< 0,01$ (LN: 0,4-4,0 ng/dl) T4L: 3,28 (LN: 0,89-1,76 ng/dl) Anticuerpos anti TPO > 1.000 (LN: < 35 UI/ml) TSI: > 30 (LN $< 1,7$ UI/ml). En anamnesis dirigida toma sal yodada y usa tinte para el cabello de forma regular pero no contiene yodo. No ingesta de fármacos ni antecedentes recientes de contrastes yodados. No refiere uso de cremas ni otras sustancias tóxicas con alto contenido en yodo. Se le indica que deje la sal yodada. EF: peso 72,8 kg (previo 86 kg) IMC: 27 kg/m² AP: 145/80 mmHg y FC: 100 lpm. Mirada brillante con mínima retracción palpebral. No exoftalmos. Tiroides grado II elástico no doloroso sin nódulos. Resto normal. Gammaografía tiroidea: hipercaptación intensa y uniforme. Ecografía tiroidea: enfermedad tiroidea difusa. A pesar de metimazol 90 mg/día y propranolol: TSH: 0,1 T4L: 8,33. Diagnosticada de enfermedad de Graves Basedow, dada la falta de respuesta a tratamiento y la intensa clínica se decide tratamiento definitivo quirúrgico. En el ingreso para preparación pretiroidectomía total se supervisa el cumplimiento terapéutico. En la exploración se evidencian lesiones cutáneas sugerentes de arañazos. Se le indica que traiga medicamentos y antisépticos de uso domiciliario. La paciente usa povidona yodada casi diariamente por arañazos de gato. Se solicita yoduria en orina. Posteriormente se añade lugol 8 gotas/6h y prednisona 60 mg/24h con control de hormonal previo a tiroidectomía. Tras esta, llegaron los resultados de la yoduria: > 800 µg/ml (LN 100-200).

Discusión: Es fundamental la anamnesis exhaustiva en casos de falta de respuesta al tratamiento ya que determinados aspectos pueden marcar el curso de la enfermedad.

5. VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREVIO A LA GESTACIÓN EN DIABÉTICAS GESTACIONALES

A. Segura Galindo, A. Fernández Alonso, I. Moreno Ruiz, V. Sebastián Ibáñez y F. del Cañizo Gómez

Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Objetivos: Relacionar el IMC previo a la gestación (IMCP) en diabéticas gestacionales con variables: edad, país de origen, antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), abortos, antecedentes de diabetes gestacional (DG), macrosomía fetal, tratamiento seguido en la gestación e IMC tras la gestación.

Métodos: Estudio transversal descriptivo con inclusión consecutiva de gestantes con diagnóstico confirmado de DG. Análisis de

asociación basado en: la prueba exacta de Fisher y la t-Student. Y para muestras relacionadas: t-Student. La medida de efecto se presentó en media e IC95%. Nivel de significación alcanzado: 0,05. PASW 19.0 (IBM SPSS Inc., EEUU).

Resultados: Se estudiaron 257 pacientes diagnosticadas de DG, edad media 34,3 (33,6-34,9) años. El 66,7% españolas, 17,4% de Sudamérica, 5,5% de Países del Este, 3,1% del Norte de África, 2,0% de Senegal/Nigeria/Jordania, 3,5% chinas, 0,8% indias y 0,4% de Portugal y Cuba. El 49,8% fueron primíparas. El 55,29% tenían antecedentes familiares de DM2 y mostraron 2,51 (1,1-3,9) Kg/m² de media más de IMCP que las gestantes sin antecedentes ($p < 0,001$). El IMCP fue 27,1 (26,4-27,8) kg/m², el 30,0% presentaron sobrepeso y 28,0% obesidad. No existieron diferencias para el IMCP entre españolas y el resto de países ($p = 0,821$). Las gestantes españolas con sobrepeso fueron 33,1% y con obesidad 25,4% frente al 22,6% y 33,3% de las otras nacionalidades. Con la edad, se vio una correlación significativa entre ambas variables ($p = 0,012$), a mayor edad mayor IMCP. En las primíparas, se observó una diferencia estadísticamente significativa para el IMCP con las multiparas, con una diferencia media de 2,4 (1,0-3,8) Kg/m² a favor de las segundas. No existieron diferencias significativas entre las que sufrieron abortos y las que no para el IMCP tampoco para las que tuvieron hijos macrosómicos, ni las que siguieron tratamiento con dieta, ni insulina mas dieta ($p = 0,635$; $p = 0,418$; $p = 0,102$, respectivamente). El 19,6% tuvieron abortos, el 5,8% fueron niños macrosómicos y el 83,6% siguieron sólo dieta y el 16,4%, dieta e insulina. El IMC posparto a los 4-6 meses del alumbramiento fue 27,2 (26,1-28,3) kg/m² no mostrando diferencias significativas con el IMCP ($p = 0,961$). Tras el parto, 30,7% presentaron sobrepeso y 29,7% obesidad ($p = 0,297$).

Conclusiones: 1. Llama la atención la elevada edad media de las gestantes y el porcentaje de sobrepeso y obesidad previo a la gestación. 2. El IMCP en todas las gestantes se correlacionó positivamente con la edad y con la multiparidad. 3 Destaca el alto porcentaje de antecedentes familiares de DM tipo 2 presentando este grupo mayor IMCP estadísticamente significativo. 4. Todos estos datos podrían condicionar en un futuro el desarrollo de una DM tipo 2, lo que obligaría a un seguimiento cuyo objetivo primordial sería la pérdida de peso. 5. Y una concienciación de la población sobre una alimentación saludable a cualquier edad.

6. UTILIDAD DEL TRATAMIENTO CON INFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA SUBCUTÁNEA EN DIABETES MELLITUS TIPO 2: CASO CLÍNICO

B. Luca, C. Rodríguez, M. Moreira y F. Hawkins

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La terapia con infusión continua de insulina subcutánea (ICSI) ha demostrado importantes beneficios en el control glucémico y mejora de la calidad de vida de los pacientes diabéticos. En la actualidad es una alternativa de tratamiento cada vez más utilizada en diabéticos tipo 1, considerándose junto con la terapia bolo-basal el gold-standard en el tratamiento con insulina. Todavía no es una opción aceptada (financiada) en España para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, pero hay casos en los que se ha utilizado con éxito. Se describe un caso clínico de un paciente DM2 tratado con ICSI.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 61 años, obeso, fumador, dislipémico, diagnosticado de DM2 en el año 1987 y de infarto agudo de miocardio en 1994, seguido en nuestra consulta a partir del año 1995. Tratado con ADOs durante 10 años, se añade posteriormente insulina por muy mal control metabólico (HbA1c hasta 10,6% [3,6-5,4%]). A pesar de aumentar

progresivamente la dosis de insulina, hasta llegar a 70 unidades/día y realizar educación diabetológica adecuada, continúa el mal control crónico (HbA1c de hasta 9% [3,6-5,4%]), por descompensaciones hiperglucémicas frecuentes. El paciente presenta otras complicaciones metabólicas crónicas: retinopatía diabética fotocoagulada, disfunción eréctil y polineuropatía sensitiva leve. Tras episodio de angor de esfuerzo en 2002 que ha precisado revascularización, el paciente decidió comenzar terapia con ICSI, bajo supervisión endocrinológica pero con bomba y fungibles adquiridos por sí mismo. Se ha conseguido buen control metabólico ulterior, utilizando unas 25 unidades insulina /día, manteniendo HbA1c en torno a 6% [3,6-5,4] durante varios años. En el año 2006 vuelve a la terapia bolo-basal por dificultades económicas, pero al cabo de unos meses decide retomar la terapia con ICSI por empeoramiento claro de su control metabólico (HbA1c 7,6 [3,6-5,4%]). A los 6 meses de terapia con ICSI, volvía a su HbA1c habitual. Actualmente, mantiene HbA1c en torno a 7% [4-6%], sin presentar hipo o hiperglucemias importantes. El paciente asegura que el cambio a la terapia con ICSI ha supuesto una mejoría significativa en su calidad de vida.

Discusión: En nuestro paciente, la terapia con ICSI ha mejorado considerablemente el control metabólico y su calidad de vida. Creemos oportuno considerar esta opción terapéutica en los diabéticos tipo 2 con características especiales, en los que no se consigue un adecuado control con las terapias convencionales.

7. DÉJÀ VU Y MACROPROLACTINOMAS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

M. Merino, I. Pavón, M.G. Guijarro, C. Navea, C. Torán y S. Monereo

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción: Los prolactinomas son los adenomas hipofisarios más frecuentes; el 90% son microprolactinomas e intrasellares y predominan en mujeres. En varones son más frecuentes los macroprolactinomas, manifestándose como impotencia, disminución de la libido o síntomas neurológicos. Presentamos a continuación los casos de dos varones con clínica neurológica atípica como forma de presentación de un macroprolactinoma.

Casos clínicos: Caso 1: varón 27 años sin AP de interés que consulta inicialmente por clínica de cefalea pulsátil, alteración de la agudeza visual y episodios de *déjà vu* ("ya visto o vivido"). En la RMN hipófisis se evidenciaba una lesión ocupante de espacio hipofisario con extensión supraselar, compresión quiasma óptico, invasión seno cavernoso derecho y efecto masa sobre lóbulos frontales y temporal derecho. En la campimetría presentaba una hemianopsia temporal izquierda con afectación del cuadrante nasal inferior. Estudio hormonal: PRL 230,8 ng/ml (LN 4-15,2), ACTH basal 30,3 pg/ml (LN < 46) (-15': 38,2 pg/ml), cortisol 13,8 µg/dl (LN 6,2-19,4), T4L 1,3 ng/dl (0,9-1,7), TSH 1,4 µU/ml (0,27-4,5), FSH 4,1 mU/ml (1,5-12,4), LH 2,2 mU/ml (1,7-8,6), testosterona total 2,5 ng/ml (2,18-9,05). Caso 2: varón 19 años sin AP de interés que consulta por episodios de mareo con sensación de "déjà vu" de varios días de evolución. En la RMN hipófisis se objetivaba una lesión selar-supraselar derecha (48 × 45 × 35 mm) con invasión del seno cavernoso derecho, además de compresión y desplazamiento del infundíbulo, quiasma óptico y la región medial del lóbulo temporal derecho. La campimetría no presentaba alteraciones. Estudio hormonal: T4L 1,15 (0,9-1,7), TSH 4,77 (0,27-4,5), T3L 3,38 (2-4,4), PRL 14.016 (4-15,2), FSH 2,8 (1,5-12,4), LH 2,8 (1,78-6), testosterona total 2,7 (2,18-9,05), cortisol 23 (6,2-19,4). En ambos casos se inició tratamiento con agonistas dopaminérgicos (cabergolina) con una clara mejoría en 1,5-2 años en los niveles de PRL, imagen radiológica y campimetría (en el caso 1); en el caso 2

se inició tratamiento con levetiracetam, habiéndose disminuido la dosis progresivamente. Las crisis temporales en forma de déjà vu desaparecieron en los 2 casos.

Discusión: Los macroadenomas invasivos pueden asociarse con epilepsia, sobre todo cuando afectan al lóbulo temporal. Es importante realizar una correcta historia clínica e investigar sobre la presencia de este tipo de síntomas ya que pueden ser infradiagnosticados/infratratados.

8. CORRELACIÓN ENTRE HEMOGLOBINA GLICADA CAPILAR Y PLASMÁTICA: ESTUDIO EN PACIENTES DIABÉTICOS HOSPITALIZADOS

M.L. de Mingo, L. Arroyave, D. Arango, M. Librizzi, G. Martínez y F. Hawkins

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: La hemoglobina glicada (HbA1c) es un parámetro válido para valorar el control metabólico en la diabetes mellitus (DM). La ADA ha aceptado recientemente como uno de los criterios diagnósticos de diabetes. Disponer de una determinación capilar válida y rápida supone un avance en el manejo de este tipo de pacientes.

Objetivos: Establecer la correlación entre la determinación de HbA1c plasmática y la capilar así como la relación de ambas con el nivel de glucemia basal plasmática en una muestra de pacientes diabéticos hospitalizados.

Métodos: Se han seleccionado 46 pacientes (21 hombres y 25 mujeres) con diabetes mellitus ingresados entre septiembre de 2010 y abril de 2011. La determinación de HbA1c plasmática se realizó mediante cromatografía líquida de alta eficiencia (HPLC). La muestra de HbA1c capilar se analizó mediante inmunoensayo con el espectrofotómetro DCA Vantage Analyzer de Siemens (rango de detección de HbA1c entre 2,5-14%). La correlación entre HbA1c capilar y plasmática se determinó mediante el coeficiente de correlación intraclase con un intervalo de confianza del 95%. La correlación de ambas HbA1c (plasmática y capilar) con la glucemia basal plasmática se realizó con el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 64 ± 17 años. El 82,6% tenían DM tipo 2, un 15,2% DM tipo 1 y un 2,2% diabetes tipo NODAT. El tiempo de evolución de la DM fue de $10,95 \pm 11$ años (rango entre 0-50 años), en 7 casos se trataba de debut de DM. Tenían retinopatía un 26,1%, nefropatía 30,4%, neuropatía 15,2%, cardiopatía isquémica 19,6%, enfermedad cerebrovascular 19,6%, arteriopatía periférica 10,9% y pie diabético 2,2%. Las medias de HbA1c plasmática y capilar y de glucemia basal plasmática fueron de $8,28\% \pm 2,25$, $8,21\% \pm 1,98$ y $176,61 \pm 69,4$ mg/dl respectivamente. Se encontró una relación positiva estadísticamente significativa entre la glucemia plasmática basal con la HbA1c capilar ($r = 0,6$, $p = 0,0012$), y con la HbA1c plasmática ($r = 0,55$, $p = 0,0033$). El coeficiente de correlación intraclase (CCI) para las determinaciones de HbA1c capilar y plasmática fue de 0,98 (0,96-0,98). Se calculó el CCI en tres subgrupos de pacientes: con HbA1c menor a 6%, con HbA1c entre 6-10% y con HbA1c superior al 10%. El CCI para dichos grupos fue de 0,61, 0,98 y 0,85 respectivamente. En el análisis de Altman-Bland los valores de HbA1c plasmáticos son superiores a los capilares, como media en 0,06 puntos.

Conclusiones: La determinación de HbA1c capilar es útil y válida y puede sustituir a la HbA1c plasmática (CCI = 0,98) siendo mejor la correlación entre ambos métodos para valores de HbA1c superiores a 6%. Existe correlación positiva fuerte estadísticamente significativa entre la glucemia basal plasmática y las HbA1c capilar y plasmática.

9. UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN EL PRONÓSTICO VISUAL DE PACIENTES CON MACROADENOMA HIPOFISARIO

M.P. Gómez Montes, C. Gutiérrez Ortiz, R. Cañones, C. Tasende, C. Sánchez y C. Blanco

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Introducción: La recuperación de la función visual (FV) tras la cirugía de los tumores paraquiasmáticos era impredecible hasta la aparición de la tomografía de coherencia óptica (OCT) que mide el espesor de la capa de fibras nerviosas retinianas (CFNR) de la cabeza del nervio óptico. El espesor prequirúrgico de la CFNR se ha establecido como factor pronóstico para la recuperación visual tras la cirugía. El campo visual (CV) y la agudeza visual (AV) preoperatoria no siempre se correlacionan con los resultados postoperatorios de la FV. Presentamos una serie de casos en los que se analiza dicho espesor y se relaciona con la agudeza visual (AV) y el defecto medio (DM) del campo visual (CV) postquirúrgico.

Objetivos: Evaluar la utilidad del estudio de CFNR en pacientes con macroadenomas hipofisarios frente a la valoración tradicional con CV y AV.

Métodos: 10 ojos de 5 pacientes consecutivos con macroadenomas hipofisarios resecados fueron analizados prospectivamente antes y después de la cirugía mediante exploración neuro-oftalmológica, que incluyó AV, CV y OCT.

Resultados: la AV media preoperatoria fue de 0,41 (DE = 0,40) y mejoró a 0,89 (DE = 0,17) en el postoperatorio, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p = 0,8$). No hubo correlación estadísticamente significativa entre la AV inicial y la final, ni entre la AV inicial y el DM final. El 80% de los pacientes presentaron un campo visual grave ($DM < -12$ dB) en el preoperatorio, y postoperatoriamente sólo el 30% persistieron en dicha gravedad. Se encontró una correlación entre la gravedad del CV inicial frente al CV final ($p = 0,008$), pero no entre el DM inicial y la AV final. Ningún paciente empeoró en cuanto a AV o DM tras la cirugía. El DM del CV preoperatorio fue de $-18,91$ dB (DE = 12,12) y pasó a $-9,85$ dB (DE = 5,80) en el postoperatorio ($p = 0,008$). El espesor de la CFNR fue de 85,75 micras preoperatorias (DE = 28,21) y de 80,32 (DE = 19,95) tras la cirugía. Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el espesor prequirúrgico de la CFNR y la AV y el DM postquirúrgico ($p = 0,008$ y $p = 0,001$ respectivamente).

Conclusiones: La AV y el CV del preoperatorio no se correlacionan con la FV final. Los pacientes con mayor espesor prequirúrgico de CFNR presentan una mayor recuperación del DM del CV y de la AV tras la cirugía, por lo que esta medida es más útil que AV y CV para establecer un pronóstico visual en los pacientes con tumores hipofisarios.

10. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA TIROIDEO ANAPLÁSICO DIAGNOSTICADOS A LO LARGO DE 19 AÑOS

D.S. Trifu¹, C. Blanco¹, M.P. Gómez Montes¹, J.C. Percovich¹, C. Fernández¹ y J.M. Sanz²

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición; ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Introducción: El carcinoma anaplásico de tiroides (CAT) es una neoplasia infrecuente pero muy agresiva, con una mortalidad próxima al 100%. Constituye el 2-5% de todos los cánceres tiroideos. El objetivo de este estudio es describir la experiencia de nuestro hospital en el tratamiento y seguimiento de este tipo de tumores.

Métodos: Se revisaron de forma retrospectiva los casos de cáncer de tiroides diagnosticados entre 1992 y 2011 ambos inclusive, y se seleccionaron aquellos diagnosticados de CAT.

Resultados: La incidencia anual de cáncer de tiroides en nuestra área es de 4,74/100.000 habitantes. Entre 1992 y 2011 se diagnosticaron 10 casos de CAT. La edad media al diagnóstico fue de 76 años con una relación mujer:varón: 8:2. Ninguno presentaba enfermedad tiroidea previa conocida ni tenía antecedentes de radioterapia cervical. La función tiroidea fue normal en todos los casos. En el momento del diagnóstico todos tenían bocio, nódulos tiroideos o adenopatías con sintomatología compresiva secundaria (disfonía con parálisis recurrencial y/o disfagia) en nueve de ellos. El diagnóstico se efectuó por PAAF de los nódulos tiroideos en ocho casos y de adenopatías laterocervicales en dos de ellos. Seis de ellos tenían invasión de estructuras adyacentes y cinco tenían metástasis al diagnóstico: cuatro pulmonares, uno de ellos asociado a metástasis cerebral y otro metástasis óseas. Se realizó cirugía en seis de ellos, sin lograr exéresis completa en ninguno de los casos. A un paciente se administró quimioterapia adyuvante con adriamicina y cisplatino, logrando una supervivencia de nueve meses, siendo la del resto de pacientes menor a tres meses desde el diagnóstico. Se planificó el tratamiento con radioterapia en dos de los pacientes, sin llegar a administrarse por la rápida progresión de la enfermedad. Las principales causas de muerte fueron compromiso respiratorio o progresión de la enfermedad metastásica.

Conclusiones: El CAT en nuestros casos tuvo un curso rápidamente fatal similar a lo descrito en la literatura, por progresión local o metastásica de la enfermedad. El diagnóstico precoz mediante PAAF ante un bocio de rápido crecimiento podría facilitar una intervención más eficaz. Los cuidados paliativos deben incorporarse en todos los casos con enfermedad diseminada o localmente invasiva.

11. ¿ESTÁ EN CONSONANCIA EL ABORDAJE TERAPÉUTICO CON I131 DEL CÁNCER DE TIROIDES EN LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ CON LA GUÍA AMERICANA Y EL CONSENSO EUROPEO?

L. Prieto, S. Rodríguez, C. Aragón, J.I. Lara y A. Rovira

Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Introducción: El objetivo del estudio es comparar las indicaciones de tratamiento ablativo postquirúrgico con I131 en carcinoma diferenciado de tiroides en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz con las publicadas en la Guía Americana y el Consenso Europeo.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en Endocrinología para tratamiento ablativo postquirúrgico, desde noviembre de 2010 a noviembre de 2011. A partir de las 63 Historias Clínicas revisadas, se recogieron los datos pronósticos necesarios para establecer la comparativa en ambos organismos.

Resultados: Durante el citado periodo, ingresaron un total de 53 pacientes, para administración de primera dosis de I131, con fin ablativo postquirúrgico. El 5,77% de los mismos no tenía indicación según el Consenso Europeo. En ese mismo grupo, el 66,67% tenía, sin embargo, indicación según la Guía Americana. El 9,8% del total no tenía indicación de tratamiento según la Guía Americana, en tanto que el 80%, debía seguir tratamiento según el Consenso Europeo.

Conclusiones: El abordaje del tratamiento ablativo en cáncer diferenciado de tiroides en nuestro hospital es similar al de la Guía y al Consenso, aunque se observan algunas pequeñas variaciones.

12. HTA RESISTENTE E HIPOPOTASEMIA GRAVE POR HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: UTILIDAD DE DIETA MUY BAJA EN SAL. COLOIDE INTRAVENOSO PARA CATETERISMO DE VENAS ADRENALES SIN PRECISAR SUSPENSIÓN DE EPLERENONA

M. Cuesta Hernández, E. Gómez Hoyos, J.A. Díaz Pérez, P. Miguel Novoa, A. González Maté, A. Hernández Lezana, F. Hervás Olivares, A.L. Calle Pascual e I. Runkle de la Vega

Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Caso clínico: Varón de 48 años ingresa en Cardiología por dolor centrotorácico. HTA de 5 años de evolución tratado con espironolactona (Esp) 100 mg/24 h y eprosartán 600 mg/24h. A su llegada TA: 190/110, Kp: 2,4 mmol/L, ECG: HVI, angioTAC coronario normal. Tratado con dosis diarias de doxazosina 8 mg, amlodipino 10 mg, labetalol 200 mg, Esp 10 mg, eprosartán 600 mg, dieta hiposódica, Boik aspartico 150 mEq. Persiste Kp: 2,5 mmol/L e HTA mal controlada. Se avisa a Endocrinología. HCO₃: 25,3 mEq/L. Natriuresis y kaliureis: 203 y 192 mmol/L en 24 horas respectivamente. Aldosterona (ALD)/renina (RE): 3.846 pg/ml/3 pg/ml. Siendo una renina baja y relación ALD/RE elevada con tratamiento con bloqueante del receptor mineralocorticoideo (BMR), en un HT con hipokalemia, diagnóstico de hiperaldosteronismo primario (HAP), se inicia tratamiento con eplerenona 200 mg/24h suspendiendo Esp, dieta de 10 mEq de sodio (reduciendo la llegada de Na al colector), y CLK oral (para reducir la alcalosis metabólica empeorada por Boi-K), con normalización de la kalemia y de la TA. Tanto la eplerenona como la dieta de 10 mEq de sodio fueron imprescindibles para mantener normokalemia. Para averiguar la posibilidad de realizar cateterización de venas adrenales sin suspender BMR (que eleva la secreción contralateral de aldosterona al desinhibir la RE) se comprueba que la infusión de una solución coloide de hidroxialmidón y cloruro sódico (volumen: 500 cc, NaCl: 5,4 g) durante dos horas inhibe la RE, efecto máximo a la hora, evitando el uso de isotónicos iv, con buen control de la TA. TAC abdomen: nódulo de 18 mm en la glándula adrenal (AD) izquierda. Cateterización de venas adrenales a la hora de la infusión de 350 cc de coloide, con buen control de la TA y con eplerenona. Resultados: cortisol AD derecha/vena cava (VC) = 6,5. Cortisol AD Izda/VC = 2,7. ALD/Cortisol derecha 1.333 pg/ml/962 ng/ml (1,38), y ALD/cortisol izquierda: 2412/146 (16,52). Relación izquierda/derecha = 12,7. Se realiza suprarrenalectomía laparoscópica izquierda, con Kp prequirúrgico de 3,4 mmol/L. Poliuria franca en el postoperatorio inmediato, con subida de la kalemia al 3^{er} día postoperatorio, alcanzando Kp: 5,5 mmol/L, por hipoadosteronismo transitorio postquirúrgico. Anatomía patológica: hiperplasia micro/maconodular cortical.

Discusión: 1. Suplementos de K que generen bicarbonato pueden agravar la alcalosis metabólica en el HAP. 2. Una dieta extremadamente baja en Na ayuda al control de la hipopotasemia severa. 3. El uso de BMR no contraindica la cateterización de venas adrenales si se baja la renina inmediatamente antes del estudio con coloide intravenoso.

13. CONTROL GLUCÉMICO MATERNO E HIPOGLUCEMIA EN EL EMBARAZO: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO QUE COMPARA INSULINA DETEMIR CON INSULINA NPH EN 310 PACIENTES CON DIABETES TIPO 1

S. Durán García¹, E.R. Mathiesen², P. Damm³, M. Hod³, D.R. Mccance⁴, M. Ivanisevic⁵ y L. Jovanovic⁶

¹Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ²Rigshospitalet. Dinamarca. ³Helen Schneider Hospital for Women. Israel. ⁴Royal Victoria Hospital. Canadá. ⁵University Hospital of Zagreb. Croacia. ⁶Sansum Diabetes Research Institute. EEUU.

Introducción: El objetivo de este ensayo clínico controlado, aleatorizado, de grupos paralelos y no enmascarado fue comparar la eficacia y seguridad de insulina detemir (IDet) con NPH (en ambos casos con insulina aspart prandial) en mujeres embarazadas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1).

Métodos: Mujeres con DM1 ($HbA_{1c} \leq 8\%$ en el momento de confirmar el embarazo) fueron aleatorizadas para recibir IDet ($n = 152$) o NPH ($n = 158$) hasta 12 meses antes del embarazo o durante el embarazo entre 8-12 semanas de gestación. El objetivo primario fue demostrar que IDet era no inferior a la NPH respecto a la HbA_{1c} a las 36 semanas de gestación (SG). Se consideró demostrada la no inferioridad si el límite superior del intervalo de confianza al 95% (IC95%) para la diferencia entre tratamientos estaba por debajo del delta especificado previamente de 0,4% tanto para el análisis del conjunto completo de datos (CCD) como para el análisis por protocolo (PP).

Resultados: En el momento de la aleatorización 79 y 83 pacientes de los grupos IDet y NPH, respectivamente, estaban embarazadas y 73 y 75 mujeres, respectivamente, quedaron embarazadas después de la aleatorización. La media \pm DE de los datos demográficos y clínicos fue: edad $30,1 \pm 4,4$ años; IMC $24,8 \pm 4,1$; HbA_{1c} $7,01 \pm 0,79\%$; glucosa plasmática en ayunas (GPA) $5,94 \pm 3,25$ mmol/L; y duración de la diabetes $12,3 \pm 8,0$ años. En el análisis del CCD, la HbA_{1c} en la SG36 fue 6,27% para IDet y 6,33% para NPH. La IDet no fue inferior y ni tampoco superior respecto a la NPH (CCD: -0,06, IC95% -0,21 a 0,08; PP -0,15, IC95% -0,34 a 0,04). La proporción de pacientes que alcanzaron una $HbA_{1c} \leq 6,0\%$ en la SG24 y en la SG36 fue más alta con IDet (36%) vs NPH (29%), $p = NS$. La GPA fue significativamente más baja con IDet vs NPH en la SG24 ($5,38$ vs $6,32$ mmol/L, diferencia -0,94 [IC95% -1,67 a -0,21], $p = 0,012$) y en la SG36 ($4,76$ vs $5,41$ mmol/L, diferencia -0,65 [IC95% -1,19 a -0,12], $p = 0,017$). La tasa de hipoglucemias severas (acontecimiento/año) fue de 1,1 para IDet vs 1,2 para NPH. No se detectan diferencias entre los dos grupos en lo relativo a deterioro de la retinopatía. La media del total de insulina (basal + bolos) aumentó de igual forma en ambos grupos a lo largo de la gestación. No hubo diferencias en la ganancia de peso durante el embarazo entre los dos tratamientos ($11,5$ y $11,0$ Kg, respectivamente).

Conclusiones: La IDet es segura y efectiva en un plano de igualdad con la NPH. A la luz de la experiencia acumulada, las pacientes tratadas con insulina detemir no deben ser transferidas a NPH a la hora de planificar una gestación o durante la misma.

Fuente de financiación: Novo Nordisk.

14. RESULTADOS PERINATALES EN EL EMBARAZO: UN ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO PARA COMPARAR INSULINA DETEMIR CON INSULINA NPH EN 310 PACIENTES CON DIABETES TIPO 1

S. Durán García¹, M. Hod², D.R. Mccance³, M. Ivanisevic⁴, L. Jovanovic⁵, E.R. Mathiesen⁶ y P. Damm⁶

¹Hospital Universitario de Valme. Sevilla. ²Helen Schneider Hospital for Women. Israel. ³Royal Victoria Hospital. Canadá. ⁴University Hospital of Zagreb. Croacia. ⁵Sansum Diabetes Research Institute. EEUU. ⁶Rigshospitalet. Dinamarca.

Introducción: Ensayo clínico controlado, aleatorizado, de grupos paralelos y no enmascarado para comparar la eficacia y seguridad de insulina detemir (IDet) con NPH (en ambos casos con insulina aspart prandial) en mujeres embarazadas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1), con especial referencia a los resultados perinatales.

Métodos: Mujeres con DM1 (con edad ≥ 18 años y $HbA_{1c} \leq 8\%$ en el momento de confirmar el embarazo) fueron aleatorizadas para recibir IDet ($n = 152$) o NPH ($n = 158$), bien antes del embarazo

(hasta 12 meses) o durante el embarazo (entre 8-12 semanas de gestación). Los resultados del embarazo incluyeron un criterio combinado de valoración que consistía en: nacidos vivos con peso al nacimiento $< 10^o$ o $> 90^o$ percentil para la edad gestacional (EG) y el sexo; parto prematuro (> 22 - < 37 semanas de gestación [SG]); muerte fetal precoz (< 22 SG); mortalidad perinatal; mortalidad neonatal; presencia de malformaciones congénitas importantes. Otras variables del estudio fueron: niños nacidos vivos; hipoglucemia neonatal (glucosa plasmática [GP] $< 1,7$ mmol/L en las primeras 24h tras el alumbramiento); y acontecimientos adversos (AA) en el recién nacido.

Resultados: Hubo 152 embarazos en el grupo de IDet y 160 en el de NPH. Veinticinco mujeres se retiraron del ensayo (10 en el grupo de IDet y 15 en el grupo NPH). El número de RN vivos fue 264 (128 y 136, IDet y NPH), habiéndose registrado 29 abortos (20 IDet y 9 NPH, NS). Ochenta y nueve (62,7%) en IDet frente a 96 (66,2%) en NPH experimentaron al menos 1 resultado del criterio de valoración combinado (odds ratio [OR] IDet/NPH: 0,86, IC95% 0,53 a 1,40; $p = 0,551$). Malformaciones congénitas mayores (8 RN con IDet- 6,2%- y 9 RN con NPH- 6,6%). Hubo dos muertes perinatales en el grupo IDet y una en el NPH. No se han observado muertes neonatales (7-28 día postparto) o durante el periodo de seguimiento. Hipoglucemia neonatal fue detectada en 39 RN (15 con IDet y 24 con NPH). No hubo diferencia en la incidencia de acontecimiento adversos en los neonatos entre los dos grupos (37% IDet/35% NPH) ni en el número de AA/niño (IDet 2,2/NPH 2,7). El peso medio al nacer fue prácticamente similar (3.504 g vs 3.571 g) así como la edad gestacional media ($38,2$ vs $37,8$ semanas), en ambos grupos. Las complicaciones obstétricas más frecuente fueron la intervención cesárea (24% vs 17%, IDet vs NPH) y el parto prematuro, que fue registrado en el 20,3% y en el 26,5% de los RN vivos tratados con IDet vs NPH, respectivamente. Pre-eclampsia se detectó en un 10,5% vs 7%, IDet vs NPH.

Conclusiones: En relación con los acontecimientos perinatales (mortalidad y morbilidad), la IDet es segura y efectiva en un plano de igualdad con la NPH.

Fuente de financiación: Novo Nordisk.

15. LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN TRATAMIENTO CON INSULINA BASAL Y ANTIDIABÉTICOS ORALES MEJORA SIGNIFICATIVAMENTE CON INSULINA DEGLUDEC EN COMPARACIÓN CON INSULINA GLARGINA

E. Jodar¹, B. Pérez¹, N. Freemantle², L. Meneghini³, T.E. Christensen⁴, M. Wolden⁴ y J. Jendle⁵

¹Hospital Universitario Quirón. Madrid. ²University College London. Reino Unido. ³University of Miami Miller School of Medicine. EEUU. ⁴Novo Nordisk A/S. ⁵Örebro University Hospital. Suecia.

La insulina degludec (IDeg) pertenece a una nueva generación de insulinas basales ultra-lentas que forma multihexameros solubles tras la inyección subcutánea, logrando un perfil de acción estable superior a 24 horas. Se comparó la eficacia de IDeg con insulina glargina (IGlar), como parte de una terapia combinada de insulina basal con antidiabéticos orales de pacientes con diabetes tipo 2, en un metanálisis de datos de pacientes individuales que participaron en 3 ensayos clínicos no enmascarados y aleatorizados de 26 o 52 semanas de duración. Se evaluó el control de la glucemia mediante la HbA_{1c} , las concentraciones plasmáticas de glucosa en ayunas (GPA). La hipoglucemia se definió como una concentración plasmática de glucosa < 56 mg/dL ($< 3,1$ mmol/L) y la calidad de vida relacionada con la salud se evaluó mediante el cuestionario MOS SF-36. Pacientes que no habían recibido tratamiento previo con insulina, recibieron IDeg ($n = 1290$) o IGlar (n

= 632) una vez al día, en combinación con antidiabéticos orales. El análisis estadístico se realizó usando un modelo lineal generalizado utilizando como variables explicativas el tratamiento, el ensayo, la terapia antidiabética inicial, el sexo, la región, la edad y los valores basales relevantes. Al inicio del estudio, la media de edad era de 58,6 años, la HbA1c del 8,3% (67 mmol/mol), la GPA de 169,4 mg/dL (9,4 mmol/L) y el IMC de 30 kg/m². Los tres ensayos confirmaron la no inferioridad de IDeg frente a IGLar con respecto a la HbA1c. En cada uno de los ensayos incluidos en el metanálisis, la GPA y la hipoglucemia global y nocturna (00:01-05:59 horas) fueron numérica o significativamente inferiores con IDeg que con IGLar. Al finalizar el estudio, la puntuación global del componente físico del SF 36 fue significativamente mayor (mejor) con IDeg que con IGLar (+0,66 [IC95%: 0,04, 1,28]), en gran parte debido a una diferencia (+1,10 [IC95%: 0,22, 1,98]) en la puntuación del dominio de dolor corporal. En los dominios mentales, la vitalidad fue significativamente mayor con IDeg que con IGLar (+0,81 [IC95%: 0,01, 1,59]). Los dominios de SF-36 restantes tuvieron puntuaciones a favor de la IDeg, pero no fueron significativamente distintos entre ambas insulinas. En comparación con IGLar, IDeg proporciona una mejoría en la calidad de vida, tanto en lo que respecta al estado de salud físico como mental, en pacientes con diabetes tipo 2 que reciben una terapia combinada (insulina basal + antidiabéticos orales). Fuente de financiación: Novo Nordisk.

16. SIETE ESTUDIOS CLÍNICOS REALIZADOS EN PACIENTES CON DM1 O DM2 DEMUESTRAN QUE INSULINA DEGLUDEC VS. INSULINA GLARGINA REDUCE LA TASA DE HIPOGLUCEMIA NOCTURNA Y PROPORCIONA NIVELES MÁS BAJOS DE GPA

E. Jodar¹, B. Pérez¹, D. Russell Jones², S. del Prato³, M.A. Gall⁴, N. Lassota⁴ y M. Diamant⁵

¹Hospital Universitario Quirón. Madrid. ²Royal Surrey County Hospital, Guildford. Reino Unido. ³University of Pisa. Italia.

⁴Novo Nordisk A/S, Søborg. Dinamarca. ⁵VU University Medical Center (VUMC). Amsterdam. Holanda.

Los análogos de la insulina basal tienen menor riesgo de hipoglucemia en comparación con insulina NPH, pero la hipoglucemia sigue siendo un obstáculo importante para alcanzar los niveles recomendables de glucosa plasmática en ayunas (GPA). Insulina degludec (IDeg), una nueva insulina basal que forma multihexámeros solubles después de la inyección SC, proporciona una larga duración de acción (t_{1/2} 24,5h) y una baja variabilidad intra-individual. Estas propiedades pueden conferir un menor riesgo de hipoglucemia nocturna. Investigamos la relación entre la GPA y la hipoglucemia nocturna confirmada en todos los ensayos clínicos de fase 3A, aleatorizados, "treat to target" (GPA < 90 mg/dL, < 5 mmol/L) en los que se comparó la administración diaria de IDeg y de la insulina glargina (IGlar). Los ensayos clínicos (DM1: 2 estudios [n = 957], DM2: 5 estudios [n = 3.360]) fueron no enmascarados y 26 o 52 semanas de duración. La hipoglucemia confirmada se definió como GP < 56 mg/dL (3,1 mmol/L) o episodios agudos que requirieron asistencia y la hipoglucemia nocturna como aquella que tenía lugar entre las 00:01 y 5:59 horas. En todos los ensayos clínicos (7 de 7), los niveles medios de GPA al final del estudio fueron sistemáticamente inferiores con IDeg que con IGLar, alcanzando significación estadística en 3 ensayos. Asimismo, IDeg se asoció con una tasa de hipoglucemia nocturna confirmada entre un 23-40% inferior en comparación con IGLar que fue estadísticamente significativa en 4 de los 7 ensayos, independientemente del tipo de diabetes o de la terapia de base. En conclusión, el tratamiento diario con IDeg no solo alcanza unos niveles de GPA

sistemáticamente inferiores en comparación con IGLar sino que también se asocia con una reducción de tasas de hipoglucemia nocturna confirmada en personas con DM1 y DM2.

17. DISGENESIA GONADAL MÁS ALLÁ DEL SÍNDROME DE TURNER

S. Gutiérrez Medina, R. Domínguez Fernández, C. Aragón Valera y A. Rovira Loscos

Fundación Jiménez Díaz-Capio. Madrid.

Introducción: El síndrome de Perrault (SP) se caracteriza por la presencia de disgenesia gonadal, hipoacusia neurosensorial y en ocasiones afectación neurológica. Este síndrome fue descrito por primera vez por Perrault en 1951.

Métodos: Se presentan dos hermanas gemelas de veinticuatro años, naturales de Cuba, remitidas a la consulta de Endocrinología para valoración de disgenesia gonadal primaria. Inicio de pubarquia y axilarquia a los doce años de edad sin desarrollo de otros caracteres sexuales. Debido a la ausencia de menarquia a los quince años de edad se inicia estudio de amenorrea primaria en su país. Las pruebas realizadas revelan hipogonadismo hipergonadotropo con prolactina y función tiroidea sin alteraciones y cariotipo normal 46 XX. A una de las hermanas se le realiza laparoscopia donde se observan ovarios rudimentarios sustituidos por tejido hialinizado. No se dispone de más pruebas. Ante estos hallazgos se les diagnostica de disgenesia gonadal primaria y se inicia tratamiento hormonal.

Resultados: La exploración física muestra un fenotipo sin alteraciones significativas. Se realiza cariotipo con resultado femenino normal 46 XX descartando la presencia de mosaicismos. En ecografía abdominal y ginecológica no se visualizan ovarios y se observa un útero hipoplásico. Ante el desarrollo progresivo de hipoacusia en el lado izquierdo en una de las gemelas y en el lado derecho en la otra son valoradas por otorrinolaringología y diagnosticadas de hipoacusia neurosensorial unilateral. Con los resultados obtenidos se sospecha síndrome de Perrault.

Conclusiones: El SP es una entidad poco frecuente con un espectro clínico caracterizado por disgenesia gonadal primaria con cariotipo normal e hipoacusia neurosensorial. Presenta una herencia autosómica recesiva, aunque todos los genes implicados no han sido aún identificados. Puede coexistir afectación neurológica. Nuestras pacientes presentan además un fenómeno característico llamado "mirror image twins" por el cual en gemelos monocigotos algunas características del cuerpo o algunas patologías se producen de la misma manera pero en lugares opuestos del cuerpo.

18. TRATAMIENTO QUIMIOTERÁPICO E HIPERGLUCEMIANTE EN INSULINOMA MALIGNO METASTÁSICO

T. Ruiz Gracia, F. Fernández Capel, M. Cuesta Hernández, E. Gómez Hoyos, A. Ramos Levi, J.A. Díaz Pérez y P. de Miguel Novoa

Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: El manejo terapéutico del insulinoma maligno metastásico supone un gran reto para el especialista. El tratamiento específico del tumor y de su síntoma principal, la hipoglucemia, es complejo y abarca un gran abanico de posibilidades desde la cirugía citorreductora, la quimioterapia citotóxica, análogos de la somatostatina, diazóxido, glucocorticoides, hasta tratamientos basados en nuevas dianas biológicas o la administración de radionucleidos. Se presentan dos casos de insulinoma maligno metastásico los cuales precisaron de múltiples líneas quimioterápicas y de diversas terapias hiperglucemiantes.

Casos clínicos: Los dos pacientes fueron sometidos a diversas líneas de tratamiento quimioterápico así como a variadas combinaciones de fármacos hiperglucemiantes. Iniciaron tratamiento con estreptozozina y adriamicina, y posteriormente everolimus y sunitinib, estos dos últimos bajo uso compasivo. En el transcurso de la enfermedad estas últimas terapias tuvieron que suspenderse por toxicidad secundaria y por falta de respuesta al tratamiento. En última instancia, los pacientes recibieron ciclo de temozolamida y capecitabina con óptimo control de la enfermedad en uno de ellos y con desenlace fatal en el otro debido a progresión tumoral. La hipoglucemia persistente de estos pacientes fue inicialmente controlada mediante octeotrido, y a medida que la enfermedad tumoral fue progresando requirió de la introducción de otros fármacos como diazóxido y glucocorticoides. Asimismo, se comprobó que mientras los pacientes recibieron tratamiento con everolimus experimentaron regresión tumoral y mejor control glucémico. Durante su estancia hospitalaria ambos pacientes requirieron suplementos orales de hidratos de carbono y en ocasiones, perfusión continua de dextrosa al ser la hipoglucemia muy marcada e incoercible, por lo que se decidió colocar sensor glucémico subcutáneo a uno de los pacientes brindándole mayor autonomía y mejor calidad de vida. Todas estas terapias combinadas con el último ciclo de quimioterapia administrado a estos dos pacientes consiguieron normalizar las cifras de glucemia de manera satisfactoria en uno de ellos y de manera subóptima en el otro.

Discusión: En los dos casos presentados, el tratamiento hiperglucemiante añadido a la última línea de quimioterapia específica, consiguió un buen control de la glucemia y de la progresión de la enfermedad en uno de ellos.

19. DIABETES INSÍPIDA TRANSITORIA EN EL POSPARTO: REPORTE DE UN CASO

J. Cárdenas Salas, C. Vega Cabrera, B. Pelegrina Cortés, C. Álvarez-Escolá, B. Lecumberri Santamaría y L.F. Pallardo Sánchez
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

La diabetes insípida gestacional es una entidad rara, con una incidencia de 2-6 casos por 100.000 embarazos. Se presenta generalmente durante el tercer trimestre y algunas veces en el posparto. Una actividad excesiva de la vasopresinasa, una enzima placentaria que degrada a la arginina vasopresina, pero no a la 1-deamino-8-D arginina vasopresina (desmopresina), estaría implicada en su etiología. Es una entidad transitoria que se suele asociar a pre-eclampsia e hígado graso del embarazo. El uso de desmopresina en los casos sintomáticos ha probado ser efectivo y seguro para la madre y el feto. Presentamos el caso de una gestante de 40 semanas con pre-eclampsia y diabetes insípida transitoria en el posparto. Mujer de 36 años, sin antecedentes de interés. Primigesta de 40 semanas. Grupo sanguíneo A Rh (-), recibió profilaxis anti-D. Test de O'Sullivan normal. Cifras de tensión arterial (TA) elevadas con edema hasta muslos durante las últimas dos semanas, sin recibir tratamiento. Acude a urgencias por pérdida de líquido amniótico. Se diagnostica rotura precoz de membranas, induciéndose el parto con 20 UI de oxitocina IV, tras fracaso del mismo se realiza cesárea bajo analgesia epidural. En el puerperio inmediato útero contraído, sangrado escaso. TA 136/95 mmHg, con proteinuria positiva, se diagnostica pre-eclampsia y se inicia amlodipino 10 mg, con buena respuesta clínica. A las 18 horas posparto se objetiva diuresis de 880 cc/h. La paciente refiere sed y mareo, niega cefalea, vómito u otra sintomatología, no hematuria macroscópica. Al examen TA 120/89 mmHg, edema perimaleolar. Análisis urgentes: hemoglobina 12.3 g/dL, leucocitos 11.000/ μ L, plaquetas 184.000/ μ L, INR 0,9, fibrinógeno 516 mg/dL, proteínas 5,8 g/dL, calcio 8,7 mg/dL, glucosa 72, creatinina 0,77 mg/dL, Na 141 mmol/L, K 3,7 mmol/L, GOT

24 UI/L, GPT 18 UI/L, LDH 248 UI/L, OsmP medida 282 mOsm/kg, OsmP calculada 297 mOsm/kg, Na orina 106 mmol/L, K orina 3,6 mmol/L, OsmU 238 mOsm/kg, densidad urinaria 1.028. Se pauta reposición de pérdidas urinarias con glucosa al 5% y glucosalina. A las 32 horas posparto, asintomática, TA controlada, lactancia normal, resto del examen sin cambios, se confirma poliurea (diuresis: 11475 cc/24h). Análisis: creatinina 0,52 mg/dL, Na 142 mmol/L, K 3,9 mmol/L, calcio iónico 1,19 mmol/L, urea 9 mg/dL, urato 2,1 mg/dL, LDH 297 UI/L, pH 7,37, pCO₂ 35 mmHg, bicarbonato 20 mmol/L, OsmP 273 mOsm/kg. Proteinuria 570 mg/24h. Prolactina 470 ng/mL, TSH 5,31 μ UI/mL (0,27-4,2), T4L 0,75 ng/dL (0,93-1,7). Se descarta síndrome de Sheehan, y ante la sospecha de diabetes insípida gestacional, se administra desmopresina 4 mg SC que se repite a las 12 horas. Tras lo cual se objetiva disminución de diuresis (5.100 cc/24h), y normalización posterior por lo que es dada de alta. En revisión posparto continua con lactancia, TA normal y no ha tenido nuevos episodios de poliurea.

20. FACTORES CONDICIONANTES DE DISFUNCIÓN TIROIDEA POSPARTO EN MUJERES CON DM TIPO 1 PREGESTACIONAL

V. Martín Borge¹, L. Herranz de la Morena², L. Sáez de Ibarra Vélez de Mendizábal² y L.F. Pallardo Sánchez²

¹Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes (Madrid).

²Unidad de Diabetes. Hospital La Paz. Madrid.

Objetivos: Identificar potenciales factores condicionantes para el desarrollo de disfunción tiroidea en el posparto inmediato de mujeres con diabetes mellitus tipo 1 pregestacional.

Métodos: Mujeres con DM tipo 1 pregestacional atendidas en la Unidad de Diabetes del Hospital La Paz durante el periodo comprendido entre enero de 1999 y diciembre de 2008 que cumplieron los criterios de inclusión (determinación de Ac TPO en periodo preconcepcional y/o 1^{er} trimestre, ausencia de patología tiroidea pregestación y no utilización concomitante de medicación inmunosupresora).

Resultados: 217 mujeres con DM tipo 1 pregestacional fueron incluidas en el estudio. Comparamos las características basales de las pacientes con DM tipo 1 pregestacional que desarrollaron disfunción tiroidea posparto (9,1%) con las de aquellas que se mantenían eutiroideas en ese periodo, objetivándose diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, los Ac TPO positivos en pregestación y/o primer trimestre, los Ac TG positivos pregestación y/o primer trimestre, el nivel de TSH en el primer y segundo trimestre, la presencia de disfunción tiroidea durante la gestación así como el tratamiento sustitutivo con levotiroxina durante la misma. Las variables con significación estadística en el análisis univariante se incluyeron en un modelo de regresión logística obteniéndose como resultado que tan sólo los Ac TPO positivos en pregestación y/o primer trimestre y el nivel de TSH en primer trimestre resultaron ser variables independientes relacionadas con el desarrollo de disfunción tiroidea posparto. La presencia de Ac TPO positivos en pregestación y/o primer trimestre multiplica por 6,8 el riesgo de desarrollar disfunción tiroidea posparto. La variable TSH en primer trimestre se convirtió en dicotómica estimando el punto de corte a través una curva ROC en 3,7 mU/mL como el valor de TSH en primer trimestre con mejor sensibilidad y especificidad (67 y 96% respectivamente). El riesgo de desarrollar disfunción tiroidea posparto en nuestra población se multiplica por 33 en caso de nivel de TSH > 3,7 μ U/mL, independientemente de la positividad o no de los Ac TPO en pregestación y/o primer trimestre.

Conclusiones: La presencia de Ac TPO positivos en pregestación y/o primer trimestre así como el nivel de TSH en el primer trimestre constituyen factores de riesgo independientes para el desarro-

llo de disfunción tiroidea posparto en DM tipo 1 pregestacional. La positividad para Ac TG en pregestación y/o primer trimestre no constituye un factor de riesgo independiente de los Ac TPO positivos para el desarrollo de disfunción tiroidea en el posparto inmediato de mujeres con DM tipo 1 pregestacional.

21. PACIENTES CON HIPOVOLEMIA, HIPONATREMIA E HIPERKALEMIA O KALEMIA EN LÍMITES ALTOS: PENSAR EN HIPOALDOSTERONISMO TRAS DESCARTAR ENFERMEDAD DE ADDISON (ADD)

E. Gómez Hoyos, C. Montañez Zorrilla, M. Cuesta Hernández, P. de Miguel Novoa, L. Pelaz Berdullas, P. Matía Martín, C. Marcuello Foncillas, N. Pérez Ferre, A. Calle Pascual e I. Runkle de la Vega

Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: El hipoaldosteronismo (acidosis tubular tipo IV) es una patología frecuente e infradiagnosticada, incluso en pacientes con hiperpotasemia. En ocasiones puede manifestarse con kaliemia en el rango superior e hiponatremia, habitualmente leve. El gradiente transtubular de potasio (GTTK) nos informa sobre la actividad mineralocorticoide (MC) a nivel del túbulo colector, para su cálculo se requiere un $\text{Na}_o > 25 \text{ mmol/l}$ y preferiblemente una Osmolaridad urinaria (Osm_o) \geq Osmolaridad plasmática (Osm_p). Un $\text{GTTK} [k_o' \times (\text{Osm}_p / \text{Osm}_o) / K_p'] < 5$ indica hipofunción MC. Tras descartar ADD en pacientes con hipovolemia, hiponatremia e hiperkalemia o kalemia en límites altos, se debe realizar su cálculo. En caso de estar descendido, una elevación del GTTK tras administración de 0,05 mg de fludrocortisona (MC) confirma el diagnóstico de hipoaldosteronismo, y descarta resistencia mineralocorticoide. Presentamos 5 casos de hipoaldosteronismo diagnosticados por el Servicio de Endocrinología en el medio hospitalario.

Casos clínicos: Se presentan 4 varones con mediana de edad 63 [53-68] años y una mujer de 16 años. Todos con hipovolemia leve, función renal normal y sin inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona. Analítica basal: Na_p 133 [125-133] mmol/l, Na_o 61 [42-106] mmol/l, K_p 5,2 [4,8-5,7] mmol/l, K_o 22 [13-44] mmol/l, Osm_p 278 [261-290] mOsm/kg, Osm_o 394 [294-594] mOsm/kg, GTTK 3 [2,4-4,04]. Se descartó ADD con Synacthen en el 4º y 5º paciente (Pt), en el 2º Pt cortisol basal $> 20 \mu\text{g/dl}$ y el 1º y 3º estaban con corticoterapia. Analítica tras administración de MC: Na_p 134 [131-135] mmol/l, K_p 4,5 [3,9-5,4] mmol/l y en cuatro de ellos Na_o 47 [25-87] mmol/l, K_o 46 [35-61] mmol/l, Osm_p 278 [268-281] mOsm/kg, Osm_o 291 [496-660] mOsm/kg, GTTK 6,3 [5,4-9,1]. El incremento Na_p fue insignificante en 3 pacientes, debido a un insuficiente aporte de Na al túbulo colector, que mejoró tras el incremento de sal en la dieta. En 4 pacientes el GTTK fue > 5 , el cuarto paciente no disponía de Osm ni K_o , pero sí se objetivó mejoría clínica. Diagnósticos: hipoaldosteronismo hiporreninémico, secundario a nefritis lúpica (Pt3) y a diabetes mellitus (Pt4). Hipoaldosteronismo hiperreninémico por toxicidad de la zona glomerulosa por heparina (Pt1), con retirada de MC tras suspensión de Heparina. Pendiente estudio ambulatorio de Pt2 y Pt3.

Conclusiones: El hipoaldosteronismo no es un diagnóstico infrecuente en el medio hospitalario. En pacientes con hipovolemia, hiponatremia y kaliemia en rango alto o discretamente elevado, tras descartar ADD, se debe pensar en el diagnóstico de hipoaldosteronismo, y calcular el GTTK. La corrección de las alteraciones iónicas y del GTTK tras administración MC confirma el diagnóstico. Su clasificación se podrá hacer mediante la determinación de aldosterona/renina a nivel ambulatorio.

22. ACTIVIDAD FÍSICA DE PACIENTES DIABÉTICOS SEGUIDOS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA

V.M. Andía, R. Garrido, E. León, M.A. Saavedra, E. Fernández y R. García Centeno

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Aunque el ejercicio es uno de los pilares fundamentales en el tratamiento de los pacientes diabéticos, suele ser el aspecto menos tenido en cuenta por los pacientes y muchos facultativos.

Objetivos: Estudiar el grado de seguimiento de las recomendaciones sobre actividad física y su efecto sobre las variables clínicas y analíticas de la diabetes.

Métodos: Se realizó una encuesta sobre hábitos de actividad física a 233 pacientes diabéticos (21 tipo 1 y 212 tipo 2) de forma consecutiva entre marzo y junio en una consulta de Endocrinología de un centro de especialidades periférico. Se interrogó sobre el grado de actividad laboral o doméstica, así como de las actividades de ocio. Se registraron los siguientes datos clínicos: edad, sexo, tipo de diabetes, tiempo de evolución, IMC, presión arterial, HbA1c y tratamiento farmacológico.

Resultados: 81 pacientes reconocieron no realizar ningún tipo de actividad física fuera del doméstico o laboral, 35 referían menos de 30 minutos diarios de actividad extra, 99 más de 30 minutos y solo 18 practicaban algún deporte. Se observó un mayor grado de actividad física en varones y pacientes más jóvenes, sin que se encontrasen diferencias en cuanto al tiempo de evolución. Los diabéticos tipo 1 referían un nivel de actividad discretamente superior, probablemente asociado a su menor edad, aunque no resultó estadísticamente significativo. Los pacientes que refirieron un mayor grado de actividad física general (al menos 30 minutos diarios) presentaban un menor IMC que los menos activos ($28,98 \pm 5,02$ frente a $30,63 \pm 5,77$, $p < 0,05$) y un mejor control glucémico (HbA1c $7,95 \pm 1,55\%$ frente a $8,35 \pm 1,69$, $p = 0,06$) que resultó estadísticamente significativo solo en los diabéticos tipo 2 ($7,86 \pm 1,49$ frente a $8,29 \pm 1,67$). No se encontraron diferencias significativas en los valores de presión arterial ni en el tipo o dosis de fármacos empleados para el tratamiento.

Conclusiones: La práctica habitual de una actividad física al menos moderada se asocia con un mejor control glucémico y reducción de peso en los pacientes diabéticos. A diferencia de otros estudios, no se ha detectado reducción en los niveles de presión arterial o en las necesidades de tratamiento farmacológico. Sin embargo, muchos pacientes no alcanzan este nivel de actividad. Aunque en algunos casos ello se debe a limitaciones físicas que no permiten esta actividad, en la mayoría se podría aumentar mediante técnicas de motivación o adaptación del ejercicio a las capacidades de cada paciente.

23. ENCUESTA ASISTENCIAL SOBRE EL MANEJO DEL CÁNCER DE TIROIDES EN LA COMUNIDAD DE MADRID. GRUPO CÁNCER DE TIROIDES SENDIMAD

B. Lecumberri Santamaría¹, M. Luque Ramírez², P. de Miguel Novoa³, L. Nattero⁴, N. Palacios García⁵, J. Aller Pardo⁵, V.M. Andía Melero⁶ y V. Alcázar Lázaro⁷

¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Hospital Universitario de la Princesa. Madrid. ³Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁴Hospital del Tajo. Madrid. ⁵Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid. ⁶Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁷Hospital Universitario Severo Ochoa. Madrid.

El Grupo de Cáncer de Tiroides de la SENDIMAD consensuó una encuesta sobre el manejo actual del Cáncer de Tiroides en la Comunidad. Se exponen los resultados de 8 centros: ¿La asistencia se realiza en una consulta monográfica? Sí en 3 centros (37%).

Endocrinólogo con experiencia: 4 centros (50%). Consulta general: 1 centro (12%). Tiempo estipulado para la atención en 1ª visita de un paciente con cáncer de tiroides: 26 minutos. (15-30). Tiempo estipulado para la atención en revisión: 14 minutos. (10-20). ¿Existe un protocolo consensuado para la solicitud de pruebas complementarias, tratamiento y seguimiento de los pacientes con cáncer tiroideo? Protocolo consensuado: 5 hospitales (63%). Actuación según el criterio del especialista 3 hospitales (37%). ¿Se dispone de una base de datos en la que se recojan las características tumorales, tratamientos y evolución? Sí en 3 centros (37%). ¿En su hospital existen reuniones multidisciplinarias? Sí en 5 hospitales (63%) en 2 hospitales a demanda. (25%). ¿Qué especialistas asisten a las reuniones multidisciplinarias? Endocrinología: 100%, Cirugía General: 63%, ORL: 12%, Medicina Nuclear: 37%, Anatomía Patológica: 37%, Oncología Médica: 25%, Oncología Radioterápica: 12%. ¿Con qué periodicidad tienen lugar las reuniones multidisciplinarias? 1,9 meses. La ecografía tiroidea ¿es realizada siempre por el mismo radiólogo especializado? El mismo 37%. Diferentes radiólogos: 63%. Grado de satisfacción con la información de los ecografistas: 6,3. Se dispone de ecógrafo en el Servicio de Endocrinología: No (100%). ¿Los informes citológicos son realizados por el mismo anatomopatólogo? El mismo patólogo 25%. Varios patólogos 75%. La PAAF, ¿es realizada por el Servicio de Endocrinología? Sí 1 centro. (12%) Anatomía Patológica o Rayos en 7 centros. (88%). Tiempo de espera para un PAAF 15 días (4-30). Tiempo de espera para PAAF con control ecográfico 25 días (15-60). El informe citológico sistematizado con Bethesda: Sí: 63%. No: 27%. ¿Se realiza tiroglobulina en lesiones sospechosas? Sí: 1 centro (13%). No se realiza en 7 centros (88%). ¿Con qué técnica se determina la tiroglobulina? En 5 hospitales por inmunoquimioluminiscencia. En 1 Hospital por ELISA. ¿Se solicita de forma sistemática calcitonina en el estudio del nódulo tiroideo? No (100%).

24. CARACTERÍSTICAS DE LA TASA BASAL DE INSULINA EN PACIENTES CON BICI Y BUEN CONTROL METABÓLICO

C. Tasende Fernández, M. Botella Serrano, J.A. Rubio García, N.M. Peláez Torres, D. Trifu, M.P. Gómez Montes, C. Fernández Fernández y J. Álvarez Hernández

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

Introducción: Para determinar al inicio de la terapia con bomba de infusión continua de insulina (BICI) la tasa de insulina basal (TIB) adecuada se han propuesto varios métodos, siendo uno de ellos programar la tasa basal siguiendo el ritmo circadiano propuesto por Renner. No hay evidencia de la utilidad de programar la TIB al inicio siguiendo este patrón.

Objetivos: Valorar las características de la TIB en pacientes con BICI y buen control metabólico ($HbA1c < 7\%$ y ausencia de hipoglucemias graves). Comparar la TIB real con el perfil circadiano teórico propuesto por Renner.

Métodos: Estudio observacional y transversal. Se revisaron todos los pacientes DM1 en tratamiento con BICI desde al menos un año. Criterios de inclusión: $HbA1c < 7\%$, ausencia de hipoglucemia grave últimos 6 meses. Se excluyó gestantes. Se revisó las características de la TIB, las dosis media de insulina/día, la glucemia media y el número de autocontroles/día en las últimas 4 semanas. Se investigó si existían correlación entre la TIB horaria empleada por el paciente con la predeterminada según el modelo de Renner. Se analizó la variabilidad horaria de la TIB en cada paciente y se correlacionó con la $HbA1c$ y dosis de insulina empleada.

Resultados: De los 53 pacientes con BICI de nuestro centro (10 varones, 43 mujeres), 14 (26%) cumplían los criterios de inclusión. La edad media es $37,5 \pm 7,75$ años con $17 \pm 8,12$ años de evolución

de la enfermedad, tanto en toda la muestra como en el subgrupo de buen control. La $HbA1c$ media de todos los pacientes con BICI es de $7,75\%$ y en los 14 pacientes con buen control es de $6,66\%$. En el grupo de buen control la dosis media total de insulina es $37,4 \pm 9,74$ UI/día con dosis media basal de $19,1 \pm 5,03$ UI/día (dosis media basal $0,6 \pm 0,12$ UI/kg/día) con proporción bolo-basal (bolo $49,3 \pm 8\%$ y basal $50,7 \pm 8\%$). Número de autocontroles de glucemia/día $7,6 \pm 3,47$, con glucemia media $138,9 \pm 18,40$ (DS $61,4 \pm 8,73$ mg/dl). No existe correlación significativa entre el ritmo de tasa basal real y el ritmo circadiano teórico descrito por Renner, excepto en las horas centrales del día (12-19 horas). Existe una tendencia no significativa ($p = 0,1$) a peor control glucémico en los pacientes con mayor variabilidad de la tasa basal y mayor dosis de insulina.

Conclusiones: Programar al inicio la TIB con el ritmo circadiano propuesto por Renner probablemente no está indicado. Según nuestra muestra el ritmo de TIB en pacientes con buen control metabólico sigue una curva casi plana, con una tendencia a ser más elevada de madrugada (5-9 horas) y a media tarde (18-20), y a su reducción 1-2 horas tras el desayuno hasta antes de la comida.

25. ENCUESTA ASISTENCIAL SOBRE EL MANEJO DEL CÁNCER DE TIROIDES EN LA COMUNIDAD DE MADRID. GRUPO CÁNCER DE TIROIDES SENDIMAD (2)

C. Álvarez Escolá¹, C. Blanco Carrera², I. Castro Dufourny³, A. Durán Rodríguez⁴, T. González Losada⁵, S. Guadalix Iglesia⁶, J.I. Lara Capellán⁷ y E. Lecumberri⁷

¹Hospital Universitario La Paz. Madrid. ²Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ³Hospital del Sureste. Madrid. ⁴Hospital Clínico San Carlos. Madrid. ⁵Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁶Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ⁷Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

El Grupo de Cáncer de Tiroides de la SENDIMAD consensuó una encuesta sobre el manejo actual del Cáncer de Tiroides en la Comunidad de Madrid. Contestaron ocho servicios de. Se exponen los resultados de dicha encuesta. ¿Qué Servicio realiza las intervenciones de los pacientes con cáncer de tiroides? Cirugía General en 7 centros. (88%). ORL en 1. Ambos servicios en 3 centros. (37%). ¿Las intervenciones quirúrgicas son realizadas por el mismo equipo quirúrgico? Sí en 5 centros. (63%). No en 3 centros. (37%). ¿Se realiza linfadenectomía central profiláctica en la cirugía inicial? Sí en 3 centros (37%), en 2 de ellos ocasionalmente. No se realiza en 5 centros (63%). ¿Qué servicio realiza el seguimiento postoperatorio del calcio y el inicio del tratamiento con levotiroxina? Servicio de Cirugía/ORL: 63%. Servicio de Endocrinología: 50%. ¿Quién valora el resultado de la AP tras la cirugía? El Servicio de Cirugía General/ORL: 63%. El Servicio de Endocrinología: 75%. ¿Cuánto tiempo transcurre entre el alta hospitalaria y la 1ª revisión en Endocrinología? 25 días. (14-20). ¿La administración de I-131 se realiza en el mismo hospital o es derivado a otro centro de referencia? En el mismo centro en el 50% de casos. Se deriva a otro centro de referencia en el 50% de casos. ¿Cuánto tiempo transcurre entre la indicación de tratamiento ablativo con I-131 y su administración? Hasta 3 meses. (75%). Hasta 6 meses. (12%). Según criterio de Medicina Nuclear (12%). La preparación para la ablación se realiza: Tras suspensión de levotiroxina en 2 centros (25%). Tras TSHrh: (75%). ¿Se realiza cálculo dosimétrico o se administra dosis estándar de I-131? Dosis estándar en el 100%. Cuando se administra I131 ¿quién decide la dosis? Servicio de Medicina Nuclear: 75%. Consensuada entre ambos servicios: 25%. ¿Se realiza rastreo corporal total preablación para la 1ª dosis ablativa tras la intervención inicial? Se realiza en el 38% de hospitales. No se realiza en el 62% de hospitales. Demora de los estudios genéticos en

cáncer medular de tiroides. 7,4 meses. (3-12). ¿Tiene dificultades para la solicitud del estudio genético en medular? Sí en 4 centros. No en 4 centros. Se dispone de Servicio de Oncología Radioterápica: Sí en el 63% de Hospitales. No en el 37%. ¿Quién prescribe el tratamiento y seguimiento en caso de indicación de inhibidores de las tirosina kinasas? Endocrinología 50%. Oncología Médica 25%. Ambos: 12%. En 1 centro no se habían precisado.

26. ¿DEBE SER LA REMISIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EL PRINCIPAL OBJETIVO DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA?

A.M. Ramos Leví, L. Cabrerizo, P. Matía, A. Barabash, A. Sánchez Pernaute, C. Hernández, A. Torres García y M.A. Rubio Herrera

Servicio de Endocrinología y Nutrición y Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Clínico San Carlos. IIdISSC. Madrid.

Introducción: La resolución de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las principales aspiraciones de la cirugía bariátrica metabólica (CB). El objetivo de este estudio es evaluar el grado de control metabólico de los pacientes que no cumplen estrictamente los criterios de remisión de DM2.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de 539 pacientes intervenidos mediante CB (2006-2011), de los que 110 (61,8% mujeres) presentaban DM2 tratada farmacológicamente e IMC > 35 kg/m². Recogida de datos antropométricos y analíticos relativos al metabolismo de la glucosa y lipídico, pre-CB y al año de seguimiento. Definición de remisión completa de DM2 según los criterios propuestos por Buse et al (HbA1c < 6% y glucosa basal < 100 mg/dl en ausencia de tratamiento farmacológico). Recuento de individuos que no cumplían dichos criterios ("no-remisores") y evaluación de su control metabólico. Estadística descriptiva, prueba t para comparaciones de variables pre y post-CB, análisis de las posibles asociaciones de dichas variables con la resolución de DM mediante la prueba t para muestras independientes, test de U Mann-Whitney y chi-cuadrado.

Resultados: Características pre-CB (media ± DE): edad 53,3 ± 9,5 años, IMC 43,6 ± 5,5 kg/m², HbA1c 7,9 ± 1,8%, duración de DM2 7,6 ± 7,5 años. El 44,5% de los pacientes utilizaba insulina y el 17,2% presentaba la combinación de HbA1c < 7% y cLDL < 100 mg/dl antes de la CB. A los 12 meses de seguimiento: IMC 29,0 ± 5,0 kg/m², HbA1c 5,4 ± 0,8% y combinación de HbA1c < 7% y cLDL < 100 mg/dl en el 75% (p = 0,000 en todos los casos). De acuerdo a los criterios de Buse, no presentaron remisión de DM2 el 50% del total de pacientes, el 67,3% de los que previamente recibían insulina y el 36,1% de los tratados exclusivamente con medicación oral. En el grupo de no remisores, la duración de la diabetes fue mayor (p = 0,003) y el tratamiento previo con insulina más frecuente (p = 0,001). Al año de la CB, el 38,9% de los no remisores se controlaba con dieta, 51,9% con un antidiabético oral y sólo 5 pacientes (9,1%) requerían insulina. El 94%, 84% y 62% del grupo de no remisores presentaba cifras de HbA1c ≤ 7%, 6,5% y 6%, respectivamente. No hubo diferencias entre remisores y no remisores en el porcentaje de individuos que cumplían la condición de HbA1c < 7% y cLDL < 100 mg/dl.

Conclusiones: Aunque el 50% de los pacientes no se consideren dentro de la categoría de remisión de DM2 tras CB, estos pacientes consiguen una mejoría clínica significativa del control metabólico que, a nuestro juicio, debería considerarse como exitosa de acuerdo a los puntos de control de HbA1c y cLDL requeridos por la mayoría de consensos.

Financiación: Proyecto Mutua Madrileña de Investigación Biomédica AP 89592011.

27. AMIODARONA IV EN LA PREPARACIÓN QUIRÚRGICA DE HIPERTIROIDISMO GRAVE: EXPERIENCIA EN DOS CASOS. COMPARACIÓN CON ÁCIDO IOPANOICO

E. Gómez Hoyos, P. de Miguel Novoa, J.A. Díaz Pérez, M. Cuesta Hernández, L. Muñoz Méndez, M.J. Jiménez Martín, P. Martín Rojas-Marcos, M. Curras Freixes, A. Calle Pascual e I. Runkle de la Vega

Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: La amiodarona (antiarrítmico de clase I a IV), en el miocito inhibe la acción genómica y probablemente la no genómica de la T3L, dando lugar a un "hipotiroidismo" dentro del mismo. Impide la unión de la T3L a su receptor nuclear e inhibe la desyondación tipo I, principal fuente de T3L circulante. También puede bloquear la liberación tiroidea de hormonas por su contenido en yodo. **Objetivos:** Comparar el descenso de T3L producido por los contrastes yodados (ac. iopanoico) vs la carga aguda de amiodarona intravenosa (iv), en 3 pacientes.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 64 años con hipertiroidismo grave por amiodarona, tras su retirada 48 horas previas, presentó exacerbación de su patología cardíaca precisando 6 cardioversiones eléctricas en 4 horas. Analítica: TSH 0,02 (0,34-5,6) uUI/ml, T3L 5,06 (2,5-3,99) pg/ml, T4L 50,06 (5,8-16,4) pg/ml. Se pautó dexametaxona (DMX) 2 mg/6h iv, propranolol 1 mg/4 hs iv, propiltiuracilo (PTU) 200 mg/4h vo y amiodarona 300 mg iv en bolo y 600 mg iv cada 24h en perfusión continua. A las 8h se objetiva ya mejoría clínica y tras 36h presentó T3L 3,64 (disminución en un 28%), T4L 49,93, con inicio de perclorato 900 mg en 6 tomas. El nadir de T3L fue de 3,04 a los 4 días, con T4L 45,86. Ante la ausencia de respuesta objetivada posteriormente, se realizó tiroidectomía a los 14 días con una T4L 52,3 y T3L 4,01, administrando los 3 últimos comp de ac. iopanoico de nuestra farmacia. Caso 2: mujer de 72 años remitida por hipertiroidismo 2º a uso de amiodarona, con suspensión de la misma 7 días antes, presentó empeoramiento clínico con FA rápida y TSH 0,01, T3L 5,58 y T4L 43,35, se inició DMX 2 mg/6h iv, propranolol 1 mg/4h iv, metimazol (MTZ) 10 mg/8h, amiodarona 300 mg en bolo y 600 mg cada 24h y al día siguiente 900 mg de perclorato en 6 tomas. Tras 36h aproximadamente presentó T3L 3,22 (descenso en un 42%) y T4L 36,31. El nadir de T3L fue de 3,05 a los 4 días, con T4L 41,12. A los 15 días se realizó tiroidectomía por ausencia de respuesta, con T3L 3,77 y T4L 46,76, los días previos se añadió PTU. Caso 3: varón de 35 años con crisis tirotoxicas por enf. Graves Basedow, a su llegada a urgencias presenta TSH 0,00, T3L 19,34 y T4L 58,8. Se pautó MTZ 10 mg/8h vo, DMX 2 mg/6h iv, propranolol 20 mg/6h vo y ac. Iopanoico 1 g/12h vo. A las 36h T3L 4,79 (descenso en un 75%) y T4L 49,73. Evolución clínica y analítica óptima, tiroidectomía a los 10 días con T3L de 3,17 y T4L de 20.

Conclusiones: El uso de amiodarona iv en carga para la preparación quirúrgica de hipertiroidismos severos, podría ser una alternativa ante la ausencia de ac. iopanoico e ipodato sódico, especialmente en el hipertiroidismo severo por amiodarona, a pesar de presentar menor eficacia. En función de la evolución observada en los 2 pacientes, el mejor día para la intervención podría ser el cuarto día.

28. TUMORES ADRENALES COMO CAUSA DE HIPERANDROGENISMO: DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

C. Navea Aguilera, I. Pavón de Paz, M. Merino Viveros, M.G. Guijarro de Armas, S. Civantos Modino y C. Torán Ranero

Hospital Universitario de Getafe. Madrid.

Introducción: Los tumores adrenales productores de andrógenos son una causa infrecuente de hiperandrogenismo y la mayor parte de ellos con malignos. En su diagnóstico se tienen en cuenta criterios clínicos, analíticos, histológicos y de imagen, aunque el

indicador más fiable de malignidad es la presencia de metástasis. Describimos dos casos de tumores adrenales productores de andrógenos con sospecha de malignidad y buena evolución clínica.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 32 años que consultó por aumento de vello de patrón masculino, alopecia androgénica y acné de 10 años de evolución con escasa respuesta a anticonceptivos orales. En analítica destacaba un aumento significativo de testosterona total, testosterona libre, androstendiona y DHEA-S, con resto de estudio hormonal normal. En la RMN se objetivó una masa en glándula suprarrenal izquierda de 5x4.8 cm sugerente de adenoma. Fue intervenida mediante suprarrenalectomía izquierda describiendo la AP una tumoración > 6 cm con criterios de malignidad. Tras la cirugía se resolvió el hiperandrogenismo y tras más de 10 años de seguimiento persisten criterios de curación. Caso 2: mujer de 31 años que consultó por aumento del vello en tórax, espalda, barbilla y muslos de un año de evolución (Escala Ferriman-Gallwey: 22). Presentaba una analítica con importante elevación de testosterona total, androstendiona, 17OH progesterona y DHEA-S, además de ACTH baja y falta de supresión de cortisol tras dexametasona. La ecografía transvaginal fue normal y en la RMN abdominal se apreció una masa de 3.5 cm en glándula suprarrenal izquierda de características radiológicas indeterminadas. El PET-TAC mostraba una masa suprarrenal izquierda con criterios metabólicos de malignidad. Con sospecha de carcinoma suprarrenal secretor de andrógenos y con secreción subclínica de cortisol, fue intervenida con normalización analítica y clínica posterior. La AP de la pieza quirúrgica demostró un adenoma cortical, sin criterios de malignidad.

Discusión: En el diagnóstico diferencial del hiperandrogenismo hay que tener en cuenta los tumores adrenales, sobre todo cuando la presentación clínica es brusca y severa. Aunque la mayor parte de estos tumores son malignos, no siempre es así y la cirugía puede resultar curativa.

29. LA VITAMINA D COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

A. Villar, M.F. Muñoz y L. de la Hera

Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción: La obesidad y el síndrome metabólico son, actualmente y desde los últimos años, uno de los grandes problemas de salud en los países desarrollados. La combinación de obesidad y deficiencia de VitD puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo de insulina-resistencia. Además de las ya conocidas alteraciones asociadas a la obesidad como son la dislipemia, hiperuricemia y la DM entre otras, en los últimos años en varios estudios se han observado una disminución de los niveles séricos de VitD en personas con peso elevado. Debido a todo ello el objetivo del presente estudio es esclarecer si existe o no una relación entre la obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular y los niveles de VitD.

Métodos: Se trata de un estudio trasversal. Se han recogido los datos de 23 paciente obesos (BMI ≥ 30), que han acudido a consulta para perder peso. De estos 23 pacientes 14 eran mujeres y 9 hombres. La edad media de los pacientes es 42,09 años ($\pm 10,045$ años). Se ha excluido cualquier otra patología, y se han determinado niveles de 25OH VitD, insulina basal, HbA1c, índice cintura/cadera., LDL-col y glucemia basal.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en cuanto a los valores de VitD en hombres y mujeres. Todas las correlaciones, excepto el nivel de LDL-col ($p = 0,174$), son inversas, a medida que los niveles de VitD disminuyen en sangre, se ha observado un aumento de los valores de glucemia ($p = -0,686$), insulina ($p = -0,379$), HbA1c ($p = -0,402$), el índice de cintura/cadera ($p = -0,353$) y el BMI

($p = -0,201$). La relación solo es estadísticamente significativa $p = 0,005$ en el caso de glucemia.

Conclusiones: El tamaño muestral no ha permitido establecer una relación significativa pero se han podido observar relaciones entre los diversos factores de riesgo cardiovascular y bajos niveles de VitD. Por todo ello es importante seguir la investigación en este campo.

30. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES INTERVENIDOS DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

S. Campos, M. Sampedro, I. Sánchez, M. Posada, M. Belmar, A. Gómez-Pan, A. Arranz, J. Bravo y M. Marazuela

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción: Alrededor del 80% de los hiperparatiroidismos primarios (HPTP) son asintomáticos. Sin embargo, gran parte de estos pacientes aquejan manifestaciones neuropsiquiátricas como cansancio y depresión que empeoran su calidad de vida (CV).

Objetivos: Analizar el impacto sobre la esfera neuropsiquiátrica de la paratiroidectomía en pacientes con HPTP.

Métodos: Estudio prospectivo. Análisis de la CV prequirúrgica y a los 6 meses poscirugía en 63 pacientes con HPTP (tratados con paratiroidectomía) frente a un grupo control de 51 pacientes con bocio multinodular eutiroides (tras cirugía tiroidea). Para analizar la CV se ha utilizado un cuestionario específico para HPTP validado por la Universidad de Calgary (Escala de Pasieka o Índice PAS) que consta de 13 ítems, cada uno con una puntuación máxima de 100 (puntuación total 0-1300)

Resultados: En el grupo con HPTP, la puntuación total preoperatoria fue significativamente diferente a la del grupo control, obteniendo un PAS de 500 (10-1.120) en HPTP vs 410 (170-630) en grupo control ($p < 0,05$). Tras la cirugía, a los 6 meses, se observó que en el grupo de pacientes con HPTP hubo una mejoría significativa en el PAS de 500 (10-1.120) a 300 (0-1.080) ($p < 0,05$). Por el contrario, en el grupo control no hubo diferencias significativas con un PAS de 410 (170-630) prequirugía vs 445 (30-930) posquirugía.

Conclusiones: Los pacientes con HPTP tienen una CV inferior a un grupo control con bocio. La CV mejora de forma significativa a corto plazo tras la paratiroidectomía en pacientes con HPTP, mientras que no se observaron diferencias en pacientes sometidos a tiroidectomía.

31. CONTROL A LARGO PLAZO DE PARÁMETROS BIOQUÍMICOS EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO TRATADOS CON CINACALCET

M. Sampedro, I. Sánchez, S. Campos, M. Belmar, A. Gómez-Pan, M. Luque, M. Marazuela y A. Arranz

Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Introducción: Cinacalcet es un calcimimético que ha demostrado su eficacia para el control de la calcemia en pacientes con hiperparatiroidismo primario (HPTP) si bien el tiempo de seguimiento es corto en gran parte de los estudios realizados.

Objetivos: Analizar el comportamiento bioquímico en pacientes con HPTP tratados con Cinacalcet a largo plazo.

Métodos: Se incluyen 31 pacientes de la consulta de Endocrinología y Nutrición en el Hospital Universitario de La Princesa, entre diciembre de 2008 y mayo de 2012, con diagnóstico de HPTP y tratados con cinacalcet entre 3 y 42 meses. La dosis de mantenimiento fue 30 mg/día en 27 pacientes (87,1%) y 60 mg/día en 4 de

ellos (12,9%). La mayoría (25 pacientes, 80,7%) asociaba déficit de vitamina D, que se corrigió antes de iniciar el estudio. Se mantuvieron los bifosfonatos en 17 pacientes (54,8%) que lo recibían previamente. Periódicamente, se estudió el metabolismo Ca/P a los 3, 6, 12, 18, 24, 30 y 42 meses. El análisis estadístico incluyó parámetros descriptivos y test comparativos no paramétricos (W de Wilcoxon y U de Mann-Whitney) con el programa SPSS.

Resultados: En los primeros 3 meses, ya se observó disminución de la calcemia de manera significativa en un 13% ($11,67 \pm 0,79$ mg/dL vs $10,19 \pm 0,80$). Esta disminución se mantuvo a lo largo del seguimiento, siendo estadísticamente significativa ($p < 0,007$) a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses. A los 30 y 42 meses permanece control de la calcemia, con inferior significación estadística atribuible al menor número de pacientes con este tiempo de seguimiento. No hubo diferencias significativas en el control de la calcemia en pacientes con enfermedad renal crónica asociada (MDRD < 60 mL/min/1,73 m²). Durante el seguimiento se decidió tratamiento quirúrgico en 8 pacientes (25,8%) tras reconsideración terapéutica por diversos motivos. 9 pacientes (29%) requirieron aumento de dosis de cinacalcet y en 2 (6,5%) se disminuye dosis. 2 pacientes fallecieron durante el seguimiento por otros procesos.

Conclusiones: Nuestra población de pacientes presenta buen control de parámetros bioquímicos durante el tratamiento crónico con cinacalcet, lo que demuestra que es una opción eficaz a largo plazo en pacientes con HPTP no subsidiarios de cirugía.

32. HIPOFISARISMO CON HIPÓFISIS MORFOLÓGICAMENTE NORMAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH

M. Llaro, P. Parra, C. Roldán, B. Lecumberri, A. Fernández, J. Bernardino, L. Pallardo y C. Álvarez

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: En el curso natural de la infección por el VIH es frecuente padecer serias comorbilidades atribuidas al propio virus *per se*, así como al tratamiento, infecciones oportunistas o neoplasias. Gracias a los avances en la terapia antirretroviral altamente efectiva (TARGA), el pronóstico y la supervivencia de estos pacientes ha mejorado dramáticamente lo que ha conllevado a un cambio en las manifestaciones clínicas clásicas. Por lo tanto, es importante identificar nuevas entidades clínicas que en el caso del compromiso endocrino, pueden ir más allá de la insuficiencia adrenal primaria, hipogonadismo y el síndrome de eutiroidismo enfermo. Presentamos dos casos de pacientes con VIH e hipofisarismo sin alteraciones morfológicas hipofisarias.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 46 años con infección por VIH estadio C3 desde el 2007 y VHB en el 2004 en tratamiento con TARGA desde el 2007. Consultó por tres años de disminución de la libido y astenia. A excepción del sobrepeso (IMC 27), la exploración física resultó anodina. En el estudio hormonal destacaban una FSH 0,88 mUI/mL, LH 0,1 mUI/mL, testosterona libre 0,1 pg/mL, cortisol < 1 µg/dL, ACTH < 5 pg/mL, TSH 2,31 mUI/mL, T4L 1,39 ng/dL, IGF-I 198 ng/mL (VR: 94-252) y test de hipoglucemia insulínica (ITT) que confirmó una deficiencia severa de GH. Los anticuerpos anti-hipófisis, ANAs, anti-tiroideos, anti-músculo liso fueron negativos. En la RM hipofisaria no se observaron alteraciones. Caso 2: mujer de 43 años con infección por VIH estadio C3 desde 1994 en tratamiento con TARGA, Adenocarcinoma in situ de cérvix en 2008 tratado con conización e histerectomía más anexectomía bilateral por recidiva. Consultó por astenia marcada. La exploración física fue normal. En el estudio hormonal se encontró IGF-I 57 ng/mL (VR: 115-307), FSH 0,57 mUI/mL, LH < 1 mUI/mL, ACTH 8 pg/mL, cortisol 2/dL, TSH 0,03 mUI/mL, T₄L 0,82 ng/dL, T₃total 1,14 ng/dL. Los anticuerpos anti-hipófisis y los antitiroideos fueron negativos. La RM hipofisaria mostró hipófisis de tamaño y señal normales.

Ninguno de los pacientes presentaba signos de lipodistrofia. En ambos casos se inició tratamiento con hidroaltesona y hormona de crecimiento (tras descartar datos de actividad del cáncer de cérvix uterino respectivamente), con mejoría de los síntomas y de test de calidad de vida. En el segundo caso además se realizó tratamiento sustitutivo con levotiroxina.

Discusión: El reconocimiento de los desórdenes endocrinos en pacientes con infección por VIH resulta esencial en el manejo óptimo de estos pacientes, por ello consideramos necesario incluir la evaluación de la función hipofisaria, dado que el hipofisarismo puede ser una de las manifestaciones dentro del espectro de afectación endocrina en este grupo de pacientes.

33. SÍNDROME DE DELECCIÓN 22Q11.2 Y ENFERMEDAD DE GRAVES. UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE

M.A. Guillén, A. Sanz, E. Moya Chimenti, L. Pérez y L.F. Pallardo

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Infanta Cristina. Parla (Madrid).

Introducción: El sd. de delección 22q11.2, producida de novo en el 95% de los casos, origina un defecto en el desarrollo del 3º y 4º arcos faríngeos. Asocia varias manifestaciones clínicas entre ellas la cardiopatía, las anomalías velopalatinas, la hipocalcemia, la agenesia tímica, trastornos inmunológicos, anomalías neurológicas, retraso psicomotor y un fenotipo facial característico que se acentúa con la edad. Su prevalencia es de 1/6.000 nacidos vivos, y la edad media al diagnóstico es 1,9 años.

Caso clínico: Varón de 40 años remitido a consulta de endocrinología en mayo de 2007 para seguimiento de hipoparatiroidismo primario diagnosticado a los 16 años de edad, en tratamiento con 7,5 g/día de carbonato cálcico y 0,5 mg/día de calcitriol. Otros antecedentes de interés: Epilepsia desde los 3 años. Candidiasis oral en la infancia. Linfadenitis granulomatosa tratada con tuberculostáticos. Insuficiencia mitral severa secundaria a prolapso de velo posterior y rotura de cuerdas tendinosas intervenida en 2004. Hipoplasia del eje carotídeo izquierdo. Examen físico sin hallazgos significativos (paladar y úvula normales, sin bocio). Peso: 64 kg. Talla: 1,73 m. IMC: 21,4. En analítica destacaba Ca 6 mg/dL, P 5,2 mg/dL, PTH < 3 pg/mL, Vitamina D 20 ng/mL. En octubre de 2009 se objetiva en la consulta exoftalmos bilateral e intensa inyección conjuntival coincidiendo con TSH $< 0,1$ µUI/mL, T4L 1,75 ng/mL y TSI 16 U/L (VN < 2), AntiTg 811 UI/mL. Resto de autoinmunidad negativa (ATPO, ANA, Ac antiadrenales). Recibió tratamiento con antitiroideos y en junio de 2012 se realizó Tiroidectomía Total por persistencia de la enfermedad. Fue remitido a la consulta de genética médica donde mediante MLPA (multiplex ligation-probe amplification) se detectó delección de aproximadamente 3Mb en la región del cromosoma 22q11.2. El estudio inmunológico reveló discreta linfopenia T, a expensas de LT CD4, y aumento de LT NK.

Discusión: El caso descrito representa una forma de presentación atípica ya que todas las manifestaciones, excepto la epilepsia, fueron diagnosticadas en edad adulta. Entre las alteraciones endocrínicas asociadas a la delección 22q11.2, el hipoparatiroidismo primario, habitualmente es transitorio y se resuelve tras el periodo neonatal. Le sigue en frecuencia la talla baja, que el paciente no presenta, aunque no disponemos de datos antropométricos de la infancia y adolescencia. La disfunción tiroidea, que orientó el diagnóstico en nuestro caso, es la endocrinopatía asociada menos prevalente, con una tasa global de 3,3%. Siendo más frecuente el hipotiroidismo que la enfermedad de Graves, y el curso subclínico. Han sido descritos 12 casos de enfermedad de Graves, solo 4 de ellos en hombres. La ausencia de cardiopatía neonatal (manifestación más frecuente) y la

amplia variabilidad clínica de este síndrome dificultan el diagnóstico, retrasándolo hasta la edad adulta como en nuestro caso.

34. ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW Y RESISTENCIA A HORMONAS TIROIDEAS

B. Pelegrina, L. Pérez, B. Lecumberri, J. Cárdenas, J.C. Moreno y L.F. Pallardo

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción: El síndrome de resistencia a hormonas tiroideas (RHT) es una alteración genética que se caracteriza por disminución de la sensibilidad tisular a las hormonas tiroideas (HT). Se han descrito mutaciones en el receptor de hormonas tiroideas alfa y beta, en el transportador de membrana de HT MCT8 y en el gen SECISBP2 requerido para la síntesis de desiodasas que convierten la T4 en T3. Desde hace unos años está disponible en nuestro centro la realización de estudio genético en pacientes con sospecha de RHT.

Objetivos: Descripción fenotípica de tres casos clínicos con sospecha de RHT en los que se ha realizado estudio genético.

Métodos: Se revisaron quince pacientes con sospecha de RHT que presentan niveles de TSH inapropiadamente elevados (por encima de rango superior de la normalidad) para los niveles de T4L (normales o aumentados). De ellos se describen tres casos que destacan por poseer el antecedente común de enfermedad de Graves-Basedow (EGB) que tras la realización de una tiroidectomía o la administración de radioyodo mantienen cifras de TSH elevadas para los niveles de T4L a pesar de altas dosis de tratamiento con levotiroxina. En los tres casos se descartó existencia de tumor productor de TSH mediante RM hipofisaria, test de TRH y/o datos clínicos.

Resultados: Caso 1: varón diagnosticado de EGB a los 21 años de edad que precisó tiroidectomía total. Tras ocho años de tratamiento sustitutivo con levotiroxina presenta valores de TSH en torno a 100 mUI/L con T4L normal. Caso 2: mujer diagnosticada de EGB a los 38 años de edad con administración de radioyodo y cifras posteriores de TSH en torno a 10 mUI/L, con T4L normal o elevada. Caso 3: mujer diagnosticada de EGB a los 30 años de edad, con realización de tiroidectomía subtotal, que tras seis años de tratamiento sustitutivo mantiene TSH de 20 mUI/L y T4L normal. Tanto en el caso 1 como en el caso 2, los niveles de TSI se negativizaron, en el caso 3 las cifras han ido descendiendo progresivamente, sin llegar a negativizarse. Se realizó estudio genético que no encontró existencia de mutación en los exones codificantes de TR beta en ninguno de los tres casos.

Conclusiones: Siendo el estudio genético negativo, se proponen diversas hipótesis que pudieran explicar esta alteración tiroidea. Por un lado, se plantea si la hipótesis de que tras años con la EGB, el receptor de hormonas tiroideas se desensibiliza a la acción de las mismas por acción de los TSI sería biológicamente posible. Por otro lado, no se descarta déficit de absorción de levotiroxina exógena o imposibilidad para la conversión de T4 en T3 a nivel molecular. La fisiopatología de esta tendencia observada es desconocida y son precisos estudios que puedan explicar estos valores alterados de TSH y T4L.

35. PREVALENCIA DE TRASTORNOS GLUCÉMICOS EN EL ÁREA NORTE DE MADRID. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA ESCALA FINDRISC PARA EL CRIBADO DE DIABETES OCULTA

D. Vicent López

Hospital Carlos III. Madrid.

Introducción: Las escalas clínicas de predicción de diabetes mellitus (DM) pretenden identificar individuos en riesgo de padecer la enfermedad, utilizando información exclusivamente clínica. Su uso

permitiría estrategias de cribado que optimizarían el coste-efectividad de las pruebas analíticas diagnósticas.

Objetivos: Investigar el rendimiento de la escala FINDRISC en la detección de DM oculta y síndrome metabólico (SM).

Métodos: Hemos estudiado el rendimiento de la escala FINDRISC (puntos de corte de 14 y 9) en la detección de DM oculta y SM en 639 individuos participantes en el estudio transversal *Espredia 2* sobre la prevalencia de trastornos glucémicos en la población general entre 50 y 75 años (mediana de 61,75 años), iniciado en 2010 y que se prolongará hasta completar 1100 participantes. La muestra se obtuvo aleatoriamente a partir de las tarjetas sanitarias individuales de la población correspondiente a siete centros de salud de la zona norte de Madrid. Las citas se concertaron telefónicamente y el estudio se efectuó en el Hospital Carlos III. La tasa de respuesta fue del 57,8%. Se llevaron a cabo entrevistas clínicas estructuradas, se recogieron datos de exploración y se realizaron determinaciones analíticas en ayunas así como una sobrecarga oral de glucosa (SOG). Los datos se analizaron mediante un análisis univariado (razón de prevalencia) y asociaciones cruzadas, testadas con el test χ^2 . El rendimiento diagnóstico de la escala FINDRISC se valoró mediante el cálculo de los índices diagnósticos y curvas ROC. Como puntos de corte diagnósticos para diabetes y prediabetes se utilizaron 126 y 100 mg/dl para la glucemia en ayunas, ≥ 200 y ≥ 140 mg/dl a las 2 horas para la SOG y $\geq 6,5$ y $\geq 5,6\%$ para la HbA1c.

Resultados: La prevalencia de diabetes conocida fue de 9,9%. La distribución del resto de la muestra en diabéticos no conocidos, prediabéticos y normoglucémicos fue de 4,7%, 47,1%, y 48,2% respectivamente para la glucemia en ayunas, de 5,6%, 16,2% y 78,2% para la SOG, y de 4%, 67,5% y 28,5% para la HbA1c. La prevalencia de SM fue de 40,8%, y las prevalencias de hipertensión arterial, dislipidemia y obesidad de 35,9%, 44,4% y 32,8%, respectivamente. El FINDRISC (corte en 14 puntos) obtuvo una sensibilidad del 41% y una especificidad del 78% en la detección de diabetes oculta, y del 42% y 87% respectivamente en la detección de SM. La reducción del punto de corte a 9 mejoró la sensibilidad a un 92% en la detección de diabetes oculta.

Conclusiones: El uso de la escala FINDRISC con un punto de corte de 9 mejora sustancialmente su rendimiento para el cribado de diabetes oculta en nuestro medio. La prevalencia de prediabetes en la población estudiada es muy elevada (67,5% para HbA1c y 47,1% para la glucemia basal), aunque parece ser muy dependiente del método diagnóstico (16,2% para SOG).

36. EVOLUCIÓN DE ACROMEGALIAS DIAGNOSTICADAS Y TRATADAS EN EL HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN EN LOS ÚLTIMOS 40 AÑOS

R. García Centeno, C. González-Antigüedad, M. Sambo, V. Andía, D. Lezcano, L. Rivadeneira, M.L. Rodríguez y B. Moreno

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La acromegalia es una rara enfermedad de hipersecreción de GH con una incidencia de 2,5 casos/millón habitantes/año. Sus opciones terapéuticas son cirugía, tratamiento médico y/o radioterapia.

Objetivos: Valorar las características epidemiológicas de nuestros pacientes con acromegalia, porcentaje de curación y control, además de observar sus tratamientos empleados a lo largo de estos años.

Métodos: Revisamos todos los pacientes diagnosticados de acromegalia y tratados en nuestro Servicio, desde 1971 hasta la actualidad. Analizando sus características epidemiológicas, fecha de diagnóstico (dx), tratamientos (ttos) realizados, niveles de GH e IGF1 al dx y en el seguimiento, comorbilidades, tamaño tumoral y

si existen restos. Comparando todo ello según las diferentes décadas (1°, 2°, 3°, 4°). Resultados expresados como media y DE.

Resultados: Analizamos 39 pacientes con acromegalia, (20 mujeres y 19 hombres), con edad de dx media de 40,9 años, la media de seguimiento fue de 16,2 años, el número de casos según década de dx fue 5,7, 13 y 14. Comorbilidades asociadas: DM2: 33,3%, HTA 46,1%, dislipemia: 33,3%, artrosis: 43,5%, sd túnel carpo: 5%. Macroadenomas/microadenomas: 76% y 24% respectivamente. Los niveles medios pretratamiento de GH fue 23,89 ng/mL (2,88) e IGF1 566,89 ng/mL (2,88). Los tratamientos empleados en las 4 décadas fueron: 92,3% cirugía: 36 (4, 6, 12, 14), 69,2% tto médico: 27 (5, 6, 7, 9) y 28,2% RT: 11 (4, 1, 3, 3). Las modalidades de combinación de tto: Cirugía (Qx) sola 11 (28,2%), médico solo 2 (5,1%), Qx + tto médico: 15 (38,4%), Qx + Rt + tto médico 11 (28,2%). Frecuencia de uso de ttos médicos en su evolución: de un total de 27 tratados: octreotide: 22 (81,5%), lanreotide 15 (55,5%), pegmisomant 5 (18,5%) y agonistas dopaminérgicos: 13 (48,14%). El 33,3% del total tiene criterios de curación (Gh < 2 e IGF1 normal para su edad), 53,8% siguen con tratamiento médico, de los cuales 38,46% controlados y 15,38% aun sin control (con 12,82% de pérdidas durante el seguimiento).

Conclusiones: Nuestra casuística muestra resultados muy similares a los descritos en los Registros españoles/europeos de pacientes con acromegalia. Manteniéndose el tratamiento quirúrgico como la primera línea terapéutica, con un aumento en el uso de terapias médicas a lo largo del tiempo, en detrimento del tto radioterápico. La combinación más frecuente de tratamientos fue cirugía más tto médico. Los porcentajes de curación y de control de la enfermedad también son semejantes a los obtenidos en otras series.

37. RELACIÓN ENTRE DOS ESTRATEGIAS DE CRIBADO DE DESNUTRICIÓN (IMC, CONUT) Y EL VALOR DE PCR COMO MARCADOR DE INFLAMACIÓN

A. Larrad, E. Gómez Hoyos, G. Hernández Núñez, N. Pérez Ferre, L. Cabrerizo García, M.A. Rubio Herrera y P. Matía Martín

Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid.

Introducción: Las cifras plasmáticas de albúmina (ALB) se han utilizado como parámetro bioquímico de valoración nutricional. Sin embargo, en modelos de ayuno y desnutrición calórica pura, su valor no se asocia con la situación nutricional. Su valor se ve modificado por el estado inflamatorio. Por este motivo, en algunos protocolos de valoración nutricional no se incluye este parámetro. **Objetivos:** Describir la asociación entre PCR y dos herramientas de valoración nutricional (CONUT e IMC).

Métodos: Se seleccionaron pacientes con nutrición parenteral (NTP) prescrita entre 01/11/11 y 01/01/12. Se recogieron ALB (g/dl), linfocitos, PCR y colesterol (COT) mg/dl iniciales e IMC de la primera valoración. Para valorar la situación nutricional, se utilizó el IMC (Consenso multidisciplinar sobre el abordaje de Desnutrición Hospitalaria en España) y el CONUT (puntuación a partir de ALB, linfocitos y colesterol). Análisis estadístico: regresión lineal.

Resultados: 54 pacientes (57,4% varones), edad 73,5 [27-89] años, el porcentaje de desnutrición de acuerdo al IMC (< 18,5) fue de 11,3% y en función del CONUT fue 97,8% (leve 13,29%, moderada 39,97%, grave 46,72%), motivos de NTP (20,4% cirugía digestiva, 13% obstrucción tubo digestivo, 18,5% reposo intestinal, 3,7% HDA y 44,4% otros). Se obtuvo una relación en el límite de la significación, entre PCR y CONUT (β 0,112, IC95% [-0,001, 0,226] p 0,052), no se objetivó asociación entre la PCR y el IMC (β -0,093, IC95% [-0,341, 0,156] p 0,457). La relación de PCR se observó con COT (β -1,971, IC95% [-3,716, -0,225] p 0,028), ALB (β -0,022, IC95% [-0,041, -0,022] p 0,028), y no con linfocitos

(β -3,055, IC95% [-26,248, 20,139] p 0,792). Sin embargo la variabilidad de la PCR fue muy amplia en los distintos rangos de ALB, COT y del CONUT ALB (3,5-4,5) PCR 1,22 [0,29-6,58], ALB₂ (3-3,49) PCR 3,38 [0,29-29,0], ALB₃ (2,5-2,9) PCR 4,03 [0,29-15], ALB₄ (< 2,5) 10,45 [0,29-27,8]. COT₁ (> 180) PCR 2,89 [0,29-29], COT₂ (140-180) PCR 1,58 [0,29-15,10], COT₃ (100-139) PCR 5,8 [0,29-15,20], COT₄ (< 100) PCR 9 [0,29-27,8]. CONUT leve PCR 1,34 [0,29-29], moderado PCR 3,87 [0,54-15,10], grave PCR 10,00 [0,29-27,8].

Conclusiones: El estado inflamatorio medido con PCR, condiciona en gran medida la puntuación del CONUT. Sin embargo no parece posible obtener un valor de CONUT que corregido por PCR delimite el estado nutricional independientemente del estrés, al menos utilizando este parámetro como único factor corrector.

38. ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA EN UN CASO DE INSULINOMA EN LA VEJEZ

C. González Antigüedad, R. García Centeno, M. Motilla, M. Sambo, D. Lezcano, J. González Lopez, M. Requena y B. Moreno

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Los insulinomas son los tumores de los islotes pancreáticos más comunes, con una incidencia estimada de 1-3 por millón por año. Es la causa más frecuente de hipoglucemia hiperinsulinica en población adulta, siendo la edad media al diagnóstico cercana a los 50 años y en caso de neoplasia endocrina múltiple se adelanta incluso a la tercera década.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 81 años de edad, diagnosticado de mal de Pott con una pronunciada malformación a nivel vertebral que durante su ingreso en neumología presentó episodios de alteración de conciencia y disartria, con prueba de imagen repetida sin alteraciones para la edad. Durante el proceso destacó una glucemia de 32 mg/dl, así como otras repetidas < 60 mg/dl por lo que nos consultan. Se inició estudio de hipoglucemia, objetivándose glucemias de 27 y 50 mg/dl, asociado a Insulina y péptido C de 12-22 mUI/L y 0,54-1,57 nmol/L respectivamente, confirmándose el estado de hiperinsulinismo endógeno. Se revisaron y solicitaron pruebas de imagen para poder hallar imágenes compatibles con el proceso con los siguientes resultados: TC abdomen-pélvico: craneal al cuerpo pancreático, se observó una lesión redondeada, de 3,9 x 3,6 cm, cuyo comportamiento en fase arterial y portal era semejante a bazo, determinándose de un bazo accesorio como primera sospecha y menos probable como una voluminosa adenopatía. Posteriormente en el Octreoscan: Se observa acúmulo redondeado epigástrico, que en cortes tomográficos confirmaba la presencia de gran masa epigástrica, pero que igualmente no podía diferenciarse de si pertenecía a cabeza pancreática o a posible bazo accesorio descrito en TC previo. Para finalizar y confirmar o descartar de forma conjunta con el servicio de medicina nuclear se acordó la realización de una gammagrafía esplénica con hematíes desnaturalizados: Resultado negativa para presencia de bazo accesorio, por lo que la imagen epigástrica sospechosa en octreoscan confirmaba ser una masa con presencia de receptores de somatostatina. Debido a la edad y comorbilidades de la paciente, se optó por un tratamiento médico conservador basado en, toma de hidratos de carbono fraccionada, junto análogos de somatostatina, con muy buen control en la actualidad.

Discusión: Aunque el tratamiento de elección en la mayoría de insulinomas benignos es la cirugía, en casos peculiares como este hay que individualizar. Además cabe destacar que gracias al actual "Programa en Casa", podemos facilitar la dispensación de análogos de somatostatina y conseguir un mejor control y seguimiento.

39. LUXOFRATURA DE LISFRANC COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE NEUROARTROPATÍA DE CHARCOT DIABÉTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Chacín, M. Cano, A. Galdón, B. Calderón, A. Matei, C. Alvarado y O. González Albarrán

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: La neuroartropatía de Charcot es una enfermedad destructiva, crónica y progresiva de los huesos y articulaciones del pie por neuropatía sensitiva, con una prevalencia de 0,8-7,5%. La articulación tarsometatarsal de Lisfranc es el sitio más frecuente de afectación (45% de los casos), siendo excepcional la afectación severa al diagnóstico.

Caso clínico: Varón de 45 años con DM tipo 2 de 8 años de evolución, en seguimiento por su médico de atención primaria tratado con metformina y glibenclamida. En mal control crónico (HbA1C 8,5%). Polineuropatía periférica sensitivo-motora de tres años de evolución y neuropatía autonómica (disfunción eréctil). No otras complicaciones microvasculares (no alteración función renal) ni macrovasculares. El paciente fue visto por su MAP por gran

edema de pie y tobillo izquierdo, no doloroso, de dos meses de evolución, con escasa impotencia funcional que no impide deambulación. Tratado sintomáticamente con diuréticos sin mejoría del edema. Ante la persistencia y empeoramiento del cuadro clínico acude al S. Urgencias, donde se objetiva gran deformidad en Z de mediopié izquierdo con crepitación, gran tumefacción con fovea y eritema, no doloroso, no lesiones cutáneas. Hipoestesia termoal-gésica, vibratoria y propioceptiva en extremidades inferiores. En Rx pie izquierdo AP y oblicua: fractura y luxación completa de la articulación tarsometatarsiana de Lisfranc que afecta a todos los metatarsianos inveterada con pseudoartrosis del segundo metatarsiano y necrosis avascular del escafoides. Se realiza reducción abierta para alineamiento y fijación con agujas de Kirchner e inmovilización con férula. En postoperatorio inmediato hematoma y necrosis en borde radial de sutura. La neuroartropatía de Charcot se debe considerar en pacientes con neuropatía diabética que presente eritema, edema y aumento de temperatura en extremidades, dolorosa o no.

Discusión: El diagnóstico y tratamiento precoz ayuda a prevenir deformidad y discapacidad, evitando una subsecuente amputación.