



26 - ¿EXISTE UN PUNTO DE CORTE ÓPTIMO EN EL TEST DE SUPRESIÓN CON DEXAMETASONA PARA EL DESPISTAJE DE SECRECIÓN AUTÓNOMA DE CORTISOL?

M. Araujo Castro^a, C. Robles Lázaro^b, P. Parra Ramírez^c, M.A. Sampedro Núñez^d, P. Gracia Gimeno^e y M. Marazuela^d

^aHospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ^bHospital Clínico de Salamanca. ^cHospital Universitario La Paz. Madrid. ^dHospital Universitario de la Princesa. Madrid. ^eHospital Royo Villanova. Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Analizar las diferencias fenotípicas y evolutivas de 4 grupos según el TSD ($\mu\text{g/dl}$) ($< 1,8$ (A), $1,8-3$ (B), $\geq 3-5$ (C) y ≥ 5 (D)) e identificar el punto de corte que mejor discrimina la asociación a comorbilidades.

Métodos: Estudio retrospectivo y multicéntrico de 223 incidentalomas adrenales. Se excluyeron el carcinoma adrenal, HAP, feocromocitoma y los casos con valor desconocido en el TSD inicial. Se analizaron 149 casos. Las variables categóricas se compararon con la prueba χ^2 ; las continuas con ANOVA (> 2 grupos), la t-Student (2 grupos) y la t para medidas intrasujeto (seguimiento).

Resultados: Edad media = 62,8 años y 57,1% de mujeres. Distribución de los grupos (%): 63,8 (A), 22,2 (B), 8,7 (C) y 5,4 (D). Las medias en el TSD fueron ($p < 0,0001$): 1,19 (A), 2,23 (B), 3,79 (C) y 5,30 (D). En el estudio comparativo de los 4 grupos se detectó una mayor prevalencia de diabetes (DM) en C ($p = 0,047$) y de enfermedad cerebrovascular (ECeV) en C y D ($p = 0,029$). El grupo D presentó un IMC más bajo ($p = 0,002$) y un cortisol libre urinario (CLU) ($p = 0,014$) y diámetro máximo del adenoma (DMA) ($p = 0,007$) más elevados. No se encontraron otras diferencias significativas. No se encontraron diferencias significativas entre B frente a C. Entre C frente a D, la TAS fue más elevada en C ($p = 0,05$). Entre los grupos A frente a B+C+D, hubo una menor prevalencia de DM ($p = 0,039$), un IMC ($p = 0,028$) y ACTH ($p = 0,021$) más elevadas y un DMA menor ($p = 0,002$) en A. Tras un seguimiento medio de 34,65 meses, el cambio en el TSD fue de 0,17 (A), 0,08 (B), -0,20 (C) y -13,41 (D) ($p = 0,001$). Se operaron 9 casos, 1 falleció y en el resto se mantuvo actitud expectante. No hubo cambios significativos en la glucemia, IMC, TA, LDL, HDL, triglicéridos ni DMA.

Conclusiones: El TSD debe ser interpretado como un continuo. No obstante, un valor $\geq 3 \mu\text{g/dl}$ es el que mejor predice el desarrollo de DM y ECeV; y con $\geq 5 \mu\text{g/dl}$ aumenta la sensibilidad del CLU. Una actitud expectante puede ser adecuada para la mayoría de los casos.