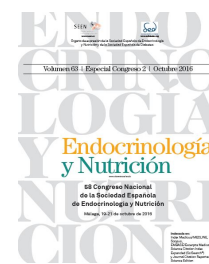




# Endocrinología y Nutrición



## 33 - MODALIDADES TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON ACROMEGALIA EN UN HOSPITAL TERCIARIO A LO LARGO DE 30 AÑOS

R. Valera Yepes<sup>a</sup>, N. Vilarrasa García<sup>a</sup>, J. Puig de la Bellacasa Suis<sup>a</sup>, J.J. Acebes Martín<sup>b</sup>, A. Torres Díaz<sup>b</sup>, A. Lucas Caldach<sup>c</sup>, M. Macià Garau<sup>c</sup>, J.J. Sánchez Fernández<sup>d</sup> y C. Villabona Artero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Endocrinología; <sup>b</sup>Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. España. <sup>c</sup>Servicio de Oncología Radioterápica. Institut Català d'Oncologia. Hospitalet de Llobregat. España. <sup>d</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Institut de Diagnòstic per la Imatge. Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. España.

### Resumen

**Objetivos:** Análisis de tratamiento y manejo en pacientes con acromegalia diagnosticados y tratados en nuestro centro desde el año 1980.

**Métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de 83 pacientes diagnosticados de acromegalia a lo largo de 30 años. Se analizó tamaño tumoral, comorbilidades, tipo de tratamiento, déficits hipofisarios tras intervención (IQ) y/o radioterapia (RT), tratamiento médico (TM) y mortalidad.

**Resultados:** La incidencia fue de: 2,25 casos/10<sup>6</sup> habitantes/año. Edad (mediana (m) (rango)): 47 años (20-80). 64% Mujeres; Tamaño tumoral: 77% macroadenomas; 14% microadenomas, 7% no conocido, 2% resonancia magnética hipofisaria normal. Afectación visual al diagnóstico en macroadenomas: 69% campimetría normal, 14% alterada, resto no disponible. Comorbilidades al diagnóstico: 34% diabetes mellitus, 25% hipertensión arterial, 23% dislipemia, 36% artropatía, 36% síndrome túnel carpiano, 27% bocio, 36% hipopituitarismo, 22% apnea del sueño, 37% obesidad, 14% poliposis colónica, 13% osteoporosis y 8% enfermedad cardiovascular (ECV). Tratamientos recibidos: 94% recibieron cirugía transesfenoidal (IQ); 40% sólo IQ, 70% con criterio de curación (C) a los 2 años (1-5 años); 13% IQ + RT: 91% C a los 5a (1-10); 16% IQ + RT + TM: 70% C a los 10a (5-15); 25% IQ + TM: 29% C a los 8a (7-15); 4% sólo TM; 1,2 RT + TM; 1,2% sin tratamiento. Modalidades TM: 46% análogos somatostatina (SSA); 18% agonistas dopaminérgicos (AD); 15% SSA+AD; 10% SSA + Pegvisomant (PGV); 5% PGV; 3% pasireotide; 3% AD+PGV. 21% tenía panhipopituitarismo anterior, un 47% presentaba algún tipo de déficit hipofisario; 29% gonadotropo; 18% corticotropo; 13% ACTH + FSH/LH; 6% otros. Total 7 exitus; las causas de mortalidad: 2 ECV, 1 causa respiratoria; 2 neoplasias, 2 otras causas.

**Conclusiones:** Tal como reflejan otras series, el tratamiento de elección en nuestros pacientes es el quirúrgico. Casi la mitad de los pacientes cumple criterios de curación. Una tercera parte presenta curación con ausencia de déficit hipofisario a los 30 años.