

COMUNICACIONES

XVIII Congreso de la Sociedad de Endocrinología, Nutrición y Diabetes de la Comunidad de Madrid (SENDIMAD)

Del 24 al 26 de noviembre 2020

1. EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN ADENOHIPOFISARIA TRAS LA CIRUGÍA TRANSENFENOIDAL ENDOSCÓPICA DE ADENOMAS HIPOFISARIOS. ESTUDIO DE 231 CASOS

M. Araujo-Castro¹, F. Mariño-Sánchez¹, A. Acitores Cancela¹, A. García Fernández² y V. Rodríguez Berrocal¹

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. ²Hospital HM Puerta del Sur.

Objetivos: Identificar los factores prequirúrgicos y quirúrgicos asociados a mayor riesgo de desarrollar hipopituitarismo postquirúrgico y de su recuperación tras la resección transfenoidal endoscópica endonasal (TEE) de adenomas hipofisarios (AH).

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con AH intervenidos por el mismo neurocirujano mediante abordaje TEE en los últimos diez años en dos hospitales terciarios.

Resultados: Se incluyeron 231 pacientes con un total acumulado de 242 cirugías hipofisarias. En el grupo AH no funcionantes (n = 146), el 46,8% (n = 72) presentaban hipopituitarismo prequirúrgico. Tras la resección del AH, 41 de estos 72 pacientes (56,9%) normalizaron la función hipofisaria y 11 de los 82 pacientes con función preoperatoria normal (13,4%) desarrollaron nuevo/s déficit/s hormonales. Los pacientes con afectación visual preoperatoria (OR = 3,9, p = 0,046) y operados en los primeros cuatro años de la curva de aprendizaje del neurocirujano (OR = 5,7, p = 0,016) presentaron un mayor riesgo de desarrollar hipopituitarismo postoperatorio. De los 85 pacientes de AH funcionantes, el 23,9% presentó hipopituitarismo prequirúrgico, que se recuperó en el 47,6% después de la cirugía. El 9% de los pacientes con función preoperatoria normal desarrollaron nuevos. Los pacientes diabéticos presentaron mayor riesgo de persistencia del hipopituitarismo (OR = 10,5, p = 0,024); y aquellos con afectación visual prequirúrgica (OR = 30,0, p = 0,010) y AH > 3 cm (OR = 14,0, p = 0,027), de desarrollar nuevos déficits.

Conclusiones: Aproximadamente el 50% de los pacientes con AH no funcionantes y funcionantes con hipopituitarismo preoperatorio normalizan la función hipofisaria después de la cirugía TEE, y el 10% de los pacientes con función normal desarrollan nuevos déficits. Los pacientes con AH no funcionantes con afectación visual y operados en los cuatro primeros años de la curva de aprendizaje del neurocirujano, y los pacientes con AH funcionantes con afectación

visual prequirúrgica y muy grandes presentan mayor riesgo de desarrollar hipopituitarismo.

2. BENEFICIOS DE LA ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA SUPLEMENTADA CON ACEITE DE OLIVA VIRGEN EXTRA Y PISTACHOS DURANTE EL EMBARAZO EN LA SALUD DE LA DESCENDENCIA A LOS 2 AÑOS DE EDAD. RESULTADOS DEL ESTUDIO SAN CARLOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA DIABETES GESTACIONAL

V. Melero Álvarez, C. Assaf-Balut, N. García de la Torre Lobo, E. Bordiú Obanza, L. del Valle Díez, J. Valerio Deogracia, A. Barabash Bustelo y A.L. Calle-Pascual

Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: El objetivo fue evaluar si la adherencia a la DM durante el embarazo tiene efectos beneficiosos en la salud de la descendencia durante los 2 primeros años de vida.

Métodos: El Estudio San Carlos para la prevención de la diabetes gestacional (DG) es un estudio aleatorizado que evaluó la influencia de una intervención temprana con dieta mediterránea (DM) en la aparición de DG y otras complicaciones materno-fetales. Durante la gestación, 1.000 mujeres fueron aleatorizadas en dos grupos (grupo control (GC)/grupo de intervención (GI)). Mientras que al GI se le recomendó aumentar el consumo de aceite de oliva virgen extra y pistachos (los cuales les fueron entregados de forma gratuita), a las participantes del GC se les recomendó disminuir la ingesta de grasas. Finalmente, 874 mujeres fueron evaluadas después del parto (440 GC/434 GI) y 703 niños fueron analizados a los 2 años de edad (365 GC/338 GI).

Resultados: El análisis de regresión logística mostró que el GI, en niños cuyas madres tenían un IMC pre-gestacional < 25 kg/m² y normoglicémicas, se asociaba a menor riesgo (RR IC95%) de sufrir eventos graves que requirieran hospitalización debido a bronquiolitis/asma (0,75 (0,58-0,98) y 0,77 (0,59-0,99), respectivamente) u otras enfermedades que requirieran tratamiento antibiótico (0,80 (0,65-0,98) y 0,80 (0,65-0,99) respectivamente), tratamiento con

corticosteroides (0,73 (0,59-0,90) y 0,79 (0,62-1,00) respectivamente), o ambos tratamientos (todo $p < 0,05$).

Conclusiones: Una intervención nutricional basada en la DM durante el embarazo se asocia a una reducción de los ingresos hospitalarios en la descendencia especialmente en mujeres con un IMC pregestacional $< 25 \text{ kg/m}^2$ y normoglicémicas.

Financiación: Proyectos PI17/01442; PI14/01563 I (SCIII y FEDER).

3. PANHIPOPITUITARISMO... A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Bacete Cebrián, V. Triviño, B. Ugalde, J. Modamio, M. Zubillaga, I. Moreno, I. Huguet y C. Sevillano

Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción: El hipopituitarismo se define como el déficit de una o varias de las hormonas secretadas por la hipófisis. Su prevalencia e incidencia son muy bajas, por lo que su diagnóstico es prácticamente de exclusión.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 61 años sin antecedentes que ingresa para estudio de astenia. Durante la evaluación clínica presenta síntomas y signos sugestivos de hipotiroidismo e insuficiencia suprarrenal graves: piel fría y seca, hipotensión arterial (98/54 mmHg), bradicardia sinusal (40 lpm), hipoventilación e hipoxemia (saturación de O₂ basal 83%), sobrepeso, marcada palidez, cara abotargada, bradilalia, ánimo triste, edemas perimaleolares sin fovea, y síndrome de túnel carpiano bilateral. En las pruebas complementarias también se observan hallazgos compatibles con deficiencia hipofisaria grave: derrame pericárdico y pleural (proBNP 1.000 pg/ml), anemia (Hb 9,3 mg/dl), hiponatremia hipoosmolar (Na 131 mg/dl, pOsm 272 mmol/kg), insuficiencia renal (FG 42 ml/min), alteración del perfil hepático (GOT 119 UI/L, GPT 78 UI/L, FA 195 UI/L, LDH 494 mg/dl), rdbdomiolisis (CPK 681 UI/L), y dislipemia mixta (colesterol total 214 mg/dl, LDL no calculable, triglicéridos 540 mg/dl). Tras descartar la etiología autoinmune, tumoral e infecciosa como causa del cuadro mediante pruebas de imagen (TAC toraco-abdomino-pélvico, ecografía abdominal, mamografía), sangre oculta en heces y análisis microbiológico e inmunológico, se solicita perfil hormonal, que confirma el panhipopituitarismo grave, con déficit del eje tirotrópico (T4 libre $< 0,4 \text{ ng/dl}$, T3 libre $< 0,2 \text{ pg/ml}$, T.S.H. $0,43 \text{ } \mu\text{U/ml}$), adrenocorticotropo (ACTH $< 5 \text{ pg/ml}$, cortisol $< 3 \text{ } \mu\text{g/dl}$), gonadotropo (FSH 6,1 mUI/ml, LH 1,2 mUI/ml, estradiol $< 12 \text{ pg/ml}$), somatotropo (IGF-1 $57,2 \text{ ng/ml}$) y galactotropo (prolactina $1,1 \text{ ng/ml}$). Ante estos hallazgos se solicita resonancia magnética hipofisaria, que evidencia una silla turca parcialmente vacía. Con estos resultados se inicia tratamiento glucocorticoide con a dosis de estrés (hidrocortisona 100 mg/6h intravenosa), seguida de levotiroxina a dosis sustitutiva (Eutirox[®] $1,6 \text{ } \mu\text{g/kg/día}$ oral).

Discusión: Aunque la deficiencia hipofisaria es poco frecuente, conviene pensar en ella cuando estamos ante síntomas y signos tan variados y que no encajan con otra etiología. El inicio del tratamiento sustitutivo supone la resolución del cuadro clínico.

4. FACTORES ASOCIADOS A LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN 340 PACIENTES CON CARCINOMA DEL EPITELIO FOLICULAR DE TIROIDES OPERADOS ENTRE 2011 Y 2018

M. Pazos Guerra¹, X. Pérez Candel¹, C. López Nevado¹, P. Espinosa de los Monteros Sicilia¹, F. Hernández Olmeda¹, S. Ochagavía Cámara², J. Carlos Plaza Hernández³ y C. Familiar Casado¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición; ²Servicio de Cirugía General; ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: Los sistemas de clasificación dinámicos reflejan la respuesta del tumor al tratamiento (tto) y mejoran la información proporcionada al diagnóstico (Dx) por los sistemas de estadiaje estáticos empleados para el pronóstico vital (AJCC; 8.ª ed) y de recurrencia (ATA Risk System). El objetivo del presente estudio es evaluar la respuesta al tratamiento con sistemas de clasificación dinámica en pacientes operados por Carcinoma tiroideo del epitelio folicular (CT) y su asociación con una serie de factores recogidos al dx.

Métodos: CT operados en nuestro centro entre 2011/2018 y con seguimiento > 12 meses salvo muerte por CT. Se recogen al diagnóstico: variables demográficas, la forma de identificación y variables del propio tumor (tamaño, variantes histológica, presencia de metástasis (MTS) ganglionares y a distancia, existencia de extensión extratiroidea (EE) micro y macroscópica, multifocalidad y resección tumoral). Tomando la clasificación dinámica de la ATA modificada, los pacientes se dividieron en respuesta adecuada (RA) al tratamiento (respuestas excelentes e indeterminada) y respuesta incompleta (RI) (bioquímica y estructural) en primer año y última consulta. Se estudió la asociación del tipo de Respuesta al tratamiento con las variables mencionadas y se valoró los factores predictores de RI.

Resultados: 340 pacientes con CT (54 ± 15 años, 79,4% mujeres). 91,2% lograron RA al primer año, ascendiendo al 94,4 % en la última revisión (con tratamiento adicional en 29 casos). Al año, la proporción de RI resultó superior de manera significativa en los casos identificados por la clínica, en aquellos con MTS ganglionares, MTS a distancia, con ETE micro y macroscópica, así como en caso de resección incompleta. En la última visita, las variables asociadas a un mayor % de RI fueron las mismas exceptuando la extensión microscópica. El mayor tamaño del tumor se asoció a mayor % de RI tanto al año como en la última revisión. En el análisis multivariante, la presencia de MTS ganglionares y de ETE macroscópica se hallaron como factores predictivos de RI tanto al año (OR 3,2; IC95%: 1,1-9,6 y OR 7,6; IC95%: 1,1-51,4 respectivamente) como en la última visita (OR 5,3; IC95%: 1,4-20,3 y OR: 5,9; IC95%: 1,3-26,9 respectivamente).

Conclusiones: La clasificación dinámica del CT refleja tanto la agresividad del tumor como la idoneidad del tratamiento previo. Aunque la clasificación pronóstica inicial por estadio dirigen el tipo de tratamiento a realizar, otros factores al diagnóstico como las MTS ganglionares y la ETE macroscópica deben sugerirnos el uso de terapias y seguimientos más agresivos.

5. CARCINOMA SUPRARRENAL: 5 CASOS EN LA ÚLTIMA DÉCADA

M. Cabañas-Durán, S. Lallena Pérez, R.A. Niddam Sánchez y C. Blanco Carrera

Hospital Universitario Príncipe de Asturias.

Objetivos: El carcinoma suprarrenal (CSR) es un tumor poco frecuente, agresivo y con mal pronóstico. Puede presentarse con síntomas derivados del efecto masa, síntomas de hipersecreción hormonal o como un incidentaloma. El manejo terapéutico implica la resección del tumor, el control de la secreción hormonal y la prevención de recaídas. El objetivo de este estudio fue analizar las características clínicas y evolución de los casos de CSR diagnosticados y tratados en la última década.

Métodos: Se realizó una revisión clínica de los pacientes diagnosticados de CSR entre 2010 y 2020, en nuestro centro.

Resultados: Se diagnosticaron 5 casos de CSR, 3 varones y 2 mujeres, edad entre 46 y 76 años. El diagnóstico inicial fue incidental en 4 casos y por sospecha de hipersecreción hormonal (fenotipo Cushing y virilización) en un caso. Sin embargo, el estudio hormonal mostró síndrome de Cushing en 3 casos. El tamaño radiológico medio

de la lesión suprarrenal fue de 8 cm (rango: 4,5-14,5 cm). Ninguno presentó enfermedad metastásica al diagnóstico. Los 5 pacientes fueron intervenidos, 3 mediante laparoscopia y 2 mediante laparotomía. En el caso de mayor tamaño se produjo siembra peritoneal por rotura accidental de la cápsula tumoral. Dos casos desarrollaron tromboembolismo pulmonar en el seguimiento. El estudio histológico reveló un tamaño medio de las lesiones mayor que el radiológico (media: 10,5cm, rango: 5,6-17 cm), mostrando un Ki67 de < 20% en 4 casos y > 40% en otro caso. El estadije TNM fue de estadio II en 3 casos y de estadio III en 2 casos. Tras la cirugía 4 pacientes recibieron mitotane. Un caso progresó al mes de la cirugía sin alcanzar niveles terapéuticos de mitotane. Tres casos alcanzaron niveles terapéuticos de mitotane mantenidos, a pesar de lo cual dos progresaron a los 8 y 25 meses respectivamente. El tercero suspendió mitotane por efectos secundarios neurológicos, sin progresión del CSR. En los 3 pacientes con progresión se asoció quimioterapia manteniéndose el mitotane para tratar el síndrome de Cushing. Un paciente recibió además pembrolizumab tras la progresión a la quimioterapia. Dos pacientes fallecieron por progresión tumoral a los 6 y 26 meses del diagnóstico, un paciente con progresión y en tratamiento con quimioterapia falleció por hemorragia intracraneal a los 11 meses del diagnóstico y otro paciente falleció a causa de un cáncer de pulmón sin haber presentado recidiva CSR. El otro caso permanece en vigilancia activa sin progresión.

Conclusiones: El carcinoma suprarrenal supone un reto terapéutico para el clínico. Es esencial la resección completa del tumor primario, así como prevenir y tratar la progresión tumoral con tratamiento médico escalonado.

6. FENILCETONURIA Y SOPORTE NUTRICIONAL: UN GRAN RETO MULTIDISCIPLINAR

L. Mola Reyes¹, M.I. Maíz Jiménez², M.Á. Valero Zanuy² y M. León Sanz²

¹Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. ²Hospital Universitario 12 de Octubre.

Introducción: La deficiencia de la fenilalanina hidroxilasa debido a una alteración autosómica recesiva, es la responsable de la fenilcetonuria en el 98% de los casos. Este defecto enzimático causa una acumulación de Phe y una disminución de Tyr. Presentamos el caso de una mujer de 34 años de edad con diagnóstico tardío de fenilcetonuria grave clásica (niveles de fenilalanina de 2.310 $\mu\text{mol/l}$ al diagnóstico), que requirió soporte nutricional.

Caso clínico: Mujer de 34 años de edad con diagnóstico de fenilcetonuria clásica severa que ingresa por un cuadro de TVP, por lo que se indica anticoagulación con tinzaparina. En este contexto presenta un cuadro de rectorragia masiva, así como necrosis isquémica de la zona inferior del esófago. Se prescribe inicialmente una NPT con 25 g aminoácidos en forma de solución cristalina rica en aminoácidos ramificados. A pesar del escaso aporte de Phe, los niveles de estos aminoácidos se mantuvieron elevados, por lo que se decidió administrar la NPT en dos bolsas: una que contenía carbohidratos, iones y oligoelementos; y otra con lípidos. Además, se prescribió un producto dietoterápico con 20 g de proteínas exento de Phe.

Discusión: La prescripción de nutrición parenteral en estos pacientes constituye un verdadero reto terapéutico, en el que se requiere el trabajo integral de un equipo multidisciplinar. No disponemos en el mercado de soluciones para elaborar la NPT específica para este grupo de enfermedades. Por lo tanto, el diseño de la NPT y el control metabólico de estos pacientes, cuando no se puede utilizar la nutrición enteral oral, sigue siendo un desafío.

7. HIGH SERUM COPEPTIN MAY BE A MARKER OF AN INCREASED CAROTID INTIMA-MEDIA THICKNESS IN ASYMPTOMATIC PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES

L. Nattero-Chávez¹, M.Á. Martínez García², S. Redondo-López³, B. Dorado Avendaño¹, E. Fernández-Durán², M. Luque-Ramírez¹ and H. Escobar-Morreale¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición; ²Servicio de Cirugía Vascular. Hospital Universitario Ramón y Cajal. ³Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria.

Introduction: A high copeptin concentration is associated with an increased risk of stroke in type 2 diabetes. We aimed to study the association of copeptin concentrations with carotid intima-media thicknesses (cIMT) in patients with type 1 diabetes (T1DM-patients).

Methods: We conducted a cross-sectional study with 60 asymptomatic T1DM-patients without known cerebrovascular disease. cIMT was calculated from the mean of both common carotid arteries. Copeptin was assayed in duplicate, using an ultrasensitive ELISA kit from a single assay lot. Participants' cIMT were classified as normal or abnormal according to a reference population stratified by age and sex. Fasting copeptin levels were considered high (HighCp) or low (LowCp) using the upper limit of normality in healthy adults under normoosmotic conditions.

Results: Considering all patients as a whole, cIMT correlated with age ($r = 0.423$, $p = 0.001$), duration of T1DM ($r = 0.379$, $p = 0.003$), body mass index ($r = 0.385$, $p < 0.003$), waist circumference ($r = 0.409$, $p = 0.002$), fat mass % ($r = 0.323$, $p = 0.014$) and systolic blood pressure (SBP) ($r = 0.328$, $p = 0.012$). HighCp-subjects showed greater cIMT than LowCp-subjects (0.74 ± 0.15 vs 0.66 ± 0.13 mm, respectively, $p = 0.036$). A stepwise linear regression model ($R^2 = 0.277$; $p < 0.001$) retained SBP [β : 0.321 (95%CI: 0.095 to 0.542)], duration of T1DM [β : 0.332 (95%CI: 0.104 to 0.546)], and copeptin subgroup [β : 0.272 (95%CI: 0.090 to 0.998)] as significant predictors of the variability in the cIMT.

Conclusions: Copeptin appears to be associated with subclinical carotid atherosclerosis in asymptomatic patients with T1DM. Our results suggest that serum copeptin might improve the stratification of cardiovascular risk in T1DM-patients. Further research is needed to determine the value in identifying carotid disease of this biochemical marker.

8. CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES NUEVOS DERIVADOS A CONSULTAS DE ENDOCRINOLOGÍA TRAS LA LLEGADA DE LA COVID 19

J. Atencia Goñi, B. Weber, M. Miguélez González, N. Brox Torrecilla, L. González Fernández, D. Muñoz Moreno, R.J. Añez Ramos y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: Identificar y caracterizar las patologías que han sido derivadas a nuestras consultas de nuevos tras la irrupción de la pandemia de la COVID 19.

Métodos: Se registraron en una base de datos los pacientes derivados a la consulta de nuevos de un adjunto de los CEP Hermanos Sangro y Moratalaz entre los meses de junio y octubre de 2020. Se recogieron los datos de filiación, así como el principal motivo de consulta y otras patologías presentes. Se eliminaron 9 pacientes pediátricos derivados por error. Las derivaciones provenían tanto de otras especialidades como de Atención Primaria.

Resultados: Se contabilizaron un total de 349 pacientes en esa consulta de los cuales 247 fueron mujeres (70,8%) y 102 hombres (29,2%). 163 pacientes (46,7%) fueron vistos en el CEP Hermanos Sangro y 186 (53,3%) en el CEP Moratalaz. La media de edad fue de

51,41 años con un máximo de 95 y un mínimo de 15 años. Dentro de los motivos de derivación destacan la diabetes (tipo 2 [21,5%], tipo 1 [3,7%], gestacional [4,3%], LADA [0,9%] y pancreatopriva [0,9%]), Obesidad (13,1%), bocio multinodular y nódulo tiroideo (11,9%) e hipotiroidismo (10,9%). Otras patologías derivadas son el hipertiroidismo en sus diferentes formas (6,9%), hiperprolactinemia y ginecomastia (5,5%), hiperparatiroidismo y déficit de vitamina D (3,8%), tumores neuroendocrinos (3,3%), hiperandrogenismo (1,5%) y cáncer de tiroides (0,9%).

Conclusiones: La mayoría de los pacientes derivados a la consulta de nuevos son mujeres. Las patologías más frecuentes son la diabetes, obesidad y los bocios y nódulos tiroideos. Los datos sugieren empeoramiento de la pandemia de obesidad en comparación con informes más antiguos.

9. IMPORTANCIA DE LA EXTENSIÓN EXTRANODAL SOBRE LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON METÁSTASIS GANGLIONARES POR CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES

F. Hernández Olmeda, P. Espinosa de los Monteros Sicilia, C. López Nevado, X. Pérez Candell, M. Pazos Guerra, C. Marcuello Foncillas, S. Ochagavía Cámara y C. Familiar Casado
Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: En pacientes operados por CDT y con metástasis ganglionares (N1), describir la asociación de una serie de factores recogidos al diagnóstico (que incluyen el número de ganglios afectos y la extensión extranodal) con la respuesta al tratamiento (definida de acuerdo con el sistema de clasificación dinámica) y con la mortalidad específica por CDT.

Métodos: Se incluyeron 103 pacientes operados por CDT entre 2011-2018 en nuestro centro y con metástasis ganglionares al diagnóstico y seguimiento mínimo de 1 año. Se recogieron al inicio variables demográficas, la forma de identificar al tumor (palpación vs incidental) y variables del propio tumor (tamaño, variantes histológicas, metástasis a distancia, existencia de extensión extratiroidea (EE) micro y macroscópica, multifocalidad, resección tumoral, extensión extranodal y número de adenopatías). Los pacientes se dividieron en dos grupos según presentaran al año del tratamiento inicial: una Respuesta Adecuada (RA que incluye las respuestas excelentes e indeterminadas de la ATA) o una Respuesta incompleta (RI que incluye las repuestas incompletas tanto bioquímicas como estructurales). Se estudió la asociación de las variables iniciales con el tipo de respuesta al tratamiento, así como con la mortalidad específica.

Resultados: La edad media de la muestra fue de 49,5 años (15,8), siendo 73,8% mujeres. El 62,4% fue diagnosticado por palpación, el 26,7% presentaban extensión extranodal, el 38,8% EE microscópica y el 7,8% EE macroscópica. En el 48,5% se halló multifocalidad tumoral y metástasis a distancia al diagnóstico en el 4,9%. Los bordes de la pieza quirúrgica se encontraban afectos en 16,1%. El 80,4% de los casos fueron clasificados como RA al año. Entre las variables asociadas estadísticamente a RA se hallaron: el tamaño tumoral (media: 17,8 mm (28) para RA y 24,5 mm (20) para RI), la extensión extranodal (RA del 58,3% versus 91% con o sin extensión extranodal respectivamente, $p < 0,05$) y las metástasis a distancia (RA del 25% versus 82,7% respectivamente, $p < 0,05$). En el análisis multivariante, solo la extensión extraganglionar resultó predictora de RI al año (OR: 5,6 [1,2-26,3]). La mortalidad específica (ME) se relacionó con la edad inicial (ME del 8,1% si edad = 55 años versus 0% si edad < 55 años) y con una variante histológica distinta a la clásica o folicular del carcinoma papilar (ME del 1% para estas variantes versus 28,6% para otras variantes).

Conclusiones: Actualmente, los sistemas de estadiaje más reconocidos del CDT excluyen variables como la extensión extranodal en sujetos con metástasis ganglionares que quizás podrían mejorar la predicción final sobre la respuesta al tratamiento.

10. CONSECUENCIAS DEL CAMBIO DESDE LA EDICIÓN 7 A LA EDICIÓN 8 DE LA AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (AJCC) EN UNA SERIE DE 340 PACIENTES CON CARCINOMA DE TIROIDES DEL EPITELIO FOLICULAR

C. Familiar Casado¹, X. Pérez Candell¹, C. López Nevado¹, F. Hernández Olmeda¹, P. Espinosa de los Monteros Sicilia¹, S. Merino Menéndez², C. Montañez Zorrilla¹ y M. Pazos Guerra¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición; ²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico San Carlos.

Objetivos: La 8.ª versión de estadificación de la AJCC tiene una mayor capacidad de discriminación de la mortalidad entre estadios menos y más avanzados de cáncer de tiroides del epitelio folicular (CT) en relación con su versión anterior.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo, serie de 340 pacientes con CT operados. Comparamos curvas de supervivencia específica (SE) (Kaplan Meier) entre la 7ª y 8ª versión de los estadios no avanzados (I, II, III) y avanzados (IV) mediante test log rank. Determinamos la asociación entre mortalidad y variables recogidas al diagnóstico.

Resultados: Tiroidectomía total (92,7%), vaciamiento ganglionar central (67%), lateral (20,3%), ablación con radioyodo (63,7%). Edad media 54 (15) años. Mortalidad específica (ME) se asoció: variante histológica no favorable (7,4% vs 0,7% variante favorable), extensión extratiroidea macroscópica (18,2% vs 0,6% sin extensión) y metástasis a distancia al diagnóstico (66,7% vs 0% sin MTS). Clasificados en T1, T2, T3 y T4 cambio de 68,3%, 5,9%, 22,9% y 2,9% (7.ª) a 84,5%, 9,4%, 3,2% y 2,9% (8.ª). Los agrupados en estadios I, II, III y IV pasó de 67,9%, 1,7%, 19,4% y 11% (7.ª) a 85%, 12,3%; 1,2% y 1,5% (8.ª). La SE a 5 años no se modificó en estadios no avanzados (100%) entre una y otra edición, pero si descendió para el estadio IV de una edición a la otra del 87,5% (7.ª) al 20% (8.ª).

Conclusiones: La edición más reciente de la AJCC parece predecir la mortalidad de forma más ajustada a la realidad y con mayor capacidad discriminativa entre estadios menos y más avanzados.

11. CAMBIOS EN EL PERFIL LIPÍDICO EN PACIENTES CON OBESIDAD INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

R.M. García Moreno, I. Calvo Viñuela, I. Aguilera García, M. Zapatero Larrauri y A.I. de Cos Blanco

Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Los objetivos son analizar los cambios en el perfil lipídico en los pacientes con obesidad intervenidos de cirugía bariátrica, estimar la asociación con la pérdida de peso poscirugía y evaluar si existen diferencias entre técnicas quirúrgicas restrictivas y mixtas.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica en el periodo entre 2006 y 2019, y en seguimiento por el Servicio de Endocrinología y Nutrición de Hospital Universitario la Paz. Se seleccionaron 91 pacientes (63 M/28V) con media de edad de 48,57 años (25-66). Se revisaron los datos del colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos (TGs) y se estudió el cambio tras la cirugía (a los 6, 12 y 24 meses poscirugía). Para el análisis estadístico se construyeron modelos de regresión para cada variable respuesta.

Resultados: El colesterol total disminuyó significativamente a los 6 meses poscirugía respecto los niveles basales (-21,53, IC95% = -32,40; -10,60, $p < 0,001$) y esta mejoría se mantuvo a los 12 y 24 meses. El nivel de colesterol LDL se redujo también de forma significativa a los 6 meses (-17,39, IC95% = -25,90; -8,86; $p < 0,001$) manteniéndose la mejoría durante todo el seguimiento. El cambio en el colesterol HDL a los 6 meses poscirugía no fue significativo ($p = 0,194$), sin embargo, a los 12 meses se observó un aumento significativo en sus niveles (6,33, IC95% = 3,45; 9,21, $p < 0,001$), y ese incremento persistió a los 24 meses. El nivel de TGs disminuyó significativamente a los 6 meses poscirugía (-38,96, IC95% = -58,70; -19,3, $p < 0,001$) y la reducción se mantuvo a los 12 y 24 meses. No hubo diferencias significativas entre las técnicas quirúrgicas (restrictivas vs mixtas) para el cambio en ninguno de los parámetros del perfil lipídico a lo largo del tiempo (interacción no significativa). Se observó una asociación significativa entre la pérdida de peso (en kg) y la disminución de colesterol total (OR = 0,67, IC95% = 0,52; 0,86, $p = 0,001$), de LDL (OR = 0,69, IC95% = 0,56; 0,84, $p < 0,001$), y de TGs (OR = 0,32, IC95% = 0,21; 0,49, $p < 0,001$) y entre pérdida de peso y aumento de HDL (OR = 1,15, IC95% = 1,07; 1,23, $p < 0,001$). De los 10 pacientes que tomaban algún fármaco hipolipemiente antes de la cirugía, el 50% lo suspendió a los 6 meses y el 80% a los 12 meses.

Conclusiones: 1) Todos los parámetros del perfil lipídico mejoraron de forma significativa tras la cirugía y esta mejoría fue mantenida en el tiempo. 2) Se observó una asociación significativa entre pérdida de peso y disminución de colesterol total, LDL y TGs, así como aumento de HDL, siendo el nivel de TGs el parámetro que más se modificó por cada kg de peso perdido. 3) No hubo diferencias significativas entre técnicas quirúrgicas restrictivas y mixtas en los cambios que se produjeron en el perfil lipídico tras la cirugía.

12. DISLIPEMIA INDUCIDA POR LORLATINIB. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

P. Lois Chicharro, P.J. Ferreira Ocampo, J. Wong Cruz, S.C. Doejo Marciales. A.M. González López y F. Almodóvar Ruiz

Hospital Universitario Fundación Alorcón.

Objetivos: El lorlatinib es un inhibidor de la tirosinquinasa indicado para el tratamiento de pacientes adultos con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) avanzado positivo para la quinasa del linfoma anaplásico (ALK) cuya enfermedad ha progresado, tras recibir: alectinib o ceritinib como primer tratamiento con un inhibidor de la tirosina quinasa (TKI) ALK; o crizotinib y al menos otro TKI ALK. Entre sus principales efectos adversos destaca la aparición de dislipemia con aumentos en el colesterol sérico y los triglicéridos hasta en un 86% de los pacientes, y de dislipemia severa (grado 3 o 4) hasta en un 17%. La mediana de tiempo hasta el desarrollo de la misma se estima en 21 días. Se exponen dos casos clínicos de pacientes sin alteración lipídica previas, que desarrollan en 4 semanas del inicio del lorlatinib una dislipemia grave.

Métodos: Caso 1: Varón de 64 años HTA, DM tipo 2 con mal control metabólico, sin dislipemia conocida, en seguimiento oncológico por adenocarcinoma pulmonar estadio IV que tras progresión deciden inicio de tratamiento con lorlatinib (4.ª línea), desarrollando el paciente a los 28 días del inicio cifras de colesterol total de 505 mg/dl, LDL-c 360 mg/dl y triglicéridos 372 mg/dl y colesterol no HDL: 434 mg/dl. Caso 2. Mujer de 57 años exfumadora, sin dislipemia previa en seguimiento oncológico de adenocarcinoma pulmonar estadio IV que tras progresión deciden inicio de tratamiento con lorlatinib (3.ª línea), desarrollando a los 45 días cifras de colesterol total de 446 mg/dl, LDL-c 297 mg/dl y triglicéridos 335 mg/dl.

Resultados: Caso 1: se decide inicio de atorvastatina 80 mg al día, presentando reducción posterior a los 3 meses de los niveles de LDL-c

hasta 175 mg/dl (un 52%), colesterol total 270 mg/dl (un 47%), con un colesterol no HDL de 195 mg/dl, permitiendo al paciente el mantenimiento de la terapia. Caso 2. Se inicia tratamiento con rosuvastatina 40 mg día. Presentando al mes empeoramiento de los niveles de colesterol hasta colesterol total de 599 mg/dl, LDL-c 453 mg/dl y triglicéridos 499 mg/dl. Se decide asociar ezetimiba 10 mg y disminuir dosis de lorlatinib con control posterior de la dislipemia.

Conclusiones: El lorlatinib es un TKI que produce hasta en un 17% de los pacientes dislipemia severa, haciendo necesaria una monitorización estrecha de los niveles de Colesterol total y LDL-c para realizar una detección temprana de las alteraciones e inicio/modificación de régimen hipolipemiente, incluso modificación o suspensión de la quimioterapia si fuera preciso.

13. TERAPIA DE TESTOSTERONA EN PACIENTES DIABÉTICOS

E. Díaz Piñero, R. García García, R. Palacios y F. Apicella

Clínicas Doctor Life.

Objetivos: Entre el 25% y el 50% de hombres con diabetes tipo 2 (DMT2) presentan menores niveles de testosterona. Además, hasta un 20% de pacientes que sufren DMT1 presentan niveles disminuidos de testosterona en comparación con varones sanos. Las concentraciones bajas de testosterona se asocian con una mayor resistencia a la insulina. El tratamiento sustitutivo con testosterona en hombres con DMT2 y déficit de testosterona mejora el control glucémico, el metabolismo de los carbohidratos, la resistencia a la insulina, la adiposidad, la inflamación y la hipercolesterolemia. En este estudio, queremos demostrar cómo la terapia de reemplazo hormonal con testosterona es capaz de sustituir la terapia con insulina en paciente diabéticos, mejorando así su calidad de vida y su salud física.

Caso clínico: Varón 52 años, disfunción eréctil, DMT1 y bomba de insulina 32u diarias. Test ADAM positivo. Glucosa: 212 mg/dl, insulina: 11,6 mU/l, TT: 8,67 ng/ml, TL: 16,31 ng/l. Tratamiento: Testex IM 250 mg/semana 12 semanas. Tras tratamiento con T 12 semanas: bomba de insulina 22u diarias. Glucosa: 183 mg/dl, insulina: 11,6 mU/l, TT: 8,94 ng/ml, TL: 20,07 pg/ml. Mejoría de cuadro diabético y disminución de la dosis de insulina diaria. Mejoría de testosterona libre (TL) aunque no alcanza niveles óptimos.

Discusión: En este caso clínico podemos observar como las dosis de insulina se ha ido ajustando hasta reducirla 1/3 en 12 semanas de tratamiento con testosterona. Se pretende optimizar los niveles de testosterona para que en un futuro sea un reemplazo total del uso de insulina.

14. INFLUENCIA DEL NUTRICIONISTA EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA. COMPARACIÓN DE RESULTADOS CON O SIN INTERVENCIÓN ESPECIALIZADA

M. Crespo Yanguas y C. Aragón Valera

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: Establecer si existen diferencias en cuanto a pérdida de peso pre y postoperatoria entre pacientes que recibieron terapia grupal para conseguir pérdida de peso preoperatoria y los que fueron manejados de forma convencional antes de implantar dicho programa.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivas sobre las historias de pacientes sometidos a CB antes y después de la implantación de un programa grupal (PG) de modificación del estilo de vida. La población se dividió en 2 grupos, uno que recibió el tratamiento

convencional sin intervención nutricional antes de la cirugía bariátrica (GC, N = 50 pacientes) y otro que sí recibió una intervención nutricional antes de la cirugía (GI, N = 71 pacientes). Este PG consiste en 4 sesiones dirigidas a modificación de hábitos alimentarios, ejercicio físico y alimentación antes y después de CB. Se recogen datos del momento del inicio del seguimiento (V0), en el momento de la cirugía (V1), a los 6-12-24 meses de la cirugía (V2, V3 y V4 correspondientemente).

Resultados: Se obtuvieron datos de 121 pacientes intervenidos entre 2008 y 2017, representando el 76,9% de la población mujeres y siendo la edad media de 47,11 (23-65). Respecto a las complicaciones asociadas a la obesidad, se destaca que el 52,1% de los pacientes padecía síndrome de apnea hipoapnea del sueño (SAHS), seguido de 49,6% hipertensión arterial (HTA), el 31,4% dislipemia y el 28,9% diabetes mellitus (DM). No existieron diferencias significativas entre ambos grupos respecto a la edad, sexo o complicaciones asociadas, siendo la población homogénea. El índice de masa corporal (IMC) medio fue de 44,68 (35,19-58,83), no presentando diferencias significativas entre ambos grupos. Al comparar la pérdida de peso producida tras la intervención nutricional, sí se observan diferencias significativas respecto al IMC, siendo menor en el grupo que recibe la intervención nutricional. Otra de las variables analizadas fue el porcentaje de peso perdido (PPP), encontrándose diferencias entre GI y GC en todas las visitas, siendo mayor en el momento precirugía (6,37 vs 0,38%).

Conclusiones: Como consecuencia de los resultados obtenidos una intervención nutricional previa a una cirugía bariátrica es efectiva tanto en la pérdida de peso prequirúrgica como en la evolución del paciente tras la cirugía bariátrica, presentando resultados más positivos. Los PG son una intervención coste efectiva que debe tenerse en cuenta para la preparación del paciente candidato a CB.

15. EDEMA AGUDO DE PULMÓN POR MIOCARDIOPATÍA DILATADA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE FEOCROMOCITOMA

C. López Nevado, P. de Miguel Novoa, X. Pérez Candel, M. Pazos Guerra, R. Pallarés Gasulla, P. Espinosa de los Monteros Sicilia, F. Hernández Olmeda y M. Cuesta Hernández

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: Las formas de presentación de un feocromocitoma son muy variadas y precisan de alta sospecha diagnóstica.

Caso clínico: Mujer de 42 años sin antecedentes que ingresa por edema agudo de pulmón. Es diagnosticada de miocardiopatía dilatada (MD) no isquémica con fracción de eyección del ventrículo izquierdo severamente disminuida (30%). En ecografía abdominal, realizada por elevación de transaminasas, se observa una masa adrenal derecha de 35 x 40 mm confirmada en la RMN cardiaca y TAC abdominal, sugerente de feocromocitoma. El estudio de catecolaminas y metanefrinas en orina y la posterior adrenalectomía confirmaron el diagnóstico. A la anamnesis dirigida la paciente presentaba paroxismos de nerviosismo, diaforesis y palpitaciones desde hacía meses. No presentaba cefalea ni hipertensión arterial previa, ni durante el ingreso.

Discusión: La miocardiopatía por catecolaminas ocurre en el 10% de los casos de feocromocitoma. Entre los mecanismos fisiopatológicos se ha descrito: toxicidad directa sobre los miocitos, hipoxia por aumento de la demanda y disregulación de los receptores beta. Es potencialmente reversible tras la adrenalectomía. El debut como insuficiencia cardiaca aguda (ICA) indica una mayor extensión de daño cardiaco y puede presentar peor pronóstico. Una de las formas más frecuentes es la MD, cuyo desarrollo depende de la

exposición crónica al exceso de catecolaminas conduciendo a apoptosis, fibrosis, remodelado y disfunción cardiaca. Debido a ello, asocia tasas más altas de ICA como forma de presentación (22%), formas más graves de disfunción ventricular izquierda (FEVI 22 ± 11%) y peores resultados tras la cirugía. El feocromocitoma debe ser considerado en la evaluación de la miocardiopatía no isquémica y no valvular, incluso sin hipertensión arterial.

16. HIPOGONADISMO HIPERGONADOTROPO EN SÍNDROME DE POEMS. REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Kanaan Kanaan, L. Mola Reyes, I. Crespo Hernández, R. Penso Espinoza, T. de Grado Manchado, L. Herráiz Carrasco, M.C. Gil Martínez, M.E. Mendoza Sierra

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Objetivos: El síndrome de POEMS (acrónimo para Polineuropatía, Organomegalia, Endocrinopatía, paraproteína Monoclonal y Skin-alteraciones cutáneas) es una entidad multisistémica poco frecuente que requiere para su diagnóstico la presencia obligatoria de polineuropatía y proliferación monoclonal de células plasmáticas (criterios obligatorios) y además 1 criterio mayor y 1 menor. Entre los criterios menores se encuentran las endocrinopatías, que aparecen en el 67% de los pacientes al diagnóstico (los más frecuentes: hipogonadismo, hipotiroidismo, insuficiencia suprarrenal, diabetes y enfermedad paratiroidea).

Caso clínico: Presentamos un paciente varón de 54 años ingresado en nuestro hospital por debilidad de MMII con diagnóstico de polineuropatía mixta desmielinizante ascendente. Ante la presencia de otra clínica compatible con síndrome de POEMS (esplenomegalia, hiperpigmentación cutánea, poliglobulia), se solicita interconsulta a nuestro servicio para determinar la presencia de posibles endocrinopatías de cara a establecer el diagnóstico de síndrome de POEMS. En la anamnesis dirigida, el paciente aquejaba disminución de libido y erecciones. Exploración: hiperpigmentación de la piel, constantes normales, sobrepeso, no ginecomastia. En la analítica de ingreso destacaba: función tiroidea normal; prolactina 21 ng/ml (VN 4-15,2), hipogonadismo hipergonadotropo con FSH 15,39 mU/ml (VN 1,5-12,4), LH 19,22 pg/ml (VN 1,7-8,6) y testosterona 1,63 ng/ml (VN 1,93-7,4). ACTH 35,8 pg/ml (VN 7-64), cortisol 7,3 ug/dl (4,8-19,5) en tratamiento corticoideo. HbA1c 5%. PTH 29 pg/ml. La RM hipofisaria fue normal.

Discusión: En nuestro paciente se confirma la existencia de endocrinopatía. Dada la complejidad para el diagnóstico de síndrome de POEMS, requerirá de seguimiento multidisciplinar en el tiempo para evaluar afectación de otros ejes hormonales.

17. ANÁLISIS DE CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES INGRESADOS POR COVID-19 EN EL HOSPITAL CENTRAL DE LA DEFENSA GÓMEZ ULLA

L. Herráiz Carrasco, L. Mola Reyes, C. Cuesta Sacristán, I. Crespo Hernández, R. Penso Espinoza, T. de Grado Manchado, L. Kanaan Kanaan y M.E. Mendoza Sierra

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Objetivos: La diabetes mellitus (DM) aumenta el riesgo de mala evolución en COVID-19. Se ha propuesto un efecto diabetogénico del SARS-CoV-2, induciendo empeoramiento glucémico y debut de DM. **Objetivo:** Evaluar control glucémico de pacientes ingresados por COVID-19 en el Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla (HCDGU).

Métodos: Observacional retrospectivo. 36 pacientes ingresados por COVID-19 en planta de hospitalización del HCDGU, valorados por Endocrinología durante el ingreso, del 15/03/2020 al 30/4/2020. Recogidos: datos epidemiológicos, HbA1c previa, tiempo de hospitalización, tiempo hasta valoración por nuestro servicio, glucemias capilares durante ingreso y tratamiento. Análisis con SPSS. Descriptivos: media (DE), mediana [RIQ]. Comparación de medias: t Student muestras independientes. Correlación: Rho Spearman.

Resultados: 66,7% hombres, edad media: 68,49 (13,11) años. DM previa a ingreso: 77,77%, HbA1c media: 8,35 (1,32)%. 3 debuts de DM al ingreso: HbA1c 11,6 (2,32)%. Mediana de estancia: 14[11] días, transcurriendo 7[11] días hasta valoración por Endocrinología (correlación positiva con tiempo de ingreso: $r = 0,51$, $p = 0,001$). Glucemia capilar media en diabéticos: 267,32 (70,95) vs 254,60 (93,37) mg/dl en no diabéticos, $p = 0,72$. Mayor glucemia en fallecidos vs no fallecidos: 318,8 vs 254,9 mg/dl, aunque no diferencia significativa, $p = 0,26$. Tratamiento corticoideo en 77,8%, sin diferencia de glucemia con los pacientes sin corticoide: 266,89 vs 260,88 mg/dl, $p = 0,84$. 16,7% fallecieron.

Conclusiones: El control glucémico fue insuficiente tanto en diabéticos como no diabéticos, sin diferencia en función de tratamiento corticoideo y se observó debut de DM en 3 pacientes, pudiendo haber contribuido un posible efecto diabetogénico del SARS-CoV-2. El tiempo hasta interconsulta fue prolongado, relacionándose con mayor duración del ingreso. Por todo ello, es importante asegurar valoración y optimización de tratamiento de forma precoz de cara a mejorar evolución y pronóstico.

18. DIABETES INSÍPIDA ASOCIADA A PREECLAMPSIA GRAVE/ECLAMPSIA

A.M. Rivas Montenegro, R.J. Añez Ramos, L. González Fernández, D. Muñoz Moreno, N. Brox Torrecilla, M. Miguélez González, P. Rodríguez Benítez y E. Fernández Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: La diabetes insípida (DI) es una complicación que ocurre en 1:30,000 gestaciones, asociada al exceso de acción de la vasopresinasa placentaria, que aumenta la degradación de vasopresina.

Caso clínico: Mujer de 18 años que acude al servicio de Urgencia a las 40 semanas de gestación con cuadro de preeclampsia grave/eclampsia de difícil manejo. Desde su llegada, poliuria con diuresis en torno a 4,6 ml/kg/hora asociada a hipernatremia (sodio máximo 150 mg/dl) y osmolaridad urinaria disminuida (208 mOsm/kg). Se realiza test diagnóstico terapéutico con 2 ug intravenoso de desmopresina, con diagnóstico de DI asociada a preeclampsia grave. Estudio hipofisario sin alteraciones en otros ejes. Se inicia desmopresina 10 ug intranasales cada 8 horas, cambiando posteriormente a sublingual por dificultad en el manejo. Al décimo día de hospitalización permanece neurológicamente estable, con TA controlada, diuresis en torno a 1,6 ml/kg/h, sodio 136 mEq/L, Osmu 344 mOsm/kg. Dada su estabilidad clínica y analítica se decide alta con desmopresina sublingual (30-60-90 ug). A los 4 días del alta, la paciente refiere buen control tensional, sin poliuria, polidipsia ni nicturia ante lo cual se decide suspender desmopresina. Seguimiento posterior sin incidencias, última analítica con sodio 137 mEq/L y Osmu 329 mOsm/kg. A las 6 semanas del alta permanece asintomática.

Discusión: Este caso refleja la historia natural de la DI inducida por vasopresinasa asociada a preeclampsia/eclampsia, con una aparición típica en el tercer trimestre que remite espontáneamente tras el parto (hasta 4-6 semanas después). Es necesario una vigilancia estrecha con monitorización de diuresis e iones para ajuste de tratamiento con desmopresina.

19. ¿QUÉ SE ESCONDE TRAS LAS ADENOPATÍAS CERVICALES?

J. Modamio Molina, B. Ugalde Abiega, S. Bacete Cebrián, M. Zubillaga Gómez, I. Moreno Ruiz, O. Meizoso Pita, I. Martín Timón y C. Sevillano Collantes

Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción: La linfadenopatía cervical es una manifestación clínica frecuente en pacientes con carcinoma papilar de tiroides. La linfadenitis tuberculosa (TB) puede imitar la metástasis en los ganglios cervicales del carcinoma papilar de tiroides (CPT), ya que la distribución y la apariencia de los ganglios linfáticos afectados son similares.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 48 años en seguimiento en la consulta de endocrinología de nuestro hospital tras tiroidectomía total más linfadenectomía con diagnóstico anatomopatológico de CPT con tres ganglios afectos y una paratiroides infiltrada por metástasis. Se completó el tratamiento con radioyodo siendo el rastreo posterior negativo y manteniendo tiroglobulina (TG) no medible con anticuerpos antitiroglobulina negativos. En una ecografía de control se objetivó en el nivel II derecho un ganglio nodular hipoecoico de $1 \times 0,6$ cm, y adyacente a este, otro ganglio hipoecoico, que plantea la posibilidad de adenopatía quística. Se solicita un segundo rastreo que no evidenció captación. La PAAF del ganglio linfático laterocervical derecho se informó como insuficiente. Se repite la PAAF apareciendo una linfadenitis granulomatosa, no se observan bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) con técnica de Ziehl-Nielsen y se decidió realizar una adenectomía derecha dado que se ha descrito reacción granulomatosa en relación con neoplasia. El resultado anatomopatológico de las adenopatías extirpadas muestra una linfadenitis granulomatosa necrotizante de tipo tuberculoide.

Discusión: La tuberculosis debe tenerse en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de la linfadenopatía cervical en pacientes con CPT. Se debe tener en cuenta debido a su creciente incidencia en nuestro medio.

20. PREVALENCIA DE ENDOCRINOPATÍAS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE STEINERT (ES)

M.E. de la Calle de la Villa, P. Díaz Guardiola, M.I. Ramírez Belmar, S. Azriel Mira, J. Olivar Roldán, G. Gutiérrez Gutiérrez y J.A. Balsa Barro

Hospital Universitario Infanta Sofía.

Objetivos: La ES es una miopatía con afectación multisistémica que asocia morbilidad endocrinológica cuya incidencia aumenta a lo largo de la evolución de la enfermedad.

Métodos: Estudio retrospectivo de las morbilidades endocrinológica y nutricional en la casuística de ES de la Unidad de Patología Neuromuscular del H.U. Infanta Sofía.

Resultados: Se examinaron los historiales de 93 pacientes con una edad de 45,2 años (22-92) y una edad de debut de 22,6 años (0-54). La endocrinopatía más prevalente fue la patología nodular tiroidea benigna (56,2%). El 7,5% presentó hipotiroidismo primario (25% autoinmune, 75% idiopático). El 23% de pacientes desarrolló hipogonadismo hipergonadotropo, tendente a aparecer con un debut precoz ($14,9 \pm 8,9$ años vs $22,7 \pm 13,2$ años; $p = 0,052$). El 23,5% presentó hipernatremia causada por un reset del osmostato. Ésta correlacionó negativamente con la edad de debut ($r = -0,407$; $p = 0,002$). La prevalencia de otras endocrinopatías fue: hiperparatiroidismo secundario a hipovitaminosis D 14,3%, HPP 1,9%, prediabetes 7,4% y DM 24,7%. Se confirmó disfgia orofaríngea en el

38,7% de casos y se diagnosticó desnutrición en el 13,8% de los pacientes. Los pacientes desnutridos presentaron mayor prevalencia de disfagia (25,8% vs 6,4%, $R2 = 5,818$, $p = 0,016$) y de deterioro cognitivo (41,7% vs 9,0%, $R2 = 9,086$, $p = 0,003$).

Conclusiones: La patología endocrinológica y nutricional es muy frecuente en la ES, siendo las más prevalentes la patología nodular tiroidea, el hipogonadismo y la hipernatremia. También existe una elevada prevalencia de disfagia, siendo un importante condicionante de la aparición de desnutrición. Nuestros datos revelan la importancia de un correcto seguimiento multidisciplinar de la ES.

21. AGONISTAS DE LA GNRH: UNA COMPLICACIÓN ATÍPICA

B. Ugalde Abiega, V. Triviño, S. Bacete Cebrián,
J. Modamio Molina, M. Zubillaga Gómez, I. Moreno Ruiz,
I. Martín Timón y C. Sevillano Collantes

Hospital Universitario Infanta Leonor.

Objetivos: Los análogos de la GnRH (aGnRH) tienen entre sus objetivos terapéuticos la supresión de la secreción de esteroides sexuales para evitar la progresión de enfermedades que dependen de la producción hormonal ovárica. Entre sus efectos adversos raros está la apoplejía hipofisaria.

Caso clínico: Una mujer 43 años acudió a urgencias por cefalea brusca, vómitos y pérdida de conciencia 10 minutos después de recibir aGnRH por metrorragias. A la exploración física destacaba una tensión arterial de 200/85 mmHg y en la exploración neurológica una parálisis del 3.º nervio craneal, con ptosis y paresia oculomotora. La sospecha clínica fue de apoplejía hipofisaria, por lo que solicitamos un estudio hipofisario donde destacó una prolactina de 75 ng/ml y una FSH de 76 mUI/ml. La bioquímica mostró un calcio de 12,9 mg/dl y una PTH de 384 pg/ml. La prueba de imagen solicitada detectó una glándula hipofisaria 3,5 cm, con una zona sugestiva de infarto hemorrágico que comprimía el quiasma óptico. Ante los hallazgos se realizó una cirugía transfenoidal. La inmunohistoquímica fue positiva para LH y FSH. En el control posterior se objetivó un hipotiroidismo e insuficiencia suprarrenal secundaria. La PTH y calcio persistieron elevados realizándose una ecografía que visualizó un nódulo hiperecogénico. Tras la paratiroidectomía derecha el estudio anatomopatológico mostró un carcinoma paratiroideo. Se solicitó estudio genético MEN1 y MEN4 siendo ambos negativos.

Discusión: Este caso muestra una complicación infrecuente de los aGnRH en una paciente con macroadenoma hipofisario y hallazgo incidental de un carcinoma paratiroideo. Esta combinación de entidades es atípica y puede estar relacionada con el MEN o mutaciones esporádicas.

22. RECUÉRDAME, CUANDO EL SODIO BAJO ESTÉ

M. Mediero Benítez, M.M. Fandiño García, L. Vegara Fernández,
G. Castillo Carvajal y M. Pérez Pelayo

Hospital Universitario Severo Ochoa.

Introducción: El SIADH se caracteriza por una excesiva secreción de hormona antidiurética en ausencia de estímulo fisiológico que lo justifique, cursando con hiponatremia, OsmP baja y OsmO elevada. Presentamos un caso de SIADH como manifestación de Porfiria aguda intermitente (AIP).

Caso clínico: Mujer de 21 años. Sin antecedentes reseñables. Tratamiento con anticonceptivos orales. Ingresó por sospecha analítica de cólico biliar complicado con pancreatitis aguda, con mal control de dolor abdominal e HTA mantenida. Ecografía

abdominal y ecoendoscopia con único hallazgo de barro biliar. Además, hiponatremia hipoosmolar (Na 127 mEq/L, OsmP 267 mOsm/kg) en situación de euvolemia, con osmolaridad elevada en orina (OsmO 501 mOsm/kg), TSH 1,32 µU/ml y cortisol basal 18,1 µg/dl. No focalidad neurológica y Rx de tórax sin alteraciones. La paciente es diagnosticada de SIADH en probable relación con mal control del dolor y opioides. Presentaba un índice de Furst de 1,16, por lo que era poco respondedora a restricción hídrica (RH) y se inició Urea, fármaco que fue mal tolerado y tuvo que suspenderse. Se indicó aporte extra de sal y restricción hídrica (Furst < 0,5), remontando cifras de Na hasta 137 mEq/L. Durante el ingreso, inicia debilidad en miembros inferiores (RM lumbar y EMG sin alteraciones, autoinmunidad y serología negativas) y presenta crisis generalizada tónico-clónica coincidiendo con TA de 160/100 mmHg (EEG no patológico, RM con múltiples lesiones bilaterales sugestivas de síndrome de encefalopatía posterior reversible). Todo ello, sumado a una orina con hematuria microscópica y urobilinógeno positivo, llevó a solicitar el test de Hoesch (porfobilinógeno en orina). Su resultado positivo, junto a la positividad para porfirinas en plasma, orina y heces, confirmaba la sospecha de una crisis de porfiria aguda.

Discusión: Las porfirias agudas son enfermedades poco frecuentes, causadas por alteraciones enzimáticas en la síntesis del grupo hemo. La AIP es el tipo más común en Europa, con herencia AD. Las crisis pueden cursar con vómitos, dolor abdominal, diarrea, HTA, síntomas psiquiátricos, crisis comiciales y SIADH, siendo estos dos últimos, además, marcadores de gravedad. Su tratamiento consiste en altas dosis de glucosa y/o hemina IV. En nuestro caso, se inició tratamiento con hemina y dieta rica en hidratos de carbono, consiguiéndose una mejoría sintomática progresiva. En cuanto a la hiponatremia, las revisiones de casos recomiendan usar tolvaptán, sin embargo, en nuestra paciente con RH, aporte extra de sal, hemina y control del dolor se mantuvo la eunatremia. Como conclusión, es importante incluir la porfiria en el diagnóstico diferencial de todo paciente con hiponatremia, dolor abdominal, HTA de difícil control, orina hematuria y crisis comiciales.

23. METÁSTASIS CEREBRAL GIGANTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE CARCINOMA NEUROENDOCRINO DE ORIGEN DESCONOCIDO

D. Muñoz Moreno, L. González Fernández, N. Brox Torrecilla,
M. Miguélez González, E. Fernández Fernández,
R. García Centeno, J.C. Percovich Hualpa y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: Se presenta el caso de un varón de 80 años con antecedentes más relevantes de hipertensión arterial y fibrilación auricular, con buena vida basal, que en abril de 2020 acude a Urgencias por inestabilidad de la marcha de 3 semanas de evolución, pérdida de fuerza generalizada y mareo sin giro de objetos. Niega cefalea, náuseas, vómitos y alteraciones de la visión.

Métodos: Se realiza una TC craneal que muestra una lesión ocupante de espacio cerebral de aproximadamente 43 × 63 mm que ocasiona edema y efecto masa, compatible con tumor glial de alto grado vs origen metastásico. El paciente ingresa en Neurocirugía donde se realiza RMN para caracterizar mejor la lesión y es intervenido el día 06/05/2020. La anatomía patológica muestra parénquima cerebral infiltrado por una neoplasia epitelial compatible con carcinoma neuroendocrino (NE) de alto grado (Ki67 del 90%), con IHQ+ para CD56, cromogranina, sinaptosina, CK19, TTF1 y p53. A continuación, es remitido a la consulta de Oncología Médica y se extrae analítica con cromogranina A que resulta de 843 ng/ml (19-98). No dispone de ácido 5-hidroxiindolacético.

Resultados: Del mismo modo, se realiza estudio de extensión mediante PET-TC con FDG en mayo 2020 en el que se objetiva lesión hipermetabólica sugestiva de malignidad en cadena ilíaca externa derecha de 60 × 60 mm (SUVmax: 7) y otra lesión hipermetabólica sugestiva de malignidad en cadena ilíaca interna izquierda de 11 mm (SUVmax: 5,4). Se observa un foco puntual hipermetabólico muy definido en mucosa yeyunal (SUVmax 12,5), a nivel de flanco izquierdo que es de difícil caracterización radiológica al carecer el estudio de contraste. Metabólicamente no se puede precisar si se trata del origen primario tumoral, aunque su comportamiento radiológico lo hace poco probable al ser poco frecuente la afectación a distancia sin existir lesiones locoregionales próximas. También se describe lesión hipodensa e hipermetabólica en lóbulo prostático derecho (SUVmax 6,9) que por sus características radiológicas y metabólicas orientan hacia etiología neoplásica. Recibe hasta la fecha 5 ciclos de quimioterapia basada en etopósido-carboplatino, con importante toxicidad hematológica. Se encuentra pendiente de nuevo PET-TC postratamiento.

Conclusiones: Este caso resulta llamativo por la forma de presentación del carcinoma NE a través de una metástasis cerebral sintomática. Estas lesiones son muy infrecuentes a excepción de los carcinomas NE pulmonares (0,5% de pacientes con tumor NE en una serie española). Su aparición implica mal pronóstico a corto plazo. Además, en este caso el tumor primario resulta desconocido (lo que ocurre en más del 10%) y se presentan varias posibilidades. Parece que los carcinomas, a diferencia de los tumores NE más diferenciados, presentan una expresión más baja de receptores de somatostatina. Un índice Ki67 creciente a menudo implica una disminución del número de estos receptores. No obstante, algunos carcinomas captan en el PET con ⁶⁸Ga. La terapia con análogos de somatostatina o con radionúclidos tiene una mayor tasa de fracaso en los carcinomas NE.

24. KETOSIS-PRONE DIABETES: ¿LA CONOCEMOS?

M. Zubillaga Gómez, B. Ugalde Abiega, S. Bacete Cebrían, J. Modamio Molina, I. Martín Timón y C. Sevillano Collantes

Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción: La ketosis-prone diabetes mellitus fue reconocida en 1984. Se caracteriza por la aparición de cetosis o cetoacidosis diabética poco tiempo después del inicio de clínica cardinal (normalmente menos de 4 semanas). Contrariamente a la DM tipo 1, en la KPDM los requerimientos de insulina descienden al cabo de unas semanas (normalmente entre 2 y 12 semanas) y aproximadamente el 70% de los pacientes alcanza la remisión y pueden ser manejados exclusivamente con dieta. La mayor parte de los pacientes padecen de sobrepeso u obesidad, tienen antecedentes familiares y son de raza negra, hispanos y recientemente se han descrito en asiáticos.

Caso clínico: Varón asiático de 24 años acudió al servicio de urgencias en junio de 2014. Presentaba poliuria, astenia y pérdida de 6 kg de peso en las tres semanas previas. En la analítica de urgencias glucosa: 323 mg/dl, pH 7,22, bicarbonato 19 mEq/l y cetonuria > 80 mg/dl anticuerpos anti-célula beta, anti-GAD e IA-2 negativos. Índice de masa corporal 28,29 kg/m². Después del alta pasó de terapia intensiva bolo-basal a insulina basal. Pasados tres meses se cambió a tratamiento oral y finalmente después de 20 semanas a exclusivamente dieta. Logró alcanzar la remisión y la ha mantenido durante estos 5 últimos años. En su última visita glucosa era 112 mg/dl y su HbA_{1c} 5,4% exclusivamente con dieta.

Discusión: Ante un debut en un paciente joven con sobrepeso u obesidad, con cetoacidosis diabética y autoanticuerpos negativos, con una reserva funcional de células beta parcialmente preservada, debemos pensar en KPDM como una posibilidad diagnóstica.

25. TUMOR NEUROENDOCRINO CON NEFROPATÍA MEMBRANOSA COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Losada Gata, A. García Piorno, A. Rivas Montenegro, L. González Fernández, N. Brox Torrecilla, M. Miguélez González, R. García Centeno y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos pulmonares representan el 20% del total de cáncer de pulmón. El carcinoma neuroendocrino de células grandes es un subtipo histológico. Su diagnóstico requiere confirmación inmunohistoquímica con marcadores neuroendocrinos. Es de alto grado y mal pronóstico, con mayor incidencia en varones, fumadores y localización periférica.

Caso clínico: Mujer de 58 años diagnosticada de síndrome nefrótico con positividad de anti-PLA2R a título alto tras valoración por edemas. La biopsia renal evidencia una nefropatía membranosa. Se completa el estudio con TAC toracoabdominal que muestra un nódulo pulmonar lobulado de 26 × 23 mm, hipervascular y con zonas de baja atenuación, sugestivo de tumor carcinoide. Se localiza en segmento anterior del LSD dependiente del bronquio subsegmentario medial. El estudio con SPECT-TC muestra un nódulo captante con discreto aumento de la densidad de receptores de somatostatina. Los marcadores 5HII, AVM y CgA resultan negativos. Es intervenido mediante lobectomía superior derecha con diagnóstico histológico de tumor neuroendocrino de células grandes. En la cirugía se extraen múltiples adenopatías, todas negativas, por lo que se decide realizar exclusivamente seguimiento evolutivo. Ante persistencia de proteinuria e hipoalbuminemia se realiza PET-TC que no muestra datos patológicos. La glomerulonefritis membranosa es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en adultos y la forma más común de nefropatía paraneoplásica. Se asocia frecuentemente con tumores sólidos, principalmente con carcinomas gastrointestinales y pulmonares.

Discusión: Aunque es poco común que la nefropatía membranosa se asocie a tumores primarios neuroendocrinos, estos deben incluirse como posibilidad diagnóstica en vista a los hallazgos de este caso.

26. RELACIÓN ENTRE DIABETES Y DEPRESIÓN EN NUESTRO MEDIO

A. Martín Gonzalez, G. Villa, D. Males Maldonado, I. Mattei, G. Allo Miguel, G. Martínez Díaz-Guerra y M. León Sanz

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: 1 de 3 diabéticos sufre un episodio depresivo mayor. Son factores de riesgo: sexo femenino, duración de la enfermedad, comorbilidades y tipo de tratamiento. Se valoró el riesgo de depresión en DM tipo 1 (DM1) y DM tipo 2 (DM2) y factores relacionados.

Métodos: 30 pacientes: 10 con DM1, 10 DM2 y 10 controles. Se evaluó: edad, índice de masa corporal (IMC), duración de la enfermedad (DE), tratamiento, control glucémico y comorbilidades (cardiopatía isquémica (CI), retinopatía diabética (RD), ictus y enfermedad periférica (EA)). El despistaje de depresión se evaluó mediante el cuestionario PHQ-9.

Resultados: 1 paciente presentaba despistaje positivo para depresión en el grupo control, 4 en el de DM1 y 8 en el de DM2, esto es, un riesgo relativo (RR) de despistaje positivo de 6 (IC: 0,8 ± 41,2) en el grupo DM1 y de 8 (IC: 1,2 ± 57,7) en el grupo DM2 comparándose con el control para depresión. La DM2 con mal control glucémico (HbA_{1c} > 7%) presenta 1,5 más riesgo vs buen control (IC: 0,3 ± 6,3) pero no en DM1 (RR = 1, IC: 0,3 ± 3,5). La CI presentó un RR para

depresión de 1,3 (IC 0,3 ± 6,1) en DM1 y de 1,50 (IC: 0,3 ± 6,3) en DM2, la RD un RR de 1,8 (IC: 0,6 ± 5,6) en DM1 y de 0,25 (IC: 0,03 ± 2,5) en DM2. El uso de ICSI asoció un RR: 0,67 (IC: 0,15 ± 2,98) vs un RR: 1,33 (0,43 ± 4,1) en bolo-basal en DM1. El IMC > 30 presenta un RR de depresión de 1,3 (IC: 0,2 ± 10,2) en DM1 y de 1,7 (IC: 0,4 ± 7,2) en DM2. No hubo diferencias respecto al sexo.

Conclusiones: La diabetes parece ser un factor de riesgo para un resultado positivo en el despistaje de depresión en DM1 y DM2 mediante el PHQ-9. El control glucémico, la CI y RD y la obesidad asociaron un riesgo para ello, pero no el sexo (probablemente debido a la escasa N). Es imprescindible un despistaje de depresión en la DM.

27. ALOPECIA ASOCIADA AL TRATAMIENTO CON ANÁLOGOS DE SOMATOSTATINA EN PACIENTES CON ACROMEGALIA ACTIVA POSQUIRÚRGICA: REPORTE DE DOS CASOS

A. Pamela Benítez, M. Gomes Porras, I. Aguilera García, I. Mantelli González, G. Fernández Vázquez y C. Álvarez Escolá

Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Dar a conocer que la alopecia no cicatricial es un evento adverso asociado al uso de análogos de somatostatina.

Métodos: Reporte de casos a partir de un estudio transversal con un total de 90 pacientes con acromegalia en seguimiento en el Hospital Universitario La Paz.

Resultados: La prevalencia de la alopecia asociada al uso de AAS fue del 4%. Caso 1: Mujer de 55 años con antecedente de Poliartalgias, Osteopenia y SAHS leve. Fue diagnosticada en 2013 de un microadenoma hipofisario productor de GH y prolactina (PRL). Presentó enfermedad activa postquirúrgica, iniciándose tratamiento con lanreótide autogel 120 mg cada 56 días. A los 60 días consultó por una intensa caída de cabello que requirió retirar el tratamiento, con recuperación posterior. A excepción del hipotiroidismo secundario, adecuadamente sustituido, no presentaba otras alteraciones hormonales o ingesta de fármacos que justificasen la alopecia. Se realizó una segunda intervención por el hallazgo de un adenoma de 6 mm y, aunque no se evidenció imagen compatible en la resonancia magnética (RM) posquirúrgica, presentaba criterios de enfermedad activa. Fue desestimada para radioterapia. La paciente rechazó tratamiento con Pegvisomant (PEG). Actualmente en aceptable control con cabergolina (CAB) presentado cifras de IGF-1 <1.5 sobre el límite superior de la normalidad (LSN). Caso 2: Mujer de 78 años con antecedentes de SAHS, Hipertensión Arterial, Cifoescoliosis severa y Osteoporosis. Ante la sospecha de acromegalia se inició el estudio en el año 2013. En la RM se halló una imagen de silla turca parcialmente vacía, presentaba niveles de IGF-1 elevados y ausencia de supresión de GH tras sobrecarga oral de glucosa (SOG). Tras inadecuado control con CAB, se inició tratamiento con octreótide LAR 10 mg cada 28 días consiguiendo un adecuado control bioquímico. A los ocho meses reportó una intensa caída de cabello que requirió suspender el tratamiento e iniciar PEG. Tras el cambio de tratamiento la paciente se encuentra con adecuado control clínico y bioquímico, con niveles de IGF-1 <1.3 LSN. Se reportaron 2 casos en los cuales se observó su presentación luego de la disminución de los niveles de GH e IGF-1. El tratamiento con AAS fue instaurado por motivo de persistencia de la enfermedad tras la cirugía transesfenoidal. Por el componente psicológico fue necesario retirar los tratamientos a pesar del adecuado control bioquímico.

Conclusiones: A pesar de la baja frecuencia de alopecia reportada con el uso de SSA, debemos advertir sobre este evento y al mismo tiempo tranquilizar a los pacientes por la reversibilidad del cuadro.

28. ULTRASONOGRAFÍA A PIE DE CAMA EN PACIENTES CON SOSPECHA DE TIROTOXICOSIS: UNA SERIE DE CASOS

M. Miguélez González, R.J. Añez, N. Brox Torrecilla, A.M. Rivas Montenegro, L. González Fernández, D. Muñoz Moreno, M.E. Sambo y E. Fernández Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: La ultrasonografía es una técnica diagnóstica útil en el paciente hipertiroideo para diferenciar la patología nodular de la patología tiroidea difusa.

Objetivos: Describir las características ultrasonográficas, así como la utilidad de la ecografía en el manejo de pacientes con sospecha de tirotoxicosis en el ámbito de la hospitalización.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo tipo serie de casos en 14 pacientes con sospecha de tirotoxicosis evaluados en el ámbito intrahospitalario por el Servicio de Endocrinología y Nutrición del hospital General Universitario Gregorio Marañón durante el periodo mayo 2018 hasta mayo 2019, de forma que un miembro del equipo (que no conocía los datos clínicos) realizó una valoración ultrasonográfica a pie de cama en el marco de la hospitalización.

Resultados: De los 14 pacientes evaluados, el 71,4% fueron mujeres, el promedio de edad fue 59,5 años, el servicio de ingreso más frecuente fue cardiología con 50%. El 64,3% de los pacientes presentaron bocio y se evidenció enfermedad nodular tiroidea en el 28,6% de los casos, respecto a la ecogenicidad del parénquima tiroideo en el 78,6% de los pacientes se objetivó un parénquima tiroideo heterogéneo y en cuanto a la vascularización solo 1 caso (7%) presentó aumento de la vascularización doppler, la concordancia del diagnóstico ecográfico de presunción con el diagnóstico final fue del 86%.

Conclusiones: La ultrasonografía tiroidea es una herramienta de utilidad diagnóstica en pacientes con sospecha de tirotoxicosis en el ámbito intrahospitalario, constituyendo una habilidad fundamental que debe desarrollar el médico endocrinólogo en formación.

29. IMPLANTES TIROIDEOS SUBCUTÁNEOS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

P.J. Ferreira Ocampo, J.E. Martín Wong, P. Lois Chicharro, S. Doejo Marciales, J.J. Gorgojo Martínez y R.I. Stanescu

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Objetivos: Describir dos casos de pacientes que presentaron nódulos subcutáneos de tejido tiroideo tras hemitiroidectomía en nuestra consulta del Hospital de Alcorcón. Estos hallazgos han sido descritos en la literatura y plantean un reto en el diagnóstico diferencial pudiendo tratarse de condiciones benignas, metástasis o siembra mecánica postquirúrgica.

Métodos: Historial clínico de dos pacientes sometidos a cirugía tiroidea con implantes subcutáneos postquirúrgicos en nuestra consulta. Análisis de edad, sexo, tipo de cirugía, AP inicial, tiempo de aparición de los nódulos subcutáneos, AP de los mismos y actitud terapéutica.

Resultados: Caso 1: varón, 71 años. Hemitiroidectomía izquierda (octubre 2018) por BMN con nódulo dominante TIRADS 4A y PAAF de neoplasia folicular, AP de adenoma de células de Hürthle. Al año aparición de nódulo cervical superficial anterolateral con AP de células de Hürthle. Descrita la opción de metástasis en el diagnóstico diferencial de los implantes tiroideos, además de exéresis quirúrgica, se decide administrar tratamiento ablativo con radioyodo, pendiente de realizar. Caso 2: mujer, 43 años. Hemitiroidectomía derecha e ismectomía (octubre 2020) por BMN. Hemitiroidectomía izquierda por nódulo benigno de crecimiento rápido (diciembre 2011), AP de microcarcinoma papilar incidental, tratamiento supresor. A los 3 años aparición de cuatro nódulos a nivel supraesternal y esternoclavicular,

AP de tejido tiroideo coloide. Nuevamente, además de exéresis quirúrgica, se administra tratamiento ablativo por Test de Thyrogen positivo previo y para tratar la posibilidad de enfermedad metastásica. Criterios de remisión actualmente.

Conclusiones: Los casos de implantes tiroideos suponen un reto en la práctica clínica, si bien pueden presentar características histológicas de benignidad, es posible que su aparición a distancia constituya un signo de malignidad potencial en sí mismo.

30. NUESTRA EXPERIENCIA EN ACROMEGALIA ECTÓPICA: REPORTE DE CASOS

M. Gomes Porras, A.P. Benítez Valderrama,
B. Lecumberri Santamaría y C. Álvarez Escolá

Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Determinar la prevalencia y caracterizar los casos de acromegalia ectópica en la Unidad de Endocrinología y Nutrición de un Hospital de tercer nivel de Madrid.

Métodos: Estudio transversal que incluyó 90 pacientes con acromegalia en seguimiento en la Unidad de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario La Paz de Madrid. Los datos fueron obtenidos mediante revisión de historias clínicas. La descripción de datos cualitativos se realizó en forma de frecuencias absolutas y porcentajes y los cuantitativos mediante media \pm desviación típica y rango (mínimo-máximo).

Resultados: La prevalencia de acromegalia ectópica fue del 3,3% (n = 3), de etiología bronquial, pancreática y suprarrenal. 100% fueron mujeres, edad 66 años \pm 10 (57-80), IMC 25 kg/m² \pm 3 (22-29,1), GH 4,7 ng/ml \pm 1,3 (4-6,6), IGF1 350,6 ng/ml \pm 49,5 (303-419) con SOG 75 g confirmatoria en todos los casos, RM hipofisaria normal (33,3%) e hipófisis con lesiones microquísticas (66,6%). 100% con disglucosis, 66,6% HTA, 33,3% enfermedad nodular tiroidea, 33,3% HVI con valvulopatía y 33,3% feocromocitoma e hiperparatiroidismo primario por adenoma con estudio negativo para MEN1. 33,3% recibió AAS en el prequirúrgico, 66,6% quirúrgico (lobectomía y adrenalectomía) y 33,3% pegvisomant, con enfermedad activa controlada. Los pacientes intervenidos quirúrgicamente presentaron criterios de curación.

Conclusiones: La acromegalia por secreción ectópica de GH es extremadamente infrecuente. La mayoría de las causas están localizadas en la zona toracoabdominal. Debido a que la medición de GHRH no está ampliamente disponible, es indispensable la realización de estudios imagenológicos. Se debe sospechar en aquellos pacientes con hipófisis normal o con lesiones microquísticas. El tratamiento de elección es el quirúrgico.

31. METÁSTASIS SALTATORIAS EN CÁNCER DE TIROIDES. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. García Piorno, I. Losada Gata, M. Miguélez González,
N. Brox Torrecilla, A. Rivas Montenegro, L. González Fernández,
E. Fernández Fernández y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: Las metástasis saltatorias en cáncer de tiroides se definen como la afectación linfática en región cervical lateral en ausencia de afectación del compartimento central. Su incidencia varía entre un 1,6 y 21,8%. Los factores de riesgo para desarrollarla son: tamaño del tumor < 10 mm, localización del primario en polo superior del tiroides, edad > 45 años, histología de microcarcinoma papilar e invasión capsular.

Caso clínico: Varón de 45 años con antecedente de hipotiroidismo primario autoinmune, remitido a endocrinología ante masa en región cervical. Se palpa glándula tiroidea sin nódulos y un ganglio duro y rodadero en región cervical lateral izquierda. En la ecografía se objetiva una glándula tiroidea de apariencia normal y en cadena laterocervical izquierda (nivel VA) una adenopatía con características malignas de 30 mm de diámetro. Se realiza PAAF compatible con carcinoma de tiroides papilar. Se practica tiroidectomía total, vaciamiento central bilateral y funcional izquierdo con hallazgo de microcarcinoma papilar de 1 mm en lóbulo tiroideo derecho, linfadenectomía central izquierda sin hallazgos patológicos y linfadenectomía lateral izquierda con ganglio patológico de 40 mm.

Discusión: Las metástasis regionales son comunes en cáncer de tiroides y el riesgo de recurrencia local es del 30-80%. La localización central suele estar implicada por tratarse de la primera etapa del drenaje linfático, pero también pueden diseminarse directamente al compartimento lateral del cuello, lo que se conoce como metástasis saltatorias. Por tanto, ante la presencia de una adenopatía cervical debe plantearse un exhaustivo diagnóstico diferencial que incluya cáncer de tiroides.

32. PARADIGMA DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS APLICADAS A LA DIABETES Y LA FIBROSIS QUÍSTICA

I. Aguilera García, N. González Pérez de Villar,
A.P. Benítez Valderrama, S.J. Rogic Valencia, R.M. García Moreno,
B. de León Fuentes y L. Herranz de la Morena

Hospital Universitario La Paz.

Caso clínico: Varón de 22 años con fibrosis quística con participación pulmonar, digestiva y hepática (genotipo Phe508del/G542X). Derivado a Endocrinología desde Pediatría para control de diabetes relacionada con Fibrosis Quística diagnosticada en 2014, habiéndose iniciado tratamiento con insulina glargina 7 UI diarias. Ha presentado múltiples infecciones y colonizaciones pulmonares por diferentes microorganismos que ha precisado diversas terapias antibióticas agresivas. Además, presenta insuficiencia pancreática exocrina, afectación hepática y déficit de vitaminas liposolubles. La fibrosis y atrofia del páncreas provocadas por la fibrosis quística afectan en torno al 50% de la masa de islotes pancreáticos, de forma que se afecta la secreción de insulina en la primera fase postprandial en los pacientes con esta enfermedad, incluso en aquellos con tolerancia a la glucosa normal en los test realizados. Por otra parte, es conocida la relación entre el desarrollo de diabetes relacionada con la enfermedad y la mayor tasa de desnutrición, enfermedad pulmonar severa y mortalidad en los pacientes con fibrosis quística. Es por ello que es importante la detección precoz de la diabetes y el control estricto de esta. Sin embargo, en estos pacientes no existe una relación clara entre la HbA1c y la glucosa media, por lo que nuestro paciente realizaba mediciones de glucemia capilar en ayunas, a la hora y a las dos horas de cada comida antes de acudir a consulta para poder tomar decisiones terapéuticas. Nuestro paciente inició monitorización de la glucosa con un dispositivo flash de cara a disminuir la necesidad de realizar tantos controles de glucemia capilar previos a las revisiones. Los resultados de la monitorización han sido útiles para observar la tendencia a la elevación de la glucemia en la primera hora tras las comidas y para decidir el mejor momento para iniciar tratamiento con insulina ultrarrápida para controlar la elevación precoz de la glucemia posprandial en estos pacientes.

Discusión: La monitorización flash de glucosa es de gran utilidad en la práctica clínica para el control y la toma de decisiones terapéuticas en los pacientes con diabetes asociada a la fibrosis

quística. Además, tiene un impacto positivo importante sobre la calidad de vida de estos pacientes.

33. PROPUESTA DE MANEJO NUTRICIONAL EN LA CONVALECENCIA DEL PACIENTE CON COVID

M. Mediero Benítez, C. Pérez Ramírez, V. Cevallos Peñafiel y L. del Olmo García

Hospital Universitario Severo Ochoa.

Objetivos: Con frecuencia, los pacientes con Covid-19 presentan pérdida ponderal significativa y anorexia. Esto, unido al aislamiento domiciliario, incrementa el riesgo de desnutrición. Debido a la situación excepcional en la que nos encontramos, la valoración y el tratamiento nutricional durante el ingreso es compleja. Con este proyecto, se pretende diagnosticar y tratar la desnutrición en el periodo de convalecencia.

Métodos: El proyecto se ha llevado a cabo mediante consulta telefónica con recogida prospectiva de datos: talla (cm), peso actual (kg), peso previo al ingreso (kg), índice de masa corporal (IMC), porcentaje de pérdida de peso, registro dietético de 24 horas, cuestionario SARC-F para cribado de sarcopenia y los cribados nutricionales CONUT y MUST. Se realiza seguimiento de todos los pacientes con Covid-19 que han sido dados de alta y que han presentado un ingreso superior a 3 días.

Resultados: Hasta la fecha se ha realizado seguimiento nutricional a 85 pacientes: 56,1% (46) varones. Edad media de $70,9 \pm 14,8$ años. Se ha registrado riesgo nutricional elevado (MUST = 2) en el 51,8% de los pacientes y riesgo elevado de sufrir sarcopenia en el 48,1%. En estos casos se han aportado recomendaciones de enriquecimiento calórico-proteico de la dieta y de ejercicio. Además, ha sido necesario iniciar soporte nutricional en 3 pacientes.

Conclusiones: Esta herramienta permite, de forma rápida, realizar una valoración nutricional no presencial en un volumen elevado de pacientes y detectar así, casos de desnutrición para iniciar el tratamiento adecuado.

34. PAPEL DEL PET/TC COLINA EN LA LOCALIZACIÓN DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO. ESTUDIO RETROSPECTIVO

B. García Izquierdo, R. Gómez Almendros, I. Nocete Aragón, M. Contreras Angulo, C. García Gómez, A. Prieto Soriano, N. Palacios García y A. Abad López

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: El PET/TC colina es un método útil para la localización de la glándula patológica en el hiperparatiroidismo primario (HPTP). El objetivo del estudio es evaluar la sensibilidad y especificidad de este procedimiento y analizar los factores clínico-analíticos que puedan predecir su resultado.

Métodos: Estudio retrospectivo de 27 pacientes diagnosticados de HPTP con indicación quirúrgica y no localizado tras gammagrafía ^{99}Tc -sestamibi, a los que se les realizó PET/TAC colina en el Servicio de Medicina Nuclear del Hospital Universitario Puerta de Hierro entre 2018-2020 y presentan confirmación histológica.

Resultados: Se incluyeron 19 mujeres y 8 varones con una media de 59 años de edad. Cuatro de ellos se habían sometido a cirugía previamente. 26 presentaron densitometría ósea patológica (16 osteoporosis, 10 osteopenia); 10, litiasis renal y 2, fractura ósea previa. El PET/TAC Colina fue positivo en 20/27 casos (74%), con una sensibilidad del 80% (20/25 con AP patológica; 17 adenomas, 1 hiperplasia, 7 compatibles con adenoma/hiperplasia). Se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de

pacientes con resultado positivo vs negativo respecto a la calcemia corregida por albúmina (mediana 10,44 mg/dl (rango 9,86-12,14) vs 9,96 mg/dl (rango 8,8-10,26); $p = 0,011$). En el resto de las variables estudiadas no se encontraron diferencias significativas; PTHi ($p = 0,268$), calciuria, fosfatemia o vitamina D.

Conclusiones: El PET/TC colina es útil para la localización en el HPTP, en especial en aquellos casos con un trastorno metabólico más marcado.

35. FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ACROMEGALIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN DE MADRID

R. Añez Ramos, J.C. Percovich, A. Rivas Montenegro, L. González Fernández, D. Muñoz Moreno, M. Miguélez González, N. Brox Torrecilla y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Objetivos: La acromegalia resulta de la exposición crónica al exceso de GH (hormona de crecimiento) e IGF-I, típicamente por un adenoma hipofisario, produciéndose alteraciones bioquímicas y metabólicas que aumentan el riesgo cardiovascular. El objetivo fue describir los factores de riesgo cardiovascular en los pacientes con acromegalia.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal en 68 pacientes con acromegalia, pertenecientes a las Consultas Externas del Servicio de Endocrinología del HGUGM, y que forman parte de la base de datos de acrodat®. Las asociaciones se evaluaron mediante la prueba de X2 con corrección de Fisher. Se realizó un modelo de regresión logística para determinar IAM/ICC isquémica, ajustado por IGF-I (valor con respecto al LSN), hipertensión, diabetes, glicada, dislipemia y SAHOS. Se consideró significancia estadísticamente significativa cuando $p < 0,05$.

Resultados: El 54,4% ($n = 37$) tuvo hipertensión, 42,6% ($n = 29$) dislipemia, 33,8% ($n = 23$) diabetes mellitus, 32,4% ($n = 22$) SAHOS y 5,9% ($n = 4$) IAM/ICC. El valor con respecto al LSN del IGF-I fue de $0,98 \pm 0,37$ veces. 39,7% ($n = 27$) de los pacientes cumplían criterios de curación posterior a cirugía/radioterapia, el 60,3% ($n = 41$) recibía tratamiento médico para la acromegalia. La frecuencia de IAM/ICC fue mayor (17,6%, $n = 3$) en los sujetos con IGF-I elevada ($> p75$) comparado al 2% ($n = 1$) en aquellos sin IGF- elevada ($p = 0,046$). En el análisis multivariante tener IGF-I elevada mostró una elevada ocurrencia de IAM/ICC (OR: 16,95; IC95%: 1,09-263,74).

Conclusiones: Los sujetos con acromegalia tienen mayor frecuencia de factores de riesgo cardiovascular comparado a la población general. Un control inadecuado de IGF-I puede aumentar el riesgo de IAM/ICC, por lo que se sugiere seguimiento cardiovascular estrecho en aquellos pacientes con difícil control bioquímico.

Abreviaciones: GH: Hormona de crecimiento; IGF-I: Factor de crecimiento similar a la insulina-I; HGUGM: Hospital General Universitario Gregorio Marañón; IAM: Infarto agudo de miocardio; ICC: Insuficiencia cardíaca congestiva.

36. RESULTADOS DE SATISFACCIÓN DE UN PROGRAMA DE CUIDADO, MEJORADO MEDIANTE TECNOLOGÍAS DIGITALES, PARA PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 1 EN TRATAMIENTO CON BOMBA DE INSULINA

R. Gómez Almendros, I. Nocete Aragón, L. Prieto Coca, N. Palacios García, L. Armengod Grao, B. Merino Barbancho, M. Contreras Angulo y A. Abad López

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: El control metabólico de pacientes con DM1 en tratamiento con bomba de insulina (ISCI) requiere alta implicación

por parte del paciente. Aunque hay múltiples aplicaciones disponibles, ninguna está bien integrada en los sistemas de salud.

Objetivos: Evaluar calidad de vida, empoderamiento y satisfacción de un nuevo programa de cuidado basado en un centro de monitorización remota asociado a una APP a través de la cual el paciente recibe feedback médico.

Métodos: Se reclutaron 36 pacientes. Los cuestionarios utilizados fueron: DTSQ-s y -c; DES-SF; PAID (basal y final) y una encuesta propia sobre la experiencia del paciente.

Resultados: 32 pacientes completaron las encuestas (15 mujeres, edad media 41,8 años, tiempo de evolución DM 22,5 años, tiempo con ISCI 6,8 años). El 72,7% utilizaba MCGI, 15,2% AMGC y 9,1% MCGiFlash. En DTSQ-s, la puntuación media fue 28,8/36 mientras en DTSQ-c fue 9,18/18, en ambos las preguntas sobre satisfacción del tratamiento fueron las mejor valoradas. En DES-SF la puntuación media fue 3,91/5. No se encontraron diferencias estadísticas entre PAID basal y final, aunque existe tendencia a la mejoría (37,3 vs 39,7/80). En la encuesta de experiencia con el programa, la puntuación media fue 7,42/10 siendo los mejores resultados los de educación diabetológica recibida y recomendación del programa.

Conclusiones: Las encuestas obtuvieron en general una puntuación media, siendo aquellas categorías sobre satisfacción del tratamiento/programa y su recomendación las que más puntuación obtuvieron.

37. FACTORES PREDICTORES DE CURACIÓN EN ACROMEGALIA: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

M. Gomes Porras, A.P. Benítez Valderrama, R. García Moreno, D. Meneses González, P. Martín Rojas, P. Parra Ramírez, B. Lecumberri Santamaría y C. Álvarez Escolá

Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Caracterizar pacientes con acromegalia en seguimiento por la Unidad de Endocrinología y Nutrición de un hospital de tercer nivel de Madrid y analizar los factores predictores de curación.

Métodos: Estudio transversal con 90 pacientes acromegálicos de la Unidad de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario La Paz de Madrid, mediante revisión de historias clínicas. Descripción de datos cualitativos en frecuencias absolutas y porcentajes y datos cuantitativos mediante media \pm desviación típica y rango. El modelo estadístico utilizado fue la regresión logística univariante y multivariante, con significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Acromegalia hipofisaria 96,7% ($n = 87$) y ectópica 3,3% ($n = 3$). 1% por síndrome de McCune-Albright y 1% MEN1. 55,6% mujeres, edad 61,53 años \pm 16,5 (12-96), IMC 28,67 kg/m² \pm 4,2 (22-39). Fenotipo acromegálico (68,4%), cefalea (10,5%), hallazgo incidental en RM cerebral (7,9%), hiperhidrosis (5,3%), alteración campimétrica (5,3%) y talla alta (2,6%). Retraso diagnóstico 4,6 años \pm 3,6 (0,5-15). GH inicial 20,67 ng/ml \pm 63,54 (1-148), IGF1 inicial 767 ng/ml \pm 553 (159-4320). RM hipofisaria normal 1,3%, hipófisis con lesiones microquísticas 2,5%, STV 2,5%, microadenoma 32,9% y macroadenoma 60,8%, 75,6% invasor. 90,7% cirugía y 21,1% asociaron radioterapia, con 46,8% de curaciones. 71,9% de las acromegalias activas fueron controladas con tratamiento médico. Resultaron estadísticamente significativas en el análisis de regresión: macroadenoma hipofisario, GH e IGF1 inicial y número de veces por encima del límite superior de normalidad de IGF1.

Conclusiones: Continúa siendo un desafío disminuir el retraso diagnóstico. Es necesario determinar GH e IGF1. El tratamiento quirúrgico consigue una tasa de curación cercana al 50%, siendo menor en caso de macroadenomas hipofisarios e inversamente proporcional a los niveles de GH e IGF1.

38. EVOLUCIÓN DE E-CONSULTA EN ENDOCRINOLOGÍA. ANTES Y DESPUÉS DE LA APARICIÓN DE LA COVID19

V. Viedma Torres, A.L. Salguero Roperero, J.A. Rosado Sierra, P. Azcoitia, M.G. Guijarro de Armas, M. Merino Vivero, P. Iglesias Bolaños e I. Pavón de Paz

Hospital Universitario de Getafe.

Objetivos: Describir el perfil de e-consultas realizadas desde su instauración en nuestro centro hospitalario en junio 2019 y la influencia de la pandemia COVID19.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de e-consultas realizadas desde junio 2019 a octubre 2020 y análisis en las e-consultas realizadas preCOVID (junio 2019 a febrero 2020) y postCOVID (marzo a octubre 2020).

Resultados: Se contestaron 374 e-consultas de Endocrinología (69 preCOVID y 305 postCOVID). El 74,87% de los pacientes fueron mujeres con 51,02 \pm 18,82 años de edad, siendo un 5,61% de pacientes de edad avanzada (>80 años). Las patologías más consultadas fueron la tiroidea (51,07%), diabetes (12,57%) e hipófisis (11,76%). El 64,44% de los pacientes no habían sido valorados previamente por nuestro servicio y el 84,76% se resolvieron en < 24 horas. El 35,03% no precisaron derivación a nuestro servicio ni pruebas complementarias. El 81,55% de las e-consultas tuvieron lugar tras la aparición de COVID (50,33% de junio a agosto 2020). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en una mayor proporción de alta resolución de e-consultas, no encontrándose en la proporción de consultas según población, patología, edad ni tiempo de resolución.

Conclusiones: El número de e-consultas ha aumentado desde la instauración de COVID. Consideramos que este sistema es beneficioso por la rapidez de respuesta y por el porcentaje de resolución de pacientes sin derivación ni pruebas complementarias.

39. MANEJO DE LA FENILCETONURIA EN DISTINTAS ETAPAS DE LA VIDA: A PROPÓSITO DE UNA FAMILIA

M. Gomes Porras, I. Lobo Lozano y C. Gómez Candela

Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Enfatizar en el diagnóstico, manejo terapéutico, complicaciones y seguimiento clínico de la fenilcetonuria (FCU) durante la gestación y la etapa perinatal. Estudio descriptivo mediante revisión de historias clínicas de una gestante con FCU clásica y de su recién nacido con FCU moderada.

Caso clínico: Mujer de 28 años con diagnóstico neonatal de deficiencia completa de fenilalanina hidroxilasa (PAH) con fenilalanina (Phe) al diagnóstico de 25 mg/dl (FCU clásica) confirmada genéticamente (genotipo L348V/IVS1nt5). En tratamiento con sustitutos proteicos sin Phe para cubrir el 75% de sus requerimientos proteicos y alimentos sin aspartamo. Durante la gestación, el objetivo de Phe disminuyó de valores < 10 mg/dl a < 3 mg/dl debido a que la hiperfenilalaninemia materna puede originar secuelas irreversibles en el cerebro inmaduro fetal. Tras el parto, el objetivo volvió a fijarse en < 10 mg/dl ya que la restricción dietética no modifica la composición de aminoácidos de la leche materna. El recién nacido fue diagnosticado mediante la prueba del talón de FCU moderada (Phe de 12 mg/dl), en tratamiento con una fórmula nutricional sin Phe y lactancia materna en el 25% de las tomas. Durante la gestación y el primer año de vida del niño se monitorizaron semanalmente los niveles de Phe.

Discusión: La FCU está incluida en los programas de cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas de toda España. Se diagnostica mediante niveles sanguíneos elevados de Phe y pruebas moleculares. El pilar del tratamiento es la restricción

dietética de Phe. Los valores objetivos de Phe varían en función de la etapa vital, con monitorización estrecha durante la gestación y el primer año de vida.

40. ENTEROPATÍA POR OLMESARTÁN: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

I. Lobo Lozano, B. de León Fuentes

Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Descripción de dos casos clínicos de gastroenteropatía por olmesartán y revisión de la literatura al respecto. Estudio descriptivo mediante la revisión de historias clínicas.

Casos clínicos: Paciente n.º 1: Varón 55 años, diarrea de dos semanas de evolución, pérdida de 10 kg de peso. Tratamiento en domicilio: Balzak plus (olmesartán medoxomilo/amlodipino/hidroclorotiazida); citax 20 mg. En Urgencias destaca TA 80/40 mmHg, K+ 2,5 mmol/L. RX de abdomen, TC abdomen, coprocultivo y colonoscopia normales. Estudio de heces compatible con malabsorción de grasas. Tras 15 días de ingreso no se encuentra diagnóstico. Durante su estancia hospitalaria se instaura terapia nutricional con SON con fibra soluble. Se cambia su tratamiento domiciliario por losartán 50 mg, hidroclorotiazida, amlodipino 10 mg, ondasentrón. Mejoría de las deposiciones, al alta no tiene diarrea. Vuelve un mes más tarde por reaparición de la diarrea y pérdida de 6 kg más de peso. TA 80/60 mmHg e hipopotasemia de 2,5 mmol/L. Ingres de nuevo y se continúa estudio diagnóstico. En biopsia intestinal se identifica duodenitis con infiltrado linfocítico. De nuevo durante el ingreso, al retirar el olmesartán desaparece la diarrea. Paciente n.º 2: varón 86 años, diarrea de 6 semanas de evolución, alteraciones iónicas secundarias. Pérdida de 12 kg de peso. Estudio de heces compatible con malabsorción de sales biliares. Inicialmente diagnosticado de cólico biliar, se realizó CPRE y se dio de alta pero el cuadro persistió en domicilio, por lo que reingresa para completar estudio. Soporte nutricional con dieta astringente y SON con fibra soluble. Precisa NP transitoria por intolerancia oral por vómitos, después retirada. Al sospechar enteropatía por olmesartán se retira dicho fármaco de la prescripción y el paciente comienza a reducir el n.º de deposiciones diarias. En gastroscopia se identifica atrofia vellositaria e infiltración linfocitaria en duodeno. Serología negativa para enfermedad celíaca.

Discusión: El olmesartán puede causar una enteropatía sprue-like caracterizada por diarrea crónica grave que puede aparecer meses o incluso años después de iniciada la terapia con este fármaco. Reportada por la FDA en 2013. La biopsia intestinal se caracteriza por atrofia vellositaria. La discontinuación del fármaco hace desaparecer la clínica, pero su reintroducción puede reproducir de nuevo los síntomas. En comparación con otros IECAs, el síndrome de malabsorción severo aparece con un RR de 3,7 (IC95% 1,8-7,3) entre los pacientes que han tomado olmesartán durante 1-2 años, y con un RR de 10,6, (IC95% 5,0-22,5) entre los pacientes que lo han tomado durante más de dos años.

41 PREVALENCIA DE DISTRÉS DIABÉTICO EN PACIENTES CON DM TIPO 1 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

G. Villa López, A. Martín Gonzalez, D. Males Maldonado, I. Mattei, G. Allo Miguel, G. Martínez Díaz-Guerra y M. León Sanz

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Objetivos: El distrés diabético engloba el estrés psicológico asociado a la diabetes y forma parte de los trastornos del ánimo y la depresión. Las guías actuales recomiendan realizar despistaje de

depresión en pacientes diabéticos al diagnóstico y anualmente. Nos planteamos estudiar la prevalencia del distrés diabético en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1).

Métodos: Estudio transversal donde se recogió una muestra aleatoria de 10 pacientes con DM1 que acudieron a la consulta del Hospital Universitario 12 de Octubre. Se realizó el despistaje utilizando la herramienta de cribado DDS17 a todos los pacientes y en aquellos con una valoración positiva (> 3) se realizó el cuestionario completo.

Resultados: Nueve de 10 pacientes presentaron un screening positivo, con una puntuación media del DDS17 de 2,98, lo que representa 3 casos de distrés. El distrés asociado al régimen fue menor en los pacientes con ISCI (OR 0,142, 0,0052-3,9239) mientras que el distrés emocional fue mayor en estos (OR 1,9, 0,0594-61,3470) en comparación con los tratados con MDI (OR 0,52, 0,0163-16,8322). También se objetivó más frecuencia de distrés en aquellos pacientes con mal control glucémico (OR 12,6, 0,5141-280,1054), duración de la DM1 entre 2 y 10 años (OR 10, 0,3993-250,4336) y aquellos con cardiopatía isquémica (OR 2,5, 0,0998-62,6084).

Conclusiones: El distrés diabético es un problema frecuente, aunque probablemente infravalorado en la práctica habitual del control de la DM1. Dada la potencial relevancia clínica parece recomendable realizar el despistaje de distrés diabético.

42. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA AGRANULOCITOSIS INDUCIDA POR METIMAZOL EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DE LA ENFERMEDAD DE GRAVES

C. García Gómez, M. Contreras Angulo, R. Gómez Almendros, B. García Izquierdo, I. Nocete Aragón, C. Pardo de Santayana García, Pedro Luis Iglesias Lozano

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: El tratamiento médico del hipertiroidismo por enfermedad Graves se basa en ciclos de tionamidas, siendo el metimazol el más utilizado en nuestro país. La agranulocitosis (definida como un recuento de granulocitos < 500/ μ l) inducida por metimazol afecta a < 1% de los pacientes los pacientes tratados, apareciendo generalmente en los primeros 30-60 días de tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo de una serie de casos. Se recogieron variables clínicas, analíticas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de agranulocitosis inducida por metimazol atendidos en el H. Puerta de Hierro-Majadahonda entre agosto de 2018 y marzo de 2020.

Resultados: Se describen 2 mujeres y un varón de 76, 43 y 44 años, respectivamente, tratados inicialmente con metimazol (30 mg/día). Todos los pacientes presentaron concentraciones séricas de T3 libre > 10 pg/ml. La agranulocitosis se presentó aproximadamente al mes del inicio del tratamiento (21-38 días) acompañada de fiebre y odinofagia. El manejo incluyó aislamiento inverso, suspensión del metimazol, antibioterapia y corticoterapia. Dos de los pacientes requirieron GM-CSF (Granulocyte Macrophage Colony-Stimulating Factor). El recuento de granulocitos se normalizó entre el 4.º y 9.º día de hospitalización. El tratamiento definitivo del hipertiroidismo fue la cirugía (tiroidectomía total) en dos pacientes y el radioyodo en el tercero.

Conclusiones: La agranulocitosis inducida por metimazol es un evento adverso infrecuente pero muy grave. En nuestra serie, todos los casos se presentaron de forma temprana, aproximadamente al mes, y recibieron dosis altas de antitiroideo al inicio. El diagnóstico precoz de la agranulocitosis por tionamidas permite disminuir sus posibles complicaciones infecciosas.

43. OPTIMIZACIÓN DE LA INSULINOTERAPIA EN UNA PACIENTE CON DM TIPO 1 E ISCI QUE RECIBE BOLOS A ALTAS DOSIS DE ESTEROIDES POR SÍNDROME DE STIFF-MAN PERSON

M. Contreras Angulo, B. García Izquierdo, R. Gómez Almendros, I. Nocete Aragón, C. García Gómez, C. Pardo de Santayana García, N. Palacios García y A. Abad López

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Objetivos: El síndrome Stiff-Man Person es una enfermedad infrecuente caracterizada por rigidez y espasmos musculares, asociado a la presencia de anticuerpos anti-GAD, y cuyo tratamiento puede requerir el uso de glucocorticoides (GC). El 30% de los enfermos son DM1. Presentamos un caso donde se describen las modificaciones realizadas en la pauta de insulina durante el tratamiento esteroideo (1 gr/día de metilprednisolona × 5 días) en una paciente DM1 con bomba de insulina diagnosticada de esta entidad.

Caso clínico: Mujer de 46 años, DM1 de 6 años de evolución en tratamiento con ISCI. La dosis total basal (DTB) previa era de 13,7 UI, con un ratio de 0,8 UI/ración y un factor de sensibilidad (FS) de 50 durante todo el día. La pauta se fue ajustando en función de las glucemias capilares diarias. Se monitorizó la glucosa intersticial con un sensor ciego durante 6 días que se analizó retrospectivamente. La DTB ascendió hasta 37,8 UI, casi tres veces superior, siendo la franja de 14 a 21 horas la que mayor dosis precisó. Asimismo, el ratio experimentó un incremento de 0,8 hasta 2 UI/ración, llegando a 2,2 en el intervalo de 08-18 horas. Hubo que disminuir el FS a la mitad.

Discusión: Visto el incremento de las necesidades de insulina objetivado en este caso (hasta casi 3 veces), la práctica habitual de aumentar inicialmente solo el 30-50% en la dosis total diaria de insulina puede demorar la consecución de un adecuado control glucémico en pacientes que van a recibir dosis elevadas de GC.

44. TUMOR NEUROENDOCRINO TÍMICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

L. González Fernández, D. Muñoz Moreno, M. Miguélez González, N. Brox Torrecilla, R.J. Añez Ramos, A.M. Rivas Montenegro, O. González Albarrán y J.C. Pércovich Hualpa

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos (TNE) tímicos son neoplasias tímicas primarias sumamente infrecuentes con diferenciación neuroendocrina que generalmente se presentan como una masa en mediastino anterior. Incluso si están bien diferenciados, se caracterizan por un comportamiento clínico relativamente agresivo y una alta propensión a la invasión locorregional, la recurrencia local y las metástasis a distancia. Un 25% pueden ocurrir en pacientes con MEN-1.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 53 años, sin antecedentes personales de interés, fue remitido a nuestro hospital para estudio de una masa en el compartimento mediastínico anterior encontrada de forma incidental durante el cribado con RM de una cardiopatía familiar. Se trataba de una masa de 8 cm de eje máximo, vascularizada y con invasión de estructuras adyacentes, que fue considerada irreseccable. Se realizó biopsia guiada por TC y posterior estudio histológico e inmunohistoquímico de la muestra, resultando compatible con TNE de bajo grado (cromogranina y sinaptofisina positivos, Ki67 5%). Se descartó funcionalidad. Además, se obtuvieron imágenes de OctreoScan que mostraron sobreexpresión patológica de receptores de somatostatina en la lesión mediastínica, sin datos de

afectación a otros niveles. Con todo ello, se decidió iniciar tratamiento con análogos de somatostatina y radioterapia, mostrando el paciente estabilidad radiológica hasta la actualidad (seguimiento de 2 años).

Discusión: A coalición del caso expuesto, realizamos una revisión de la literatura sobre los TNE tímicos, haciendo hincapié en sus aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos ya que pueden resultar un reto para el endocrinólogo precisamente por la infrecuencia de este tipo de neoplasia neuroendocrina.

45. DIABETES MELLITUS PRECIPITADA. UNA SORPRESA TRAS OTRA

L. Vegara Fernández, M. Mediero Benítez, M.M. Fandiño García y G.E. Castillo Carvajal

Hospital Universitario Severo Ochoa.

Introducción: El síndrome de Cushing (SC) por secreción ectópica de ACTH (EAS por sus siglas en inglés) es una forma de SC dependiente de ACTH causado por la secreción de la misma por un tumor no hipofisario. Supone el 10-20% de los casos de SC dependiente de ACTH y entre el 5 y 17% de todos los casos de SC. La presencia de EAS empeora el pronóstico, independientemente de la histología del tumor causante.

Caso clínico: Varón de 71 años ingresado por primer episodio de insuficiencia cardíaca. Entre sus antecedentes personales destaca hábito enólico activo, hábito tabáquico recientemente suspendido y diabetes mellitus tipo 2 con excelente control metabólico tratada con medio comprimido de metformina. Nos interconsultan por un importante deterioro de control metabólico con hemoglobina glicosilada de 11,3% (HbA1c de 6% 9 meses antes). No hallazgos de interés en la exploración física. Evolución: la sospecha inicial es de neoplasia pancreática subyacente como desencadenante del empeoramiento, que se confirma mediante ecografía. La biopsia revela histología de tumor neuroendocrino de alto grado y analíticamente observamos hipercortisolismo dependiente de ACTH además de hipopotasemia y alcalosis metabólica, que inicialmente se habían relacionado con tratamiento deplectivo.

Discusión: Aunque la sola presencia de neoplasia pancreática podría justificar el empeoramiento glucémico, los hallazgos analíticos nos orientan a SC secundario a secreción ectópica, bien de CRH o de ACTH, de origen tumoral. Sin embargo, la ausencia de estudio inmunohistoquímico específico y el empeoramiento clínico del paciente previo a su fallecimiento por esta causa impidió completar el estudio.

46. CASO INUSUAL DE HEMORRAGIA SUPRARRENAL BILATERAL ESPONTÁNEA EN EL CONTEXTO DE UN POSTOPERATORIO DE TRASPLANTE CARDIACO EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE

N. Brox Torrecilla, M. Miguélez González, D. Muñoz Moreno, L. González Fernández, R.J. Añez Ramos, A.M. Rivas Montenegro, E. Fernández Fernández y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: La hemorragia suprarrenal bilateral (HSB) es una afección potencialmente mortal que puede conducir a crisis suprarrenal y potencialmente a la muerte si no se trata a tiempo. Presentamos un caso de HSB en el contexto de un postoperatorio de cirugía cardíaca. Se revisó la presentación clínica, las pruebas de imagen y la bibliografía.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 15 años ingresada por sarcoma cardíaco indeferenciado intervenido, pero

con persistencia de enfermedad locorregional sin otros focos tumorales. Tras solicitar una excepción a la ONT, la paciente recibe un trasplante cardíaco. En el día +15 del postoperatorio, la paciente inicia cuadro de dolor en región lumbar objetivándose en hemograma anemia de 3 puntos de hemoglobina manteniendo estabilidad hemodinámica. Se realiza TC-TAP con hallazgo de sangrado retroperitoneal extenso en relación con HSB. Analítica de sangre sin datos de coagulopatía y con cifra de plaquetas normales. En ese momento se encontraba en tratamiento con prednisona 40 mg diarios. No estaba anticoagulada ni antiagregada. Se inicia sustitución con corticoterapia intravenosa a dosis de estrés y se solicita estudio de diátesis hemorrágica confirmándose un déficit de factor XIII. La paciente requiere múltiples transfusiones e infusión de plasma fresco controlándose la hemorragia.

Discusión: Se desconoce la patogénesis exacta de la HSB, pero se cree que está relacionada con el aumento fisiológico de la vascularización de las glándulas suprarrenales en respuesta a eventos estresantes. El TC se considera fundamental para el diagnóstico precoz y se debe iniciar de forma temprana tratamiento con corticosteroides.

47. TIROIDITIS SUBAGUDA POR SARS-COV2

M.M. Fandiño García, M. Mediero Benítez, L. Vegara Fernández y G.E. Castillo Carvajal

Hospital Universitario Severo Ochoa.

Introducción: La tiroiditis subaguda (TSA) es un proceso inflamatorio de la glándula tiroidea autolimitado de origen vírico que cursa con alteración de la función tiroidea. La tirotoxicosis es típica al inicio del cuadro, seguida de eutiroidismo y posteriormente hipotiroidismo. El inicio de los síntomas del cuadro suele estar precedido por una infección de vías respiratorias altas entre 2-8 semanas antes (se ha asociado a adenovirus, influenza o Coxsackie entre otros). El nuevo coronavirus (SARSCOV-2) es un virus ARN causante de la COVID19, enfermedad declarada como pandemia por la Organización Mundial de la Salud en 2020. Describiremos un caso de TSA asociado a SARSCOV-2.

Caso clínico: Mujer de 56 años. Exfumadora. Obesidad grado II. No tratamiento habitual. Ingresó en Medicina Interna en julio/2020 para estudio de síndrome constitucional de 20 días de evolución. Refería pico febril autolimitado en domicilio asociado a mialgias, pérdida de peso (8 Kg), astenia intensa y náusea. No dolor cervical, palpitaciones, sudoración o aumento de frecuencia de deposiciones. En analítica: TSH < 0,008 µU/ml, T4L 3,2 ng/dl, T3L 9,25 ng/dl, VSG 51 mm/h, antiTPO 50 U/ml, TSI < 1. Resto sin hallazgos. Dado el pico febril y clínica de mialgias compatible con la COVID19 se solicitó PCR y serologías (PCR negativa × 2 y serología: IgG positiva, IgM negativa). EF: TA 103/72 mmHg FC 95 lpm Sat O2 97 % basal. Afebril. Ausencia de bocio. Se realizó ecografía tiroidea: tiroides con ecogenicidad disminuida y sin aumento de vascularización. La paciente fue diagnosticada de tiroiditis subaguda en probable relación a infección por SARSCOV-2, asumiendo que el síndrome constitucional por el cual ingresó era atribuible a la clínica de hipertiroidismo y que, el pico febril, mialgias y náusea se debía a infección reciente por COVID19. Al alta TSH < 0,008 µU/ml, T4L 3,98 ng/dl, T3L 11,24 ng/dl, VSG 84 mm/h. Se inició tratamiento con prednisona, ibuprofeno y tratamiento sintomático. Evolución: en las revisiones posteriores se objetivó mejoría progresiva del perfil tiroideo, así como de la sintomatología, que cedió por completo. Dos semanas tras el inicio de tratamiento la paciente consiguió eutiroidismo (TSH < 0,008 µU/ml, T4L 1,71 ng/dl). Última visita en Sept/2020 TSH < 0,008 µU/ml, T4L 0,77 ng/dl. Actualmente sin tratamiento.

Discusión: Existe escasa evidencia científica sobre las implicaciones del SARSCOV-2 en la glándula tiroidea. La TSA presenta en

general un curso autolimitado y con síntomas leves, lo que se traduce en un infradiagnóstico importante de la misma. Considerando los efectos adversos que podría suponer la tirotoxicosis sobre el transcurso de la infección y sobre otras comorbilidades, los clínicos debemos tener presente este diagnóstico ante síntomas compatibles con el fin de mejorar el pronóstico y la transmisión de SARSCOV2.

48. EVALUACIÓN DE LA SUPLEMENTACIÓN CON PREPARADOS ESPECÍFICOS DE HIERRO EN EL POSTOPERATORIO DEL BYPASS GÁSTRICO (BPG)

S. Afán de Ribera de Palma, R. Sánchez López, C. Aragón Varela y M. Crespo Yanguas

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: Describir la necesidad de suplementación específica de hierro tras el BPG. El ambiente de hipoclorhidria y la exclusión del duodeno y yeyuno proximal fruto de la cirugía, aumentan la susceptibilidad a desarrollar ferropenia, que se detecta hasta en el 20-55% de los casos. Existen pocos trabajos que evalúen la incidencia de ferropenia y su suplementación tras cirugía bariátrica.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre pacientes intervenidos de BPG en el H.U. Fundación Jiménez Díaz entre 2017 y 2019, se analizaron datos sociodemográficos, antropométricos, analíticos y de tratamiento con suplementos específicos de hierro antes de la cirugía y hasta los dos años después.

Resultados: Se han obtenidos datos de 53 pacientes, 81% mujeres, con una edad media de 46 años. Antes de la cirugía presentaban de media una hemoglobina de 13,9 g/dl, ferritina de 127,13 ng/ml y 7 pacientes recibían suplementación con hierro prequirúrgica. El nivel medio de hemoglobina y ferritina no varió de forma estadísticamente significativa a lo largo de la evolución, siendo a los 24 meses de 13,1 g/dl y 135,6 ng/dl respectivamente. La cantidad de pacientes bajo tratamiento con suplementos específicos de hierro aumentó con el tiempo, siendo a los 6 y 24 meses de 12 (22,6%), sin tener relación estadísticamente significativa con el desarrollo de complicaciones quirúrgicas, pero sí con la necesidad de suplementación prequirúrgica.

Conclusiones: La suplementación con preparados específicos de hierro tras el BPG, más allá de los multivitamínicos, no es necesaria de forma sistemática, salvo en los casos con déficit previo, como establecen las guías clínicas.

49. PREVALENCIA DE LA LITIASIS BILIAR PRE Y POSTERIOR A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA. UTILIDAD DEL TRATAMIENTO PROFILÁCTICO CON ÁCIDO URSODESOXICÓLICO

R. Sánchez López, S. Afán de Ribera de Palma, C. Aragón Varela, M. Crespo Yanguas y C. Vázquez Martínez

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: Describir la prevalencia de litiasis biliar pre y posterior a BPG y el tratamiento profiláctico de la misma en una serie de pacientes intervenidos en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (HUFJD).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo sobre 53 pacientes, con una edad media de 46 años y un IMC de 42 Kg/m² intervenidos de BPG en el HUFJD entre los años 2017 y 2019. Se analizaron datos sociodemográficos, antropométricos y parámetros analíticos antes y hasta dos años después de la cirugía. La presencia de litiasis se evaluó previamente a la cirugía mediante ecografía y se revisaron las historias clínicas para obtener datos sobre la aparición de litiasis

biliar poscirugía, la necesidad de tratamiento quirúrgico y la administración de tratamiento profiláctico.

Resultados: Antes de la cirugía siete pacientes presentaron litiasis biliar en la ecografía y seis pacientes fueron colecistectomizados previo al BPG. Únicamente un paciente fue colecistectomizado en el mismo acto quirúrgico y otro desarrolló litiasis biliar poscirugía. Ninguno recibió tratamiento profiláctico postoperatorio con ácido ursodesoxicólico.

Conclusiones: La litiasis biliar es frecuente en los pacientes con obesidad grave tanto pre como poscirugía. En nuestra serie aún no se realiza tratamiento profiláctico tras la cirugía. Son necesarios más estudios para determinar la utilidad de dicho tratamiento.

50. VALOR DIAGNOSTICO DEL COCIENTE POTASIO SÉRICO POTASIO URINARIO PARA DIFERENCIAR LA HIPONATREMIA CON SODIO URINARIO ELEVADO DEL HIPOALDOSTERONISMO DE AQUELLA ORIGINADA POR EL SIADH

J.G. Ruiz-Sanchez, M. Cuesta Hernández, P. de Miguel Novoa, M.Á. Rubio Herrera, A.L. Calle-Pascual e I. Runkle de la Vega

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: Diferenciar entre la hiponatremia hipovolémica (HH) y la hiponatremia euvolémica (HE), aunque esencial para el

diagnóstico y tratamiento de la hiponatremia, puede representar un reto, fundamentalmente cuando el sodio urinario (NaU) es > 30 mmol/L como en el hipoaldosteronismo y el síndrome de inadecuada antidiuresis (SIADH). Objetivo: determinar las diferencias y utilidad diagnóstica de los parámetros bioquímicos en la HH por hipoaldosteronismo versus HE por SIADH.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con 1) HH por hipoaldosteronismo y 2) HE por SIADH crónico sin comorbilidades que afecten la actividad mineralocorticoide, valorados por el servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, durante 2012-2019. Se excluyeron los casos con filtrado glomerular < 30 ml/min.

Resultados: 57 pacientes (30 con hipoaldosteronismo y 27 con SIADH). En eunatremia: las medianas de: sodio sérico (NaS), potasio sérico (KS), creatinina sérica (CS), NaU, NaU/KU, y gradiente-trans-tubular de potasio (GTTK) entre pacientes con hipoaldosteronismo y SIADH, no fueron diferentes ($p > 0,05$); pero las del potasio urinario (KU): 26,5 vs 43 mmol/L ($p = 0,004$) y del KS/KU: 0,16 vs 0,1 ($p = 0,049$), sí. En hiponatremia: las medianas de: NaS, NaU/KU, y del GTTK entre aquellos con hipoaldosteronismo y SIADH no fueron distintas ($p > 0,05$); pero sí las del KS: 5,2 vs 4,3 mmol/L ($p < 0,001$), CS: 1,1 vs 0,7 mg/dl ($p < 0,001$), KS/KU: 0,21 vs 0,09 ($p < 0,001$), NaU: 63 vs 117 mmol/L ($p < 0,001$) y KU: 23,5 vs 60 mmol/L ($p < 0,001$). El KS/KU mostró un área-bajo-curva de 0,79 ($p < 0,001$) en la curva-ROC para diagnosticar hipoaldosteronismo.

Conclusiones: La relación KS/KU podría ser útil para diferenciar la hiponatremia con NaU > 30 mmol/L por hipoaldosteronismo de aquella observada en el SIADH.