

COMUNICACIONES

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

Aranjuez (Madrid), 19 y 20 de noviembre 2021

1. CONSULTA DE TRANSICIÓN EN DM1. DE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA A LA DE ADULTOS

I. Castro-Dufourny¹, A. López-Bejarano¹, C. Temboury² y R. Villamor²

¹Sección de Endocrinología; ²Servicio de Pediatría. Hospital Universitario del Sureste.

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) requiere por parte del paciente una gestión continua de los cuidados de su enfermedad. En la infancia, estas tareas son administradas exclusivamente por padres, personal escolar y otros adultos. A medida que el niño crece debe de haber una transferencia gradual de las responsabilidades de los padres a los jóvenes. La transición se refiere a un proceso complejo y planificado, que tiene como objetivo preparar y realizar el paso de la atención pediátrica a la atención sanitaria para adultos (menos disponibilidad de atención multidisciplinar, visitas de corta duración, con mayor énfasis de indicadores médicos y síntomas físicos). Mantener una relación estrecha con el equipo diabetológico es necesario para minimizar las complicaciones relacionadas con la DM1. Se estima que en torno a un 18% de los jóvenes tiene algún tipo de necesidad especial de atención de la salud. Sin embargo, la mayoría de estos jóvenes pasan a unidades de atención de adultos sin una preparación adecuada. El momento de la transición varía. En España, el consenso SED-SEEP de 2014 recomienda iniciar la transición entre los 16 y 18 años. Con el objetivo de mejorar la transición de nuestros pacientes, en el Hospital del Sureste, Arganda del Rey, se ha implantado en 2021 la Consulta de Transición, que articula tanto al Servicio de Pediatría como a la Sección de Endocrinología y Nutrición. La consulta de transición está bajo la responsabilidad de una enfermera y un facultativo de adultos concretos, para permitir establecer unos lazos de confianza. Sin esta constancia en el equipo médico, la transición no sería tan eficaz. Metodología: Los pacientes seleccionados serán pacientes DM1, en seguimiento en la consulta de pediatría, que a criterio de sus pediatras hayan alcanzado un nivel de madurez que permita el autocuidado de todos los aspectos de su enfermedad. En la Consulta 1 el paciente y sus padres son acogidos por el pediatra habitual quien les presenta al endocrinólogo y a la educadora, e intercambia información relevante sobre la

trayectoria clínica del paciente. Tras una valoración inicial y una serie de tests (Clarke, conocimiento del autocuidado y escala de satisfacción), el paciente pasa a la consulta de la educadora diabetológica para una intervención educativa individual, siguiendo un programa formativo adaptado a sus necesidades y ritmos de aprendizaje. Estas sesiones se extienden a lo largo de 6 meses. Las sesiones referentes a la implantación de los sensores de glucemia continuos y/o de bomba de insulina si fueran precisos, se realizan en charlas grupales. Tras ello, en la Consulta 2 de nuevo el pediatra y el endocrinólogo de adultos reciben al paciente -esta vez sin sus padres- para el paso definitivo a las consultas de adulto. En este momento se realiza de nuevo los tests indicados para valorar la evolución de los distintos parámetros con esta intervención.

2. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ACTUAL DE LOS INFORMES DE ECOGRAFÍA TIROIDEA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

P. Valderrábano, S. Campos, M.C. Sanabria, M.P. de Miguel, C. Familiar, E. Fernández, A. López, M.E. Sambo, P. Martín, P. Parra, M. Lahera, C. Tasende, M.J. Rodríguez y N. Palacios García

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Hospital Clínico San Carlos. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Hospital Universitario La Princesa. Hospital Universitario La Paz. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: La evaluación de nódulos tiroideos es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Endocrinología. Su correcta caracterización ecográfica es crucial para individualizar la actitud clínica. Este estudio evalúa la calidad actual de los informes de ecografía tiroidea de la Comunidad de Madrid para identificar áreas de mejora que abordar desde el grupo de trabajo de cáncer de tiroides de la SENDIMAD.

Métodos: Cada uno de los 14 participantes de este estudio, aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Ramón y Cajal, revisó, al menos, los primeros 50 informes de ecografía tiroidea con

al menos 1 nódulo mayor o igual a 1 cm evaluados en 2021 en su consulta. Se recogió la presencia o ausencia de información de 8 variables descriptivas (nº de dimensiones, ejes de las medidas, composición, ecogenicidad, márgenes, forma, calcificaciones, y categoría de sospecha radiológica), la especialidad del médico que informaba la ecografía, la procedencia del informe (propio centro o prueba externalizada) y la clasificación utilizada para categorizar los nódulos.

Resultados: Se analizaron 716 informes evaluados en 7 hospitales de la Comunidad de Madrid. El 73% fue informado por radiólogos, el 26% por endocrinólogos y el 1% por médicos nucleares. El 88% fue informado en los propios centros y el 12% por centros externos. La media de variables descritas fue de 3,7. Los informes de endocrinólogos describían más características que los de radiólogos (6,0 vs. 2,9, $p < 0,001$). La mayoría de los informes describían la composición (81%) y la ecogenicidad de los nódulos (73%). El resto de variables no se informaba adecuadamente en la mayoría de los informes. La clasificación radiológica más utilizada fue ACR-TIRADS (67%).

Conclusiones: La información provista en la mayoría de informes de ecografía tiroidea evaluados en consultas de endocrinología de la Comunidad de Madrid es insuficiente para decidir la actitud clínica de forma adecuada. Hemos empezado a desarrollar una herramienta web para mejorar la calidad de los informes y reducir el tiempo que lleva realizarlos.

3. LA IMPORTANCIA DE LOS ESTUDIOS DE LOCALIZACIÓN EN EL HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Mera, B. Bernaldo, X. Pérez-Candel, C. López-Nevado, P. Espinosa de los Monteros, F. Hernández-Olmeda, M. Cuesta, J.G. Ruiz-Sánchez, I. Runkle y M. Pazos

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: El hiperaldosteronismo primario (HAP) supone la primera causa de Hipertensión secundaria a pesar de su gran infra-diagnóstico. La prevalencia de aldosteronismo se llega a situar en >30% de pacientes hipertensos, siendo mayor en casos de HTA resistente y se asocia a un aumento del riesgo de eventos cardiovasculares en comparación con la HTA esencial.

Caso clínico: Mujer de 18 años con diagnóstico de hiperaldosteronismo primario a los 10 años a raíz de emergencia hipertensiva con hipopotasemia espontánea y renina suprimida con aldosterona > 200 pg/mL, en tratamiento antihipertensivo con espironolactona, amlodipino y labetalol con más de 50 ingresos y al menos 5 en UVI desde su debut por emergencia hipertensiva con relación a descompensación de su patología de base por infecciones y mala adherencia al tratamiento. En el estudio inicial, tras el diagnóstico bioquímico se realiza TAC y RNM abdominales observándose glándulas de morfología y tamaño normales y gammagrafía con yodocolesterol con captación bilateral, asumiéndose HAP secundario a hiperplasia suprarrenal bilateral, iniciándose tratamiento con espironolactona. El test genético de HAP familiar (HAPF) no identifica variantes con significado clínico en los genes *CLCN2*, *KCNJ5* y *CACNA1H*. Se descarta HPAF tipo I al no disminuir la aldosterona tras administración de dexametasona. Primer ingreso en nuestro centro por emergencia hipertensiva por omisión de medicación que pese a optimización de tratamiento antihipertensivo (espironolactona, amlodipino, labetalol, doxazosina e hidralazina), presenta cifras de tensión arterial subóptimas. Además se objetiva hipertrofia ventricular izquierda, retinopatía y nefropatía hipertensiva. Se propone a la paciente continuación de estudio de lateralización mediante cateterismo de venas suprarrenales (CVS), objetivándose clara lateralización hacia la glándula suprarrenal izquierda por lo que se deriva a la paciente para suprarrenalectomía izquierda con el objetivo de disminución de carga hipertensiva, encontrándose en lista de espera actualmente.

Discusión: El CVS es el *gold standard* para la distinción de formas unilaterales y bilaterales y debe ser el que guíe la opción quirúrgica por encima de las pruebas de imagen y de la gammagrafía que son de baja sensibilidad. El tratamiento quirúrgico consigue la normalización de las cifras de potasio, la mejoría de la HTA (pudiendo disminuir o eliminar el tratamiento antihipertensivo, aumentando la adherencia) y la curación de la enfermedad hasta en el 60% de los pacientes. Este caso ilustra como el estudio de localización debe de ser exhaustivo, especialmente en formas rebeldes al tratamiento médico, a pesar de la normalidad en las pruebas de imagen.

4. ROMPIENDO PARADIGMAS EN LA DIABETES MONOGÉNICA MEDIANTE LAS TECNOLOGÍAS DE SECUENCIACIÓN DE NUEVA GENERACIÓN

M. Gomes Porras, A.C. Barreda Bonis, N. González Pérez de Villar, L. Salamanca Fresno, I. González Casado y Á. Campos Barros

Hospital Universitario La Paz.

Introducción: El estudio genético molecular de la diabetes mellitus monogénica (DMM) es un excelente ejemplo de medicina personalizada debido a que el conocimiento de la alteración genética subyacente permite predecir la evolución clínica y dirigir el tratamiento y seguimiento clínico. La implementación de paneles de secuenciación masiva (NGS) en la práctica clínica habitual, permite la identificación de variantes tanto en genes conocidos como nuevos involucrados en la etiología o asociados con distintas formas de disglucemias.

Objetivos: Caracterizar clínica, bioquímica y molecularmente mediante panel de NGS, una cohorte de 513 pacientes (120 pediátricos y 393 adultos) con DMM en un Hospital de 3^{er} nivel de Madrid durante el periodo 2009-2020.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Los datos clínicos se obtuvieron mediante revisión de historias médicas y el análisis molecular se realizó mediante panel de NGS MonDIAB_V1-4 (385 genes) implicados con disglucemias, previo consentimiento informado. El filtrado, clasificación y priorización de variantes se realizó con ayuda de los programas VarSeqV2.2.3 y Alamut Visual V2.15.

Resultados: 63% de los pacientes ($n = 323$) presentaron variantes en > 1 gen relacionado con disglucemias. El tipo más frecuente de DMM fue la MODY (78,7%; $n = 404$), encontrándose variantes en los 14 subtipos descritos hasta la fecha, siendo el subtipo 2 (*GCK*), seguido del 3 (*HNF1A*) y 1 (*HNF4A*) los más prevalentes tanto en pacientes pediátricos como adultos, representando el 82,3% del total de casos. Hubo 16 casos de MODY digénicos y 1 caso trigénico. Además, se identificaron 9 nuevas variantes, 4 variantes *de novo* y 3 casos con autoinmunidad pancreática positiva. 12,8% de los casos ($n = 66$) presentaron variantes deletéreas en genes candidatos: *RFX6* (especialmente), *NR4A3*, *PCK1*, *PCK2*, *SERPINB3*, *SERPINB4*, *GLUD1*, *FOXA1*, *FOXA2* y *PPARG*. Las formas sindrómicas representaron el 6,8% de los casos ($n = 35$), representadas por: fibrosis quística, Síndrome de Wolfram, Síndrome de Wolfram Like, Síndrome de Martínez-Frías/Mitchell-Riley, síndrome MIDD y MELAS. La diabetes mellitus neonatal (DMN) fue el tipo menos prevalente (1,5%, $n = 8$), predominando la forma permanente y describiéndose el quinto caso reportado en la literatura por variante en el gen *HNF-1β*.

Conclusiones: El panel de NGS para el estudio de casos sospechosos de DMM pone en evidencia una mayor complejidad genética que la inicialmente esperada. La heterogeneidad clínica clásicamente descrita para la DMM puede ser debida a la asociación de variantes en distintos genes. La identificación de nuevos genes involucrados en su etiología permitirá establecer relaciones genotipo-fenotipo para orientar la sospecha diagnóstica, predecir la evolución, pronóstico y transmisión de la DM y optimizar el tratamiento.

5. PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES CON COVID-19 E HIPONATREMIA

M. Pazos, X. Pérez, C. López, F. Hernández, P. Espinosa de los Monteros, S. Mera, B. Bernaldo, A. Calle, I. Runkle y J.G. Ruiz-Sánchez

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: La COVID19 ha supuesto una entidad de elevada morbimortalidad. La hiponatremia, que es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en el ámbito hospitalario ha demostrado tasas elevadas entre los pacientes con COVID 19 de entre 20 y 35% y se ha asociado a mayor riesgo de mortalidad y peor pronóstico.

Métodos: Estudio transversal, retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con PCR par SARS-CoV-2 positiva con hiponatremia, definida como Na < 135 mmol/L corregido por glucemia atendidos en la Urgencia de un hospital de tercer nivel durante el mes de marzo 2020. Se recogieron variables demográficas, comorbilidades, medicación, variables analíticas clasificación volémica y variables pronósticas (mortalidad Sat, estancia hospitalaria). Mediana (%) Media (desviación estándar) SPSS 25.

Resultados: Se analizaron 247 pacientes con hiponatremia a su llegada a Urgencias de 1.190 pacientes atendidos (20,7%). Edad media 65 años (56-81), 39,7% mujeres. Respecto a comorbilidades destacaron 53 pacientes con DM2 (21,5%) y 131 con HTA (53%). Alta prevalencia de medicación que pudiera contribuir a la hiponatremia destacando las tiazidas 50 pacientes (20,2%) IECA 54(21,9%) y ARA 2 48 (19,4%). Obtuvimos datos de volemia en 208 pacientes clasificándose 119 como euvolémicos (57,2%) y 89 como hipovolémico (42,8%). A su llegada la saturación media fue del 94% (90-96), NA 133 (131-134), K 4,1 mmol/L (3,9-4,5), glucemia 117 mg/dL (105-132), Cr 0,93 mg/dL (0,71-1,15). Solo en 52 pacientes se observó una natremia < 130 (21,1%). 53 pacientes fallecieron (21,5%) y la estancia media hospitalaria fue de 11 días (6-18).

Conclusiones: La hiponatremia es un trastorno frecuente tanto en población COVID como no y debe de ser correctamente abordado e identificado, alcanzando prevalencias y mortalidades > 20%. En nuestra serie destaca una alta prevalencia de comorbilidades sobre todo HTA y DM, alto uso de medicación que afecta al eje renina angiotensina aldosterona y fue en general leve. Es importante a su vez una clasificación volémica inicial para orientar el tratamiento ya que su etiología puede ser multifactorial y ser de origen hipovolémico, euvolémico o hipovolémico.

6. TUBERCULOSIS SUPRARRENAL: UN HALLAZGO INESPERADO

B. Bernaldo, F. Hernández-Olmeda, S. Mera, X. Pérez-Candel, C. López-Navado, P. Espinosa de los Monteros, M. Pazos y N. García de la Torre

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: La tuberculosis (TBC) suprarrenal se corresponde con menos de un 2% de incidentalomas suprarrenales y es la causa infecciosa de insuficiencia suprarrenal más frecuente. A menudo, no se identifica hasta 10 años después de la infección. En relación al tratamiento con antituberculosos no se ha visto útil en los casos crónicos o agudos con fallo adrenal y su eficacia está en duda en los casos agudos con función adrenal normal. No obstante, en la práctica clínica se siguen administrando.

Caso clínico: Varón de 73 años con implantación de 3 stents ante infarto agudo de miocárdico en 2009, prostatectomía en 2018 por neoplasia de próstata y parotidectomía total derecha en 2020 por carcinoma en parótida, seguido de radioterapia y tratamiento quimioterápico con cetuximab (finalizado en abril de 2020), derivado a

consultas externas de Endocrinología ante hallazgo de adrenal izquierda globulosa en TAC abdominal de febrero de 2020. En PET-TAC de julio de 2020 se aprecia aumento de tamaño de adrenal izquierda con respecto a TAC previa e intensa captación de FDG, sospechoso de malignidad con origen secundario por los antecedentes oncológicos del paciente. Se solicitan metanefrinas en orina que resultan negativas y niveles de cortisol, con resultado normal, descartando así tanto hipercortisolismo como posible insuficiencia suprarrenal. Dada la rápida progresión de la lesión se plantean dos diagnósticos: carcinoma suprarrenal no funcionante o metástasis única. Ante dichas sospechas se propone suprarrenalectomía izquierda laparoscópica, la cual se lleva a cabo en octubre de 2020. En la muestra recogida para anatomía patológica se aprecia inflamación crónica granulomatosa necrotizante sugerente de tuberculosis, sin identificar bacilos ácido-alcohol resistentes. Pese a lo mismo se inicia tratamiento con fármacos antituberculosos. Si bien no se sospechaba tuberculosis activa en el momento de la derivación a Endocrinología, la identificación de granulomas pulmonares calcificados y el posible contacto con bacilífero (padre del paciente fallecido de tuberculosis cuando este era pequeño), sugerían cronicidad, con sospecha de reactivación de la tuberculosis al haber estado recientemente en tratamiento con quimioterapia y radioterapia.

Discusión: La tuberculosis suprarrenal es una casa rara dentro de los incidentalomas, pero se debe hacer diagnóstico diferencial con la misma. Existe controversia sobre la conveniencia de los fármacos antituberculosos, no obstante, en la práctica clínica siguen usándose.

7. EL NIVEL DE NATREMIA NO ES EL PRINCIPAL FACTOR DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON COVID-19 E HIPONATREMIA

X.F. Pérez Candel, M. Pazos G, C. López Nevado, F. Hernández Olmeda, P. Espinosa de los Monteros, S. Mera Carreiro, B. Bernaldo Madrid, A. Calle Pascual, I. Runkle de la Vega y J.G. Ruiz-Sánchez

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: COVID-19 se relaciona a una alta incidencia de hiponatremia (HN). La HN en este grupo se ha asociado de forma independiente a riesgo de muerte y sepsis en hospitalizados. Objetivo: analizar en este grupo factores relacionados a mortalidad hospitalaria y días de estancia hospitalaria (DE).

Métodos: Retrospectivo, longitudinal y analítico (≥ 18 años), COVID-19 confirmado (PCR) con HN a su ingreso, atendidos en el HCSC. HN definida natremia (sNa) < 135 mmol/L (corregido por glucemia). Características basales, 2 y 3^{er} día de hospitalización (HO) y análisis estadístico descriptivo y analítico. SPSS 25.

Resultados: Características basales al ingreso. N = 247. Edad 68 años [56-81], mujeres 99 (39,9%), sNa ≤ 130 mmol/L n = 52 (21,1%), ≤ 125 mmol/L n = 7 (2,8%), hipovolémicos n = 89 (35,9%), euvolémicos 119 (48%). Análisis de mortalidad: ni sNa al ingreso ≤ 130 mmol/L, persistencia HN, ni descenso sNa 2-3^{er} día presentaron mayor mortalidad (p = 0,412, p = 0,594 y p = 0,603), Si lo tuvo los días de hospitalización con HN (OR: 1,013, IC95% 1,002 a 1,024, p = 0,018**). Multivariado: Spo2 < 95% (OR: 0,88, IC95% 0,78 a 0,99**), historia oncológica (OR: 13,17, IC95% 1,79 a 96,84**), Sero albúmina (sAlb) 2-3^{er} de admisión < 3,5 mg/dl (OR: 0,01, IC95% 0,00 a 0,68**). No diferencias en medicación previa a ingreso p > 0,05. Duración de estancia: correlación positiva: sNa ingreso, días hospitalización HN (p < 0,001). Evolución de HN: sNa < 130 mmol/L HO vs admisión (26,2% vs. 21,1%, p < 0,001). 2-3^{er} HO 29% permanecieron HN. Reducción sNa 6,5%. Ningún tratamiento adicional 56,9%.

Conclusiones: La Spo2 < 95%, H. Oncologica y sAlb baja fueron relacionados a mayor mortalidad, no así la HN, seguramente por la

baja prevalencia de valores < 130 mmol/L. A pesar de ello incitamos a mantener la eunatremia y estado nutricional de estos pacientes ya que son claros factores que producirían menores estancias hospitalarias y así se reduciría de forma global la probabilidad de complicaciones a consecuencia de la hospitalización.

8. NÓDULO TIROIDEO GIGANTE COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN LINFOMA FOLICULAR

D. Muñoz, L. González, A.M. Rivas, R.J. Añez, I. Losada, A. García, G. Collado, M. Gómez-Gordo, A. López y O. González

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Caso clínico: Mujer de 66 años con antecedente de hipotiroidismo primario autoinmune. Acude a consulta de Endocrinología en diciembre de 2019 por aparición de masa cervical no dolorosa de 2 meses de evolución, sin síntomas compresivos asociados. A la exploración física mostraba una tumoración cervical visible que se movilizaba con la deglución y de consistencia dura, no adherida a planos profundos. Se realizó ecografía cervical que mostraba un nódulo sólido hipocogénico heterogéneo en el lóbulo tiroideo derecho, que medía 44 × 56 × 62 mm, con márgenes regulares y una macrocalcificación de 1 cm, con vascularización central y periférica. TIRADS-5. Múltiples adenopatías de aspecto patológico. Se indica PAAF de la lesión. Al patólogo le llama la atención una población abundante de células linfoides polimórficas sin evidenciarse células foliculares tiroideas. Recomienda repetición de PAAF y realización de citometría de flujo para descartar artefacto por la tiroiditis de Hashimoto. Mientras tanto, la paciente fue derivada a la consulta de Cirugía. Se repitió la PAAF y la citometría de flujo de la muestra evidenció la presencia de una población patológica de linfocitos B. El servicio de Radiología realizó BAG de una adenopatía cervical adyacente al nódulo, ya que refería dolor en la zona de la punción previa. El resultado fue linfoma folicular de bajo grado. La cita con Cirugía fue cancelada y se derivó a la paciente a Hematología. Finalmente, se realizó estudio de extensión con PET-TC con FDG que mostró afectación cervical derecha supra e infraclavicular, retroperitoneal e inguinal bilateral (estadio IIIA de Ann Arbor) y se inició tratamiento con rituximab y bendamustina. Se encuentra pendiente de revisión para valorar respuesta al tratamiento.

Discusión: El linfoma de tiroides es una neoplasia infrecuente. Puede ser primario o afectarse de forma secundaria. Se debe sospechar en un paciente con tiroiditis de Hashimoto que presenta una masa tiroidea de rápido crecimiento. La ecografía/PAAF puede sugerir el diagnóstico y la realización de citometría de flujo de la muestra aumenta el rendimiento. La biopsia es el método diagnóstico de elección, ya que permite analizar la arquitectura tisular. El subtipo más frecuente es el linfoma B difuso de células grandes, de mayor agresividad. El PET-TC con FDG se utiliza para el estudio de extensión. Para su estadificación se utiliza la clasificación de Ann Arbor, a diferencia del cáncer diferenciado de tiroides, que se basa en el TNM. El tratamiento consiste en radioterapia ± quimioterapia. La cirugía tiene un papel muy limitado.

9. MANEJO NUTRICIONAL DE UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA RECEPTOR INTESTINAL GRAVE

D. Muñoz, M. Motilla, L. Arhip, L. González, C. Cuerda, I. Bretón, C. Serrano, M.L. Carrascal, C. Velasco y M. Cambor

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Caso clínico: Mujer de 66 años con antecedentes de alergia a metamizol, asma extrínseco, hipotiroidismo primario autoinmune en

tratamiento sustitutivo y linfoma T periférico estadio IV. Recaída tras tratamiento con quimioterapia (CHOP). Trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (alo-TPH) en septiembre del 2020. Se encuentra ingresada tras 6 meses del alo-TPH en la planta de Hematología por cuadro de diarrea de hasta 15 deposiciones diarias de 1 mes de evolución, de consistencia líquida, coloración amarillenta y malolientes. La diarrea empeora en relación con la ingesta. No asocia dolor abdominal. La diarrea persiste por la noche e interfiere con el descanso nocturno. Refiere pérdida de peso involuntaria no cuantificada. Al ingreso se realizó cribado nutricional mediante NRS-2002 con resultado de 3 (en riesgo de desnutrición). Por este motivo se realiza interconsulta al servicio de Nutrición. El peso habitual de la paciente era de 63 kg. Al inicio del ingreso fue de 54,8 kg. Talla: 153 cm. IMC 23,4 kg/m². El porcentaje de pérdida de peso fue de 13% en 2 meses. Se realiza analítica sanguínea a destacar albúmina 2,9 g/dL (3,4-4,8), así como colonoscopia con toma de muestras con resultado de Anatomía Patológica compatible con enfermedad de injerto contra receptor (EICR). El coprocultivo fue negativo. Se pautó dieta de protección intestinal, eliminamos lactosa y gluten. Se calcularon los requerimientos energéticos inicialmente a 15-20 kcal/kg por alto riesgo de realimentación, obteniendo 820-1.100 kcal al día y las proteínas a 1.5 g/kg. Como intervenciones nutricionales y farmacológicas se fueron añadiendo de manera progresiva enzimas pancreáticas, aceite MCT, tiamina, preparado de vitaminas hidrosolubles, resinolectiramina, suplemento nutricional oral peptídico, octreótido, codeína, rifaximina y racecadotril. Pese a una discreta mejoría inicial, la diarrea empeoró posteriormente hasta 10-15 deposiciones al día con un volumen fecal aproximado de 1.500 ml, por lo que se decidió dieta absoluta y nutrición parenteral (NP) personalizada. La paciente ha requerido NP durante más de un mes. Posteriormente ha presentado una clara mejoría del número y volumen de las deposiciones con el tratamiento inmunosupresor, por lo que se ha reiniciado la tolerancia oral, permitiendo mantener la NP como complementaria.

Discusión: Este caso muestra la gran complejidad del manejo nutricional de los pacientes con enfermedad de injerto contra receptor intestinal con diarrea grave y cuadro malabsortivo refractario a múltiples medidas dietéticas y terapéuticas. Gracias a la NP se consiguió frenar la deshidratación y la desnutrición asociada al fallo intestinal.

10. RECUPERACIÓN ESPONTÁNEA DEL DÉFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO ASOCIADA A ENGROSAMIENTO DEL TALLO HIPOFISARIO PROXIMAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Jiménez Díaz, T. Armenta Joya, F. Sebastián Valles, V. Navas Moreno, A. Barbosa del Olmo y M. Marazuela Azpiroz

Hospital de La Princesa.

Introducción: El síndrome de interrupción del tallo hipofisario, se caracteriza por la triada consistente en un tallo hipofisario adelgazado, truncado o ausente junto con una adenohipófisis hipoplásica o aplásica a expensas principalmente de la pars distalis, acompañado de la presencia de una neurohipófisis ectópica o en algunos casos ausente. En función del grado de afectación del tallo hipofisario, la repercusión en la producción hormonal y afectación del eje hipotálamo-hipofisario será de mayor o menor severidad y con ello las posibilidades de recuperación.

Caso clínico: Se trata de un varón de 36 años, natural de República Dominicana diagnosticado de déficit de hormona de crecimiento (GH) y tirotropina (TSH) desde la infancia que precisó tratamiento sustitutivo de ambos ejes en su país de origen, sin disponer de informes ni pruebas de imagen al respecto. El paciente estaba asintomático sin alteraciones en la exploración física en la evaluación en nuestro centro. El perfil hipofisario mostraba: T4 Libre

0,79 ng/dL (0,93-1,7), TSH 4,84 uIU/mL (0,27-4,2), somatomedina C (IGF-1) 118,2 ng/mL (96-228); CORTISOL basal 11,1 ug/dL (3,7-19,4); PRL 14,17 ng/mL (3,46-19,4), testosterona 4,43 ng/mL (2,4-8,7); LH 5,36 mIU/mL (hombres: 0,57-12,07); FSH basal 6,99 mIU/mL (hombres: 0,95-11,95); PRL basal 14,17 ng/mL (3,46-19,40); cortisol 11,1 ug/dL (7-10 horas: 3,7-19,4); testosterona 4,43 ng/mL (2,40-8,70). En la resonancia magnética (RM) hipofisaria se describe una imagen hiperintensa en secuencias T1 en la región hipotalámica, sugerente de una mínima neurohipófisis ectópica; un infundíbulo hipofisario engrosado en su segmento proximal a nivel hipotalámico de 7 × 3 mm, hipercaptante. Resto del tallo hipofisario adelgazado. Adenohipófisis de pequeño tamaño en el interior de la silla turca.

Discusión: Analíticamente destaca la normalización del déficit del eje somatotropo y la persistencia del hipotiroidismo central, sin otras alteraciones del eje hipotálamo-hipofisario. Se trata de un paciente con síndrome de interrupción del tallo hipofisario, con engrosamiento de la porción proximal del mismo a expensas de la pars tuberalis, la cual podría justificar la recuperación del déficit de hormona del crecimiento que presentaba el paciente en el pasado.

11. PREVALENCIA E IMPORTANCIA CLÍNICA DE LOS INCIDENTALOMAS TIROIDEOS DESCUBIERTOS EN EL PET-TC CON 18F-FDG

C. López, S. Merino, R. Valhondo, P. Espinosa de los Monteros, F. Hernández, X. Pérez, R. Pallarés, M. Pazos y C. Familiar

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: La prevalencia de incidentalomas tiroideos descubiertos en pruebas de PET o PET-TC aumenta paralelamente a las crecientes indicaciones de la técnica. Su frecuente asociación con neoplasias malignas supone un reto diagnóstico en la práctica clínica. El objetivo de nuestro estudio fue conocer, en pacientes sometidos a un PET-TC, la prevalencia de incidentalomas tiroideos, la tasa de malignidad en aquellos con estudio ulterior suficiente y la utilidad del SUVmax para determinar la naturaleza benigna o maligna de la lesión.

Métodos: Se revisaron de forma retrospectiva los informes de pacientes con PET-TC realizados en nuestro centro entre junio 2013 y diciembre 2020 excluyendo los casos con diagnóstico previo de cáncer de tiroides (n = 21.524). Se incluyeron en el estudio los casos de incidentalomas tiroideos con captaciones tanto focales como difusas de FDG. En los sujetos con estudio considerado suficiente (ecografía, PAAF y/o cirugía) se asignó un diagnóstico definitivo de benignidad o de malignidad. La malignidad se asignó en base a la histología tras la cirugía o de acuerdo a la citología (categoría VI de Bethesda) tras la PAAF. El diagnóstico de benignidad se acuñó con la histopatología, la citología (categoría II de Bethesda) o el Patrón

ecográfico de muy bajo riesgo, de benignidad o normal. En este grupo con asignación diagnóstica, se analizó la posible asociación entre el diagnóstico de malignidad y variables demográficas, indicaciones del PET-TC (estadificación/reestadificación de una neoplasia conocida u otra indicación), patrón de captación de FDG (focal/difuso) y valor de SUVmax. Se llevó a cabo un análisis de curvas ROC para valorar la utilidad del SUV en la predicción de malignidad.

Resultados: Se hallaron 398 pacientes con captaciones tiroideas incidentales de FDG en el conjunto de PET-TC evaluados (1,8%) de la que 324 eran focales (1,5%) y 74 difusas. La estadificación o reestadificación de una neoplasia maligna ya conocida fue la indicación principal de la prueba (79,6%) destacando como neoplasias primarias el cáncer de mama (n = 96) y el de pulmón (n = 60). El porcentaje de mujeres y de disfunción tiroidea fue mayor en aquellos con captaciones difusas que focales (78,4 vs. 64,2% y 33,8 vs. 21,6% respectivamente, p < 0,05). En 137 (34%) sujetos, se llevó a cabo un estudio del incidentaloma que permitió la asignación de un diagnóstico de benignidad o de malignidad. La tasa de malignidad entre las captaciones focales (26,4%, 30/113) resultó significativamente mayor a la de las captaciones difusas (4%, 1/24). El valor de SUVmax de las lesiones focales consideradas malignas fue mayor al de aquellas consideradas benignas 10,6 [3,1-51,2] vs. 5,7 [2,3-66]; p < 0,05 respectivamente). El área de la curva ROC del SUVmax para diferenciar entre patología benigna y maligna fue de 0,698; IC95% [0,681-0,815] siendo el valor de 7,75 aquel con mayor sensibilidad (71,4%) y especificidad (68,7%).

Conclusiones: El porcentaje de neoplasias malignas entre las captaciones tiroideas incidentales del 18F-FDG PET-TC es elevado. Si bien el SUVmax fue mayor en los nódulos malignos, no se encontró un valor umbral que permitiera discernir de manera fiable entre patología benigna y maligna. La proporción de incidentalomas estudiados es bajo. Con la alta tasa de malignidad hallada en éste y otros trabajos se plantea la necesidad de establecer protocolos específicos de actuación en los incidentalomas tiroideos del PET-TC que deberían contemplar no solamente la ecografía y la indicación PAAF (con mayores umbrales de sospecha respecto a las indicaciones tradicionales) sino también la situación clínica del sujeto a la hora de indicar o priorizar el estudio del incidentaloma.

12. CÁNCER DE TIROIDES INCIDENTAL: ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE PACIENTES INTERVENIDOS POR ENFERMEDAD TIROIDEA BENIGNA

L. González, D. Muñoz, A. Rivas, R.J. Añez, A. García, I. Losada, O. González y A. López

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: La incidencia del cáncer de tiroides está aumentando de forma significativa tanto en Europa como en Estados Unidos

Tabla CO-12

Diagnóstico prequirúrgico	n	%	Malignidad en biopsia	
			Sí, n (%)	No, n (%)
BMN ^a	87	50,0%	11 (12,6)	76 (87,4)
Cáncer tiroideo	12	6,9%	10 (83,3)	2 (16,7)
Hiperparatiroidismo	9	5,2%	0 (0)	9 (100)
Nódulo de sospecha	48	27,6%	23 (47,9)	25 (52,1)
EGB ^a	8	4,6%	2 (25)	6 (75)
Otros ^a	10	5,7%	3 (30)	7 (70)
Total	174	100%	49 (28,2)	125

^aSe consideraron enfermedad tiroidea benigna, sin sospecha prequirúrgica de malignidad.

según estudios recientes. Esto puede atribuirse en parte a la mejora de los métodos de ecografía y al aumento de la detección de cáncer tiroideo incidental. El concepto de cáncer tiroideo incidental hace referencia a tumores malignos de la glándula tiroidea detectados en el estudio anatomopatológico de la glándula extirpada con diagnóstico *a priori* benigno. El objetivo de nuestro estudio es conocer la incidencia de pacientes con diagnóstico de cáncer tiroideo incidental intervenidos en nuestro centro durante un año.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos quirúrgicamente por enfermedad tiroidea benigna, principalmente hipertiroidismo o bocio multinodular (BMN), en el año 2018 en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Se evaluó el diagnóstico histopatológico de todos ellos y se recogió la presencia o no de malignidad en la biopsia.

Resultados: Se intervinieron un total de 174 pacientes de cirugía de tiroides. De ellos fueron intervenidos por enfermedad tiroidea benigna sin sospecha de malignidad previa 114 pacientes (65,6%). Se realizó diagnóstico de malignidad en 16 de estos pacientes (14%). En los pacientes intervenidos por sospecha de malignidad (nódulo tiroideo sospechoso con PAAF indeterminada o PAAF de malignidad) se confirmó la malignidad en el 55% (33 de 60 pacientes).

Conclusiones: El diagnóstico de cáncer de tiroides incidental en pacientes sometidos a tiroidectomía por una enfermedad benigna es bastante frecuente. Los resultados obtenidos en nuestras series se asemejan a los de estudios previos (10-25%).

13. INTERFERENCIAS METODOLÓGICAS EN LA DETECCIÓN DE T4L. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Doejo, P. Ferreira, P. Lois, S. Barra, A. Torregrosa, E. Jaime y F. Almodóvar

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

Introducción: Existen varias técnicas para la determinación de hormonas tiroideas con elevada sensibilidad y especificidad (radioinmunoanálisis, enzimoimmunoanálisis y quimioluminiscencia). La discordancia entre el patrón bioquímico y el cuadro clínico debe hacer sospechar una interferencia metodológica.

Caso clínico: Mujer de 72 años con hipotiroidismo primario subclínico autoinmune desde 2003, sin antecedentes familiares de patología tiroidea, en tratamiento con levotiroxina (LT4) 75 µg/día. Es derivada desde Atención Primaria por aparente infradosificación del tratamiento hormonal sustitutivo por TSH 9,11 µU/ml (0,55-4,78), T4L 2,64 ng/dl (0,78-2,19); la paciente se encuentra asintomática y con una exploración física normal. Se realiza una nueva determinación analítica en tres semanas después de retirar LT4 con el mismo método analítico (Advia Centauro) con resultado de: TSH: 66,56 µU/ml (0,55-4,78); T4 libre: 2,23 ng/dl (0,78-2,19); T3 libre: 1,7 pg/ml (2,8-5,2); otros estudios realizados: TSI negativos, ACTH, prolactina y GH normal y FSH y LH en rango de menopausia, panel de autoinmunidad negativo para Factor Reumatoide y proteinograma en suero con componente monoclonal en Gamma de significado incierto. Tras retirada de LT4 incremento ponderal de 2 Kg y astenia, se reintroduce de nuevo la medicación (LT4 75/d) y se orienta la sospecha clínica a una interferencia del ensayo en la medición de T4L, se solicita nueva medición mediante otro método (anализador cobas, Ac policlonal marcado con quelato de rutenio) con normalización de la T4L y persistencia de TSH alta, se aumenta dosis de LT4 100/d con normalización de perfil tiroideo. Para localizar la interferencia, se realizó técnica de detección Anticuerpos marcados mediante electroquimioluminiscencia anti T4 con resultado positivo.

Discusión: La paciente presentaba anticuerpos antiT4 positivo, el método inicial realizado detectaba como T4L dichos anticuerpos dando un valor de T4L erróneamente alto. Se debe sospechar interferencia metodológica en la determinación de hormonas tiroideas si existe incongruencia entre los datos clínicos y los datos analíticos.

En nuestro caso se descartó razonablemente sobredosificación de LT4 subrepticia, tratamiento con otros fármacos, síndrome de resistencia a hormonas tiroideas y un tumor productor de TSH. Hay métodos para la identificación de la interferencia como la precipitación con polietilenglicol o la medición de anticuerpos marcados mediante electroquimioluminiscencia empleada en nuestra paciente.

14. CONCENTRACIONES SÉRICAS DE ADIPONECTINA, TESTOSTERONA Y GROSOR ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEO EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

M. Fernández-Argüeso, V. Martínez-Vaello, G. Baonza-Saez, I. Madrid-Egusquiza, M.N. Sánchez-Ramírez, J.M. Gómez-Martín, P.Cobeta y J.I. Botella-Carretero

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción: La obesidad aumenta el riesgo cardiovascular en hombres mediante múltiples mecanismos. Entre ellas, las concentraciones bajas de adiponectina sérica y el hipogonadismo asociado a la obesidad son algunas de las que se han descrito en varios estudios. El objetivo de nuestra investigación es determinar los cambios en la concentración de adiponectina sérica en pacientes intervenidos mediante cirugía bariátrica y su posible asociación con cambios en el grosor íntima-media carotídeo (GIMc) y en los niveles de testosterona circulantes.

Métodos: Se incluyeron un total de 60 hombres con obesidad grave y riesgo cardiovascular (definido por la presencia de síndrome metabólico según los criterios de la Asociación Americana del Corazón): 20 intervenidos mediante *bypass* gástrico laparoscópico en Y de Roux (BGRY), 20 intervenidos mediante *sleeve* gástrico (SG) y 20 controles con cambios en el estilo de vida y dieta. Se determinaron previamente y a los 6 meses tras la cirugía adiponectina sérica, testosterona total (TT), globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG) y se calculó la testosterona libre (TL) a partir de los parámetros anteriores. Se midió el GIMc mediante ecografía.

Resultados: Se objetivó un aumento en las concentraciones de adiponectina sérica en los pacientes sometidos a intervención quirúrgica, mientras que los controles no presentaron variaciones significativas ($p < 0,001$, $p = 0,002$ para BGRY vs. controles, $p = 0,001$ para SG vs. controles, $p = 0,695$ para BGRY vs. SG). El aumento en las concentraciones de adiponectina se correlacionó positivamente con la TT ($r = 0,518$, $p < 0,001$) y TL ($r = 0,320$, $p = 0,013$) y fue inversamente proporcional a los cambios en el GIMc. El aumento de la TT y TL fue, asimismo, inversamente proporcional a los cambios en el GIMc ($r = 0,428$, $p = 0,10$ y $r = 0,269$, $p = 0,038$).

Conclusiones: El BGRY y el SG inducen un aumento en la adiponectina y un descenso en el GIMc que se asocian a cambios en la testosterona.

15. HIRSUTISMO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UN ADENOCARCINOMA MESONÉFRICO-LIKE OVÁRICO

M. Zubillaga, I. Martín, B. Ugalde, S. Bacete, J. Modamio, L. Zeng, V. Triviño, O. Meizoso, I. Moreno y C. Sevillano

Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción: Los tumores mesonéfricos-like (TML) son tumores con características histológicas y moleculares similares a los tumores mesonéfricos, pero no derivan del epitelio mesonéfrico. Actualmente, sólo hay 18 casos descritos de TML ováricos. Presentamos, a continuación, el caso de una mujer de 83 años remitida a nuestras consultas para estudio de hirsutismo.

Caso clínico: Mujer de 83 años. Refiere, desde hace 2 meses, aparición de vello terminal en brazos, axilas, abdomen, bigote y

mentón. Asocia mareos, aumento de olor corporal y cuadro constitucional con astenia y anorexia. En la exploración física, IMC 37,22 kg/m². Ferriman no calculable por depilación, pero sí vello terminal en zonas no depiladas. Abdomen distendido con masa en hipogastrio que llega a 4 traveses de dedo por debajo del ombligo. En la analítica de sangre inicial destaca: testosterona 4,46 ng/ml, estradiol 73 pg/ml, FSH 6,80 mUI/ml, LH 2,90 mUI/ml, DHEAS 183,0 µg/dl, Androstendiona > 10,0 ng/ml, 17-OH-progesterona 17,80 ng/ml. Se realiza TC abdominopélvico, identificándose 2 tumoraciones de partes blandas en pelvis menor de probable origen anexial. Se deriva a la paciente a Ginecología por sospecha de tumor de células de Sertoli-Leydig, realizándose una salpingooforectomía bilateral con hallazgo de tumoración anexial. El diagnóstico anatomopatológico es de adenocarcinoma mesonéfrico-like de 13 × 11 × 7 cm, con inmunofenotipo: GATA3, CD10 y receptor de andrógenos positivo; calretinina y TTF-1 negativo. El líquido peritoneal es positivo para células tumorales malignas. 21 días después de la cirugía, se realiza una nueva analítica para determinar nuevos niveles hormonales: testosterona < 0,20 ng/ml, estradiol < 12 pg/ml, FSH 53,80 mUI/ml, LH 46,90 mUI/ml, 17-OH-progesterona 0,67 ng/ml.

Discusión: Pendiente aún del estudio molecular, presentamos el primer caso de tumor mesonéfrico-like ovárico con producción androgénica.

16. REACCIONES DE CUERPO EXTRAÑO POR CELULOSA OXIDADADA EN EL SEGUIMIENTO DEL CÁNCER DE TIROIDES: LA SEMILLA DE LA DUDA

F. Sebastián-Valles, J.M. Muñoz de Nova, M. Valdivia-Mazeyra, J. Jiménez, C. Knott, J.A. Jiménez-Heffernan y M. Lahera

Hospital Universitario de La Princesa.

Introducción: La celulosa oxidada regenerada es un biomaterial hemostático local ampliamente utilizado en la cirugía tiroidea. Se han descrito casos aislados de reacción de cuerpo extraño a la celulosa oxidada (RCO) en cirugía tiroidea.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes consecutivos sometidos a una tiroidectomía entre enero de 2019 y diciembre de 2020 con diagnóstico definitivo de carcinoma de tiroides o neoplasia folicular no invasiva con características nucleares de neoplasia papilar (NIFTP). Todos los pacientes se siguieron en consulta mediante el protocolo bioquímico y ecográfico rutinario. Se incluyeron todos los pacientes con lesiones ecográficas en lecho tiroideo cuya PAAF fue compatible con RCO.

Resultados: Durante el periodo de estudio se intervinieron 83 pacientes por patología tiroidea maligna. De estos, un total de 15 casos (18,1%) presentaron una RCO documentada ecográfica y citológicamente. Los tamaños de las lesiones fueron entre 5 y 28 mm, con bordes bien definidos y con mínimo o nulo flujo Doppler en todos ellos. El 46,7% de las lesiones fueron hipoecoicas y el 53,3% isoecoicas. En el 26,7% de los casos aparecieron lesiones bilaterales. Se observó una imagen característica “en lágrima” en el 46,7% de los casos. Los diagnósticos diferenciales ecográficos fueron mayoritariamente los de hematoma, resto tiroideo o proceso inflamatorio postquirúrgico en 10 casos (66,7%). En los 5 casos restantes se sospechó una adenopatía reactiva, un remanente tiroideo con criterios de baja sospecha, otro de sospecha intermedia, una posible recidiva de cáncer de tiroides y en otro RCO directamente. En la citología de todas las lesiones se observaron estructuras acelulares compuestas por celulosa oxidada. Algunas muestras estaban acompañadas por un componente inflamatorio conformado por macrófagos y en otros se identificaba un fondo de material sin reacción inflamatoria macrófaga o granulomatosa. La mayoría de pacientes presentaba bajo riesgo de recidiva en la estratificación dinámica de riesgo ATA con cifras de Tg basal y estimulada compatible con respuesta excelente.

Conclusiones: Encontramos una inesperada elevada incidencia RCO que podría alterar el normal seguimiento de estos pacientes. Aportamos la documentación de casos más extensa publicada hasta el momento, de forma que permita al clínico sospechar el diagnóstico antes de proceder con técnicas diagnóstico-terapéuticas más agresivas, especialmente en pacientes con tumores de bajo riesgo sin datos bioquímicos de recidiva. Serán necesarios futuros estudios que ahonden en la incidencia de esta entidad y las posibles causas.

17. EMPLEO DE BIOIMPEDANCIOMETRÍA PARA EVALUACIÓN DE VOLEMIA EN PACIENTE CON DIABETES INSÍPIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Kanaan, L. Herráiz, L. Mola, T. de Grado, R. Penso, I. Crespo y M.E. Mendoza

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Introducción: La hiponatremia es una alteración hidroelectrolítica frecuente en los pacientes hospitalizados y que conlleva un aumento de mortalidad si no es tratada adecuadamente.

Caso clínico: Varón de 42 años con panhipopituitarismo y diabetes insípida secundarios a craneofaringioma operado y tratado con radioterapia que ingresa por estatus epiléptico. Se interconsulta al servicio de Endocrinología del HCD Gómez Ulla para ajuste de su medicación habitual. El paciente presenta hiponatremia sin clara filiación, dificultando el ajuste del tratamiento con desmopresina y sueroterapia. Se administran dosis de estrés de hidrocortisona. Se empleó la bioimpedanciometría (BIA) Bodystat® Multiscan 5000 para evaluar el estado de volemia, midiéndose el agua corporal total (TBW), agua extracelular (ECW), agua intracelular (ICW) y el volumen de sobrehidratación en litros (OHY). En la BIA realizada inicialmente con un sodio plasmático (Nap) de 128 mmol/L y con sospecha de deshidratación en la exploración física, se obtuvieron los siguientes resultados: TBW 36,8 litros (L), ECW 13,4 (18,4%) L, ICW 23,4 (32%) L Y OHY -3,1 L. Al día siguiente (con Nap 135 meq/L), se repitió nuevamente la BIA para saber si el paciente seguía deshidratado, observando: TBW 25,5 (34,9%) L, ECW 13,3 (18,2%) L, ICW 12,2 (16,7%) y OHY 1,5 L. El paciente tras aumentar la hidratación (y manteniendo misma dosis de desmopresina), fue normalizando el Nap hasta estabilizarse entre 135-137 mmol/L, pudiéndose suspender la sueroterapia posteriormente.

Discusión: La BIA es una técnica que puede resultar de utilidad para ayudar en el manejo terapéutico y monitorización de pacientes con hiponatremia, siendo necesario realizar más estudios para apoyarlo.

18. OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON SEMAGLUTIDA EN UN CASO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA

M. Sánchez, J. Cárdenas-Salas, R. Sierra, B. Luca y C. Vázquez

Fundación Jiménez Díaz.

Introducción: El tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en situación de enfermedad renal crónica (ERC) avanzada, es un gran reto debido a la limitación de opciones terapéuticas. Se ha evidenciado que la albuminuria es un factor pronóstico de mortalidad y de progresión de enfermedad renal. El tratamiento con semaglutida ha demostrado disminuir y revertir la albuminuria de forma significativa, aunque los datos en situación de ERC-G4 son escasos.

Caso clínico: Mujer de 69 años, con DM2, obesidad, dislipidemia, insuficiencia cardíaca, SHAS grave y ERC G4-A3, con muy aceptable control glucémico (HbA1c: 6,7%), en tratamiento con linagliptina (5 mg/día) y repaglinida (0,5 mg/día) a quien con objetivo de disminuir

el peso y disminuir los niveles de albuminuria, se decidió optimizar el tratamiento iniciando semaglutida 0,25 mg/semanal. La evolución tras 6, 12 y 18 meses se muestra en la tabla. La tolerabilidad y adherencia al tratamiento ha sido buena. No ha precisado de otros antidiabéticos. Debido a la gran mejoría y a fin de evitar efectos adversos, se ha decidido de momento no progresar en la dosis de semaglutida.

	Basal	6 m	12 m	18 m
Peso (kg)	91,5	80,9	80,0	74,7
IMC (kg/m ²)	34,9	30,8	30,5	28,5
Cintura (cm)	116			104
Grasa corporal (%)	48,3	46,0		43,5
Masa muscular esquelética (kg)	25,1	23,6		22,8
Agua (L)	34	32,0		30,9
Glucosa (mg/dl)	161	118	134	117
HbA _{1c} (%)	6,7	5,5		5,3
Creatinina (mg/dl)	2,65	2,38	2,30	2,76
FG (ml/min/1,73 m ²)	19	20	21	17
Albuminuria/creatinina (mg/gr)	693,2	210,1	134,2	69,6

Conclusiones: En esta paciente de muy alto riesgo cardiovascular, y con escasas opciones terapéuticas dada su enfermedad renal avanzada, el tratamiento con semaglutida se asoció a una mejoría de su control metabólico, ponderal, y a una gran disminución de la albuminuria que podría ralentizar la progresión de su enfermedad renal crónica y ultimadamente disminuir su riesgo de morbilidad/mortalidad cardiovascular.

19. MANEJO DEL HIPERCORTISOLISMO GRAVE EN EL SÍNDROME DE CUSHING ECTÓPICO PARANEoplásico. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. López Ruano, J. Jiménez Díaz, F. Sebastián Valles, V. Navas Moreno, T. Armenta Joya y R. Ferreira de Vasconcelos Carvalho

Hospital Universitario de La Princesa.

Introducción: El control del hipercortisolismo es prioritario en el síndrome de Cushing ectópico. Elegir el inhibidor de la esteroidogénesis y su dosis adecuada supone un reto, dada la escasa experiencia clínica en el uso de estos fármacos con esta indicación. Exponemos un caso de hipercortisolismo grave en contexto de síndrome de Cushing ectópico paraneoplásico.

Caso clínico: Varón de 52 años HTA, no DM, diagnosticado en diciembre de 2020 de tumor neuroendocrino bien diferenciado (G2) con metástasis hepáticas de origen desconocido, con Octreoscan negativo, en tratamiento con everolimus, con datos de progresión en último TC toracoabdominal. Consulta el 7/10/21 por cuadro en las últimas 2-4 semanas de astenia, debilidad muscular proximal, hiperpigmentación, fragilidad capilar, irritabilidad e insomnio. En analítica se evidencia hipopotasemia grave, hipocalcemia, alcalosis metabólica e hiperglucemia. Se ingresa para tratamiento y estudio. Al ingreso, se suspende everolimus como posible causa de hipopotasemia, se realiza reposición electrolítica y se detecta ACTH: 373,8 pg/ml, cortisol basal (CB): 83,1 ug/dl y cortisol libre orina 24h (CLU): 20.379 ug/24h, diagnosticándose, en este contexto, de síndrome de Cushing ectópico. El 13/10 se inicia ketoconazol 400 mg/8h y se monitorizan los niveles de CLU y CB cada 12-24h. Durante los tres días siguientes no hay mejoría, in-

cluso tras doblar la dosis de ketoconazol, por lo que el 18/10 se añade etomidato 3 mg/día. Al día siguiente, los niveles de CLU se reducen a 13.588 ug/24h y el CB baja a < 0,8 ug/dl, reduciéndose etomidato a 1 mg/h y ketoconazol a 400 mg/8h, e iniciándose metopirona 500 mg/8h. El 20/10 baja el CLU a 7.700 ug/24h, con ascenso del CB a 58 ug/dl, por lo que se sube etomidato a 2 mg/h. Posteriormente, bajamos progresivamente etomidato al mismo tiempo que aumentamos la dosis de metopirona, consiguiendo un descenso progresivo de CB y CLU hasta suspender etomidato el 23/10, alcanzando niveles de CB y CLU en rango normal, que lograron estabilizarse con los otros dos fármacos. Se observó una marcada mejoría clínica, disminuyendo la intensidad de los síntomas conforme disminuyeron los niveles de cortisol, con buena tolerancia a los fármacos.

Discusión: El caso presentado muestra las dificultades que podemos encontrar en el manejo del hipercortisolismo grave. Es destacable, la importancia de la monitorización de CLU y CB en la elección diaria de la pauta farmacológica adecuada. También cabe destacar, la utilidad del etomidato en el control inmediato del hipercortisolismo, como coadyuvante de otros inhibidores de la esteroidogénesis hasta que éstos inicien su acción.

20. CLASIFICACIONES RADIOLÓGICAS DE KNOSP, KNOSP REVISADO Y DE HARDY PARA LA PREDICCIÓN DE LOS RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN LA CIRUGÍA TRANSENFENOIDAL ENDOSCÓPICA ENDONASAL DE ADENOMAS HIPOFISARIOS

M. Araujo Castro², A. Acitores Cancela¹, C. Vior¹, E. Pascual-Corrales² y V. Rodríguez Berrocal^{1,3}

¹Departamento de Neurocirugía; ²Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal. ³Departamento de Neurocirugía, Hospital HM Puerta del Sur.

Objetivo: Evaluar qué clasificación radiológica, Knosp, Knosp revisada o Hardy, es mejor para la predicción de los resultados quirúrgicos en la cirugía transesfenoidal endoscópica endonasal (TEE) de los adenomas hipofisarios (AH). Además, se evalúa la correlación de estas clasificaciones radiológicas con los hallazgos histológicos.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con AH sometidos por 1ª vez a una resección TEE, entre enero 2009 y diciembre 2020. La invasión radiológica del seno cavernoso se definió como un grado Knosp o Knosp revisado > 2 o un grado E en la clasificación de Hardy. La clasificación de Hardy consideró el grado de destrucción selar (grado, escala de invasión) y extensión extraselar (estadio, escala extensión). Se definió curación quirúrgica como resección tumoral total en AH no funcionantes y remisión bioquímica en AH funcionantes. Se definió invasión histológica como invasión de tejidos duros, periósticos o mucosos.

Resultados: Se incluyeron 228 pacientes con AH, un 61,4% eran AH no funcionantes. La invasión del seno cavernoso fue evidente en el 35,1%. La distribución de Knosp fue la siguiente: grado 0 (22,5%), grado 1 (15,4%), grado 2 (26,9%), grado 3 (16,3%) y grado 4 (18,9%). Entre los de grado 3 de Knosp, 23 eran grado 3A y 9 grado 3B. En global, se logró la curación quirúrgica en el 64,3%. La curación fue menos frecuente en AH invasivos que no invasivos (28,8% vs. 83,1%, p < 0,0001), y el riesgo de complicaciones mayor (13,8% vs. 3,4%, p = 0,003). La tasa de curación quirúrgica disminuyó a medida que aumentó el grado Knosp (Prueba MH para tendencia lineal: $\chi^2 = 66,8$, p < 0,001), mientras que el riesgo de complicaciones aumentó a mayor grado de Knosp (prueba MH para tendencia lineal: $\chi^2 = 12,3$, p < 0,001). Los pacientes con AH Knosp 3B lograron la curación con menos frecuencia que los 3A (22,2% vs. 60,9%, p = 0,049). Se observaron resultados similares basados en las clasificaciones de Hardy de invasión y extensión (estadio A-C 83,1% vs. E 28,8%, p < 0,0001,

grado 0-II 81,1% vs. III-IV 59,7%, $p = 0,008$). La clasificación de Knosp ofreció la mayor precisión diagnóstica para la predicción de la curación (AUC 0,820), mientras que la clasificación de invasión de Hardy careció de utilidad para este propósito (AUC 0,654). Se encontró una clara asociación entre las clasificaciones de Knosp y Hardy de extensión y el examen de invasión patológica, ya que el 7,6% de los AH Knosp 3-4 o estadio E presentaron invasión histológica vs. 1 caso de los AH no invasivos ($p = 0,004$).

Conclusiones: La clasificación de Knosp ofrece una buena orientación para la estimación de la curación quirúrgica y el riesgo de complicaciones en pacientes con AH sometidos a cirugía TEE. Sin embargo, la escala de invasión Hardy carece de utilidad para este propósito.

21. MANEJO NUTRICIONAL COMPLEJO EN PACIENTE CON CÁNCER EPIDERMÓIDE DE LARINGE Y DEFORMACIÓN PÍLOROBULBAR CON ESTÓMAGO RETENCIONISTA

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

Hospital Central de la Defensa CSVE Gómez Ulla.

Introducción: El tratamiento oncológico, en cualquiera de sus vertientes induce la aparición de desnutrición, sobre todo en aquellos casos en que se administran varios tratamientos para la curación del cáncer (cirugía, radioterapia y quimioterapia). Se presenta el caso clínico de un varón de 61 años intervenido por carcinoma epidermoide de laringe moderadamente diferenciado, al que se le realiza laringectomía más radioterapia adyuvante sobre lecho y cadenas ganglionares; ingresa posteriormente por disfagia orofaríngea con desnutrición calórico-proteica severa, presentando múltiples complicaciones durante su estancia hospitalaria.

Caso clínico: Varón de 61 años, exfumador. HTA. Posible vagotomía parcial. VHC postransfusional, hepatopatía crónica avanzada con infiltración grasa y signos de hipertensión portal y esplenomegalia. Colelitiasis múltiple. Cirugía de revascularización coronaria por SCA-SEST Killip I en septiembre de 2017. Tras intervención quirúrgica: Laringectomía por carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado, recibió radioterapia adyuvante sobre lecho y cadenas ganglionares. Ingresó 4 meses después por hemorragia digestiva alta secundaria a úlcera bulbar Forrest IIa y un mes después vuelve a ingresar en ORL por disfagia orofaríngea en probable relación con esofagitis rídica con desnutrición calórico-proteica severa (MUST: 4). Se realiza gastroscopia en la que se objetiva: estenosis esofágica significativa a 15 cm de incisivos de aparente origen actínico; esofagitis severa de tercio esofágico distal; estenosis pilórica severa de origen péptico; úlcus pilórico Forrest III y estómago de retención. Se intenta, sin éxito, colocación de sonda nasoyeyunal (SNY), por lo que se coloca sonda nasogástrica (SNG). Se estima un GEB 1238 Kcal/día. Se inicia NE por SNG con fórmula completa polimérica e hiperproteica, que se suspende al 4º día por vómitos biliosos por estenosis duodenal de origen péptico con dificultad para el vaciamiento gástrico debido a deformidad píloro bulbar que produce angulación marcada. Desarrolla hipocalcemia severa con convulsiones secundarias e hipotensión arterial, por lo que se traslada a unidad de cuidados intensivos (UCI). En UCI: Nutrición parenteral total (NPT) al 80% de los requerimientos energéticos calculados manteniendo un aporte proteico de 1,2 g/kg/día. Dos semanas después ingresa nuevamente en UCI por IAMSEST. Y a los 5 días presenta un cuadro de deterioro del nivel de consciencia diagnosticándose un probable AIT en territorio de la ACM. Se realiza TAC que informa de gran dilatación de cámara gástrica y signos de ectasia de la vía biliar extrahepática y cambios inespecíficos en la morfología y densidad de la porción cefálica pancreática. Por lo que se coloca sonda de gastroyeyunos-

tomía en yeyuno proximal, a través de acceso endoscópico transgástrico y sorteando obstrucción duodenal. Se inicia NE completa con fórmula oligomérica, hipercalórica, hiperproteica y sin fibra en infusión continua. Tras dos semanas con NE completa se observa un aumento progresivo de las cifras de albúmina de 2,47 a 3.65 g/dl. A los tres meses se objetiva aumento de peso (+5 Kg) y normalización de los parámetros nutricionales: albúmina 4,09 g/dl, proteínas totales 6,9 g/dl.

Discusión: En nuestro paciente debido a la deformidad pilorobulbar que condiciona cierta estenosis pilórica, y la sospecha de gastroparesia asociada (desde 2014 se describen en las gastroscopias un estómago retencionista), la única vía de acceso posible a tubo digestivo era la yeyunostomía.

La yeyunostomía de alimentación es una excelente manera de nutrir por vía enteral a pacientes que no pueden tolerar dieta oral con una tasa de complicaciones baja. La yeyunostomía quirúrgica puede ser, en casos seleccionados, una vía de acceso apropiada para NE domiciliaria a largo plazo.

22. GRADO DE CONTROL GLUCÉMICO EN PACIENTES DIABÉTICOS CON SISTEMA FLASH DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA

L. Zeng, O. Meizoso, B. Ugalde, V. Triviño, I. Martín, I. Moreno, I. Huguet, M. Llaveró, M. Gargallo, S. Bacete, J. Modamio, M. Zubillaga y C. Sevillano

Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción: El sistema flash de monitorización de glucosa supone una de las revoluciones más importantes en el manejo de la diabetes mellitus (DM) de los últimos años. Se trata de un medidor continuo de glucemia intersticial, que nos aporta nuevos datos acerca del grado de control metabólico de cada paciente, permitiéndonos definir nuevos objetivos de control y diseñar estrategias terapéuticas individualizadas que nos ayuden a alcanzarlos. En este estudio queremos conocer el grado de cumplimiento de diferentes objetivos de control glucémico en una cohorte de pacientes usuarios de este dispositivo en las consultas del Hospital Infanta Leonor.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los datos de monitorización continua de glucosa intersticial con sensor FreeStyle Libre 2 conectados a la aplicación LibreView. Se reclutaron un total de 317 pacientes atendidos en las consultas de nuestro hospital. Se utilizaron datos de la descarga comprendida entre el 15 de agosto y el 1 de septiembre de 2021 de pacientes con DM tipo 1, Diabetes tipo LADA y Diabetes secundaria a daño pancreático; se excluyeron aquellos pacientes que no actualizaron el registro de datos en esas fechas (13). Los objetivos de control glucémico analizados fueron: Glucosa media intersticial (GMI) < 7%; porcentaje de tiempo en rango (TIR) entre 70 y 180 mg/dL > 70%; variabilidad glucémica < 36% y un tiempo por debajo de rango (TBR) < 5%.

Resultados: Total de pacientes analizados 304; 158 (52%) varones y 146 (48%) mujeres. La mediana de lecturas por día fue de 8 (rango intercuartílico 5-12). 143 pacientes (47%) cumplieron el objetivo de GMI inferior al 7%; 123 pacientes (40.6%) presentaron un tiempo en rango superior al 70%; 161 pacientes (52.8%) presentaron una variabilidad glucémica inferior al 36% y 181 pacientes (59.4%) presentaron un tiempo por debajo de rango inferior al 5%.

Conclusiones: El cumplimiento de los objetivos de control glucémico analizados en nuestra cohorte dista de ser óptima. El aumento de información que aportan los sistemas flash pone de manifiesto deficiencias en el control de glucemia que antes pasaban inadvertidas. La educación diabetológica, cambios en el tratamiento y un seguimiento más estrecho podrían ayudarnos a mejorar el control glucémico en aquellos pacientes que no alcanzan los objetivos de control.

23. EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE LOS MICRORNAS: HSA-MIR-29A-3P, HSA-MIR-103-3P Y HSA-MIR-222-3P CIRCULANTES EN LA DIABETES GESTACIONAL Y SUS MODIFICACIONES CON DIETA MEDITERRÁNEA

J. Valerio, N. García de la Torre, L. del Valle, V. Melero, C. Assaf, I. Jiménez, A. Calle y A. Barabash

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: La alimentación puede provocar variaciones en la programación epigenética, activando o silenciando la expresión génica. Se ha demostrado que una intervención basada en dieta mediterránea (DietMed) suplementada con aceite de oliva virgen extra y frutos secos, reduce la incidencia de diabetes mellitus gestacional (DMG). Se ha descrito que algunos microRNAs participan en el control glucémico regulando la expresión de genes como INSIG1 o GLUT4 entre otros. Datos de la expresión de los microRNAs, son escasos y controvertidos.

Objetivos: Evaluar si los microRNAs hsa-miR-29a-3p, hsa-miR-103-3p y hsa-miR-222-3p circulantes están implicados en los mecanismos epigenéticos subyacentes al desarrollo de DMG y en el efecto protector de DietMed tanto en la aparición de DMG como en la persistencia de dicho efecto a los 2 años.

Métodos: Se utilizaron muestras de 284 gestantes procedentes del estudio Plos One 2017;12(10):e0185873, de las cuales 102 pertenecen al grupo control (GC) y 182 al grupo de intervención (GI). Se aplicaron los cuestionarios Nutrition Score y Medas para valorar la adherencia a la DietMed. Se realizó extracción de microRNAs mediante miRNeasy Mini kit (Qiagen) en muestras de suero al final del primer trimestre del embarazo (< 12 semanas), a las 24 semanas (SOG) y a los 2 años. La cuantificación se realizó mediante RT-qPCR con miRCURY LNA™ microRNA PCR System kits (Exiqon) en un equipo 7500 Fast Real-Time PCR System (Applied Biosystems). Todos los experimentos se realizaron por triplicado y normalizados con miR23a-3p. Se controló la presencia de hemolisis y se añadieron *spike-in* para controlar la calidad de las reacciones. La normalización y la cuantificación relativa de la expresión se realizó mediante $2^{-\Delta\Delta Ct}$ y por eficiencia de la curva estándar. Para la comparación de los niveles de expresión, se fijó como significativo un umbral de cambio de >1,5 veces. Se realizaron otros análisis estadísticos mediante SPSS 21.

Resultados: El 31,4% del GC desarrolla DMG frente a un 21,4% del GI. El hsa-miR-222-3p presenta una sobre expresión en las pacientes que desarrollan DMG por encima de 1,5 veces con respecto a su expresión en la semana 12, que se mantiene a los 2 años. (fold change: 24 semana 1,86; 2 años 1,96). Cuando se estratifica por GI las mujeres que a pesar de la intervención desarrollan DMG presentan una sobre expresión mayor de 2 (Fold change: 24 semana 2,0; 2 años 2,16).

Conclusiones: Existe una sobre expresión del hsa-miR-222-3p en suero en las que desarrollan DMG en la semana 24 que se mantiene 2 años. Esto apoyaría su implicación en los mecanismos epigenéticos subyacentes y su utilidad como posibles biomarcador de DMG

Financiación: PI17/01442; PI14/01563 I (SCIII y FEDER); IPI/2017/NR2 (SENDIMAD).

24. DESCRIPCIÓN DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 3C SECUNDARIA ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS

M. Gómez-Gordo Hernanz, A.M. Rivas Montenegro, R.J. Añez Ramos, D. Muñoz Moreno, L. González Fernández1, G. Collado, I. Losada Gata1, A. García Piorno, J. Atencia Goñi y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: El tipo 3c, agrupa aquellas diabetes mellitus (DM) secundarias a enfermedad pancreática exocrina siendo la causa más

frecuente la pancreatitis crónica (PC) (79%) seguida de adenocarcinoma ductal de páncreas (PDAC) (8%). La prevalencia de DM en pacientes con PDAC es alta (68%) y el diagnóstico suele darse en los 24 meses previos al diagnóstico, cuando el tumor aún no es identificable desde un punto de vista radiológico. Se describe como mecanismo de hiperglicemia la liberación de mediadores por el tumor que generan tanto resistencia a la insulina como disfunción de la célula beta. A diferencia, de otros tipos de DM también se produce alteración de polipéptido pancreático (PP) en etapas tempranas y de células alfa en estadios más tardíos. La respuesta deficiente en la liberación del PP tras la ingestión de nutrientes podría ser un marcador de diabetes asociada a PDAC y contribuir a diferenciarla de la DM tipo 2. Los criterios diagnósticos de DM tipo 3c son: presencia de insuficiencia pancreática exocrina, anormalidades pancreáticas en pruebas radiológicas y ausencia de autoinmunidad para DM1.

Caso clínico: Mujer de 70 años normopeso (IMC 19,03 Kg/m²). Prediabetes desde hace 4 años. Pérdida de peso de 15 Kg en los últimos 5 meses. Debut de DM en julio 2020 en forma de hiperglicemia simple en contexto de duodenopancreatectomía total por adenocarcinoma de páncreas. A su diagnóstico glicemia de 187 mg/dl, HbA1c 7,2%, péptido C 0,03. Anticuerpos negativos. Insuficiencia pancreática exocrina que precisó inicio de enzimas pancreáticas (lipasa, amilasa, proteasa). Durante su hospitalización logra controles con insulización esquema basal-bolo a 0,3 UI/Kg/d. Frecuentes excursiones glicémicas que mejoraron tras el inicio de monitorización continua de glucosa.

Discusión: El PDAC es una causa de DM tipo 3c. Aunque los factores de riesgo típicos (edad, obesidad, antecedentes patológicos familiares) no pueden ayudar a discriminar de una DM tipo 2, la pérdida de peso es una característica mucho más común en la secundaria a PDAC. El diagnóstico reciente de diabetes puede ser un marcador para la detección precoz de PDAC, su identificación temprana puede permitir el diagnóstico e intervención de PDAC en un punto en el que la terapia sea curativa.

25. CARCINOMA TIROIDEO BIEN DIFERENCIADO-NOS DE BAJO RIESGO INICIAL: METÁSTASIS PULMONARES YODOREFRACTARIAS EN EL SEGUIMIENTO

M. Miguélez González, M.A. Vélez, C. Torán, L. García y C.M. Causso

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Hospital Universitario General Villalba.

Introducción: En los carcinomas de tiroides de bajo riesgo inicial de la ATA existe hasta un 5% de riesgo de progresión. Presentamos un caso de un carcinoma tiroideo bien diferenciado-“not otherwise specified” (NOS) que se ha comportado como un carcinoma de alto riesgo.

Caso clínico: Varón de 66 años valorado en consulta de obesidad con hallazgo exploratorio de nódulo tiroideo izquierdo realizándose ecografía-punción con aspiración y aguja fina, identificándose un nódulo 35 mm ACR-TIRADS- 4 con resultado citológico de Bethesda IV. Es intervenido mediante tiroidectomía total con resultado anatómopatológico de carcinoma tiroideo bien diferenciado (Ki67 < 1%) de 3,5 cm, con invasión mínima de la cápsula tumoral que contacta con el margen de resección, invasión perineural, sin angioinvasión, no caracterizable como variante folicular encapsulada de carcinoma tiroideo ni como variante encapsulada de carcinoma papilar; catalogado como carcinoma bien diferenciado- NOS (clasificación OMS 2017) bajo riesgo de la ATA inicial. Al ser una resección incompleta se realiza tratamiento con 109 mCi de I-131 con resultado de tiroglobulina (TG) estimulada de 16,6 ng/mL y captación en el lecho tiroideo. Ante el rápido ascenso de TG a los 6 meses se realiza nuevo RCT-SPECT y PET-FDG sin evidenciarse captación. A los 12 meses se realiza nuevo RCT-SPECT con hallazgo de micronódulos pulmonares en lóbulo medio y llingula sin captación. Se completa el estudio con

PET- FDG con persistencia de los micronódulos pulmonares y varios de nueva aparición bilaterales no superiores de 4 mm por tanto no caracterizables metabólicamente. Dada la rápida progresión al I-131, metástasis pulmonares menores 1 cm, sin localización crítica, en paciente asintomático seguimos un esquema de vigilancia activa.

Discusión: El índice Ki-67 es un marcador útil para diferenciar entre carcinoma pobremente diferenciado, bien diferenciado y anaplásico. La mínima extensión de la invasión capsular y la ausencia de invasión vascular son factores de buen pronóstico. En todos los carcinomas de tiroides es fundamental la estratificación dinámica del riesgo para detectar recidiva/progresión. La generalización del uso de marcadores moleculares podría ayudar a identificar a este grupo de cánceres con un bajo riesgo inicial que progresan rápidamente así como asentar las bases de tratamientos dirigidos.

26. AGRANULOCITOSIS POR METIMAZOL: UNA COMPLICACIÓN A TOMAR EN CUENTA

I. Mantellini, P. Vázquez, I. Aguilera, S. Rogic, B. Lecumberri y L. Herranz

Hospital Universitario La Paz.

Introducción: La agranulocitosis es un efecto adverso raro pero grave de los antitiroideos. Se describen dos casos de pacientes atendidos en nuestro hospital durante el año 2021. Tras revisión de la literatura, concluimos que es una complicación rara pero potencialmente mortal de estos tratamientos, siendo imprescindible el diagnóstico temprano. Es esencial la advertencia de síntomas y signos de alarma a los pacientes que inician esta medicación. La atención y tratamiento precoces evitan el desarrollo de sepsis e infecciones graves.

Casos clínicos: Caso 1: mujer de 58 años de edad con anomalía de Ebstein, insuficiencia cardiaca y fibrilación auricular cardiovertida. Diagnosticada de hipertiroidismo por amiodarona, que es suspendida por cardiología. Inicia metimazol 10 mg/día, aumentado a 20 mg/día a las 4 semanas. Neutropenia de 70/mm³ en revisión de control a las 6 semanas del inicio del tratamiento, por lo que se deriva a urgencias y se retira el fármaco. Refiere odinofagia de 2 días de evolución, y durante observación desarrolla fiebre de 39 °C e hipertensión sintomática 80/60 mmHg. Ingresa en hematología. Neutrófilos indetectables, precisando factor estimulador de colonias y antibioterapia. Como tratamiento para la tirotoxicosis: propranolol 80 mg cada 12h. Gammagrafía hipocaptante, por lo que se decide tiroidectomía total y se interviene 5 días después del ingreso con TSH 0,01 y T4l 2,07. Presenta sangrado leve controlado por ORL, sin otras complicaciones. Se normaliza función tiroidea a la semana, por lo que se inicia tratamiento sustitutivo con levotiroxina 100 µg/día. Caso 2: mujer de 14 años de edad diagnosticada de enfermedad de Graves-Basedow (tirotoxicosis, anticuerpos TSI y ecografía compatible). Tratamiento con metimazol 30 mg/día, luego 15 mg/día y luego 10 mg/día. Acude a Urgencias de hospital de referencia a las 8 semanas de inicio del tratamiento por fiebre de 39 °C, con neutrófilos 100/mm³. Suspendido metimazol, precisó factor estimulador de colonias y antibioterapia. Propranolol 10 mg cada 12 horas para control sintomático. Dada de alta y referida a Hospital terciario para tiroidectomía total programada. Preparación con lugol (5 días previos) y se interviene 3 semanas después de su ingreso en urgencias. Sin complicaciones en el postoperatorio. Hormonas tiroideas en rango a las 24h, por lo que se inicia sustitución con levotiroxina 100 µg/día.

Discusión: La agranulocitosis por antitiroideos aparece en 0,2-0,5% de pacientes con estos fármacos. Es más frecuente en mujeres, suele aparecer en los primeros 3 meses de inicio del tratamiento y es reversible tras la retirada del fármaco. La única medida preventiva hasta el momento es la educación al paciente, indicando síntomas de alarma tras los cuales debe acudir a servicio de urgencias para diagnóstico y tratamiento precoz.

27. EL CONSUMO DE YODO PROCEDENTE DE LOS ALIMENTOS EN EL PERIODO PRE-GESTACIONAL INMEDIATO EN MADRID ES INSUFICIENTE. ESTUDIO DE LA COHORTE SAN CARLOS Y EMBARAZO

V. Melero, L. del Valle, J. Valerio, A. Barabash, N. García de la Torre, MP. de Miguel, I. Runkle y A.L. Calle-Pascual
Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: Alcanzar una reserva tiroidea de yodo pre-gestacional es crucial para garantizar el incremento en la demanda para la producción de hormonas tiroidea al inicio del embarazo. Actualmente se recomienda una ingesta de yodo ≥ 150 µg/día.

Objetivos: El objetivo de este estudio es conocer el consumo medio de yodo pre-gestacional procedente de la alimentación en mujeres gestantes en su primera visita prenatal (anterior a las 12 semanas de gestación), la tasa de cumplimiento de esta recomendación, y su asociación a sufrir eventos adversos materno-fetales (historia previa de abortos, pérdidas fetales precoces, diabetes gestacional, prematuridad, cesáreas, y recién nacidos grandes y pequeños para la edad gestacional).

Métodos: Entre 2015-2017, 2.523 mujeres normoglucémicas (< 92 mg/dl) (32 \pm 5 años, 61% caucásicas, 43% primíparas) de 3.026 elegibles tenían datos en el cuestionario modificado Diabetes Nutrition and Complication Trial (DNCT) para evaluar el consumo de yodo pre-gestacional y fueron incluidas en este estudio. La utilización de sal yodada (1.021 (40,5%)) y suplementos con yodo (1.440 (57%)) no fueron contabilizados.

Resultados: La ingesta diaria de yodo pre-gestacional procedente de los alimentos fue de 123 \pm 48 µg y 1.922 (76,1%) no alcanzaron el consumo recomendado de 150 µg diarios. La probabilidad de alcanzar dicha recomendación se asoció a consumir al menos 8 raciones/semana de verduras (3,84: 3,16-4,65), 1 de marisco/semana (8,72: 6,96-10,93) y 2 derivados lácteos diarios (6,43: 5,27-7,86). Las mujeres que alcanzaron una ingesta pre-gestacional de 150 µg comparadas con las que no lo alcanzaron presentaron una menor tasa de hipotiroxinemia (104 (17,3%) vs. 384 (21,4%); $p = 0,026$) y una reducción en la variable compuesta de eventos adversos materno-fetales (0,81:0,67-0,98).

Conclusiones: La ingesta pre-gestacional de yodo procedente de los alimentos es baja en nuestra población gestante en el inicio de la gestación, y menos del 25% alcanzan la recomendación. Alcanzar este consumo recomendado se asocia a beneficios materno-fetales. Si se asocia a mejor desarrollo postnatal de la descendencia debe ser determinado.

Financiación: P117/01442 y P114/01563 (ISCiii); IPI/2017/NR2 (SENDIMAD).

28. CAPACIDAD DISCRIMINATORIA DE BENIGNIDAD DE LAS NUEVAS SUBCATEGORÍAS CITOLÓGICAS TIROIDEAS INDETERMINADAS EN COMBINACIÓN CON LOS HALLAZGOS ECOGRÁFICOS

A. Paniagua, L. Bartolomé, M. Roser, A. García, L. Zarain, M. Poveda y C. Vázquez

Hospital Universitario Fundación Jiménez-Díaz. Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Introducción: Los marcadores moleculares en las citologías tiroideas indeterminadas continúan sin ofrecer solución al alcance de todos para evitar cirugías innecesarias. Se ha descrito que el nuevo sistema de descripción citológico de las PAAF indeterminadas (atipia nuclear [AN], atipia arquitectural [AA] y presencia de células oncocíticas [CO]) asocia distintos riesgos de malignidad, permitiendo afinar la predicción de benignidad sin recurrir a pruebas tan complejas. La combinación de estos hallazgos con el aspecto ecográfico

del nódulo podrían aportar información suficiente para etiquetar fiablemente al nódulo.

Objetivos: Evaluar si las nuevas subcategorías citológicas se asocian a riesgos de malignidad, mediante un modelo ajustado por posibles variables confusoras. Se analizará el rendimiento diagnóstico de cada una de las subcategorías citológicas de modo aislado o asociado a la sospecha ecográfica TIRADS.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de 102 cirugías tiroideas realizadas por PAAF indeterminada en un hospital de 3^{er} nivel (HURJC) de 01/2017 a 06/2020. Tamaño muestral final fue 99 pacientes, excluyendo aquellos casos con información incompleta sobre el aspecto ecográfico o citológico del nódulo. Se compararon las variables por condición de malignidad utilizando t-Student, χ^2 o Test exacto de Fisher. El estudio de asociación entre malignidad y las subcategorías citológicas se realizó mediante regresión logística. El rendimiento diagnóstico de las nuevas subcategorías citológicas aisladas y combinadas con la sospecha radiológica se analizó mediante el análisis de pruebas diagnósticas múltiples en serie (EPIDAT 3.1).

Resultados: La subcategoría mayoritaria fue AA (52%) y la minoritaria AN (19%). La prevalencia de malignidad en pieza quirúrgica fue del 29,3%, existiendo diferencias entre subcategorías citológicas ($p < 0,006$): AA 17%, con una diferencia de 35 puntos porcentuales (IC95% 11-60) con AN y de 21,5 puntos porcentuales (IC95% 0,6-43) con CO. Las piezas malignas tuvieron mayor proporción de aspecto ecográfico sospechoso (TIRADS ≥ 4), respecto a las benignas: 76 vs. 54%, $p < 0,046$. No existieron diferencias respecto a las variables sexo, edad, clasificación Bethesda o AF de carcinoma de tiroides. Así, en el modelo de regresión logística incluimos la sospecha radiológica y las subcategorías citológicas, demostrando asociación significativa de las nuevas categorías citológicas con el riesgo de malignidad (OR 2,46; IC95% 1,35-4,47). El rendimiento diagnóstico aislado de la citología (AA vs. AA) se incrementa al incluir el aspecto ecográfico (S 52 vs. 90%, E 82 vs. 84%, VPP 52 vs. 69% y VPN 82 vs. 95%).

Conclusiones: La nueva subclasificación citológica combinada con el aspecto ecográfico TIRADS tiene un alto VPN, pudiendo evitar cirugías innecesarias, sin necesidad de recurrir a estudios moleculares. Esta comprobación debería evaluarse en cada centro dada la variabilidad interobservador citológica y radiológica.

29. VALORACIÓN DE LA CONCENTRACIÓN POSOPERATORIA DE LA COPEPTINA SÉRICA COMO FACTOR PREDICTIVO DE DIABETES INSÍPIDA CENTRAL DESPUÉS DE LA CIRUGÍA HIPOFISARIA

M. Contreras¹, C. García Gómez¹, R.A. Silvestre³, F.A. Bernabeu-Andreu³, R. Gutiérrez², A. Zamarrón², G. Rodríguez-Boto², P. Iglesias¹ y J.J. Díez¹

¹Servicio de Endocrinología; ²Servicio de Neurología; ³Servicio de Bioquímica. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

Introducción: La copeptina es un biomarcador sustituto de la vasopresina que se libera por estímulos osmóticos y no osmóticos, como el estrés posquirúrgico. El objetivo de este estudio fue analizar la utilidad de la determinación de copeptina sérica tras la cirugía hipofisaria como factor predictivo de la diabetes insípida (DI) central y valorar el momento más adecuado para su medición.

Métodos: Estudio prospectivo realizado en el H. Puerta de Hierro Majadahonda entre agosto de 2019 y septiembre de 2021. Se analizaron las concentraciones séricas de copeptina, osmolalidad plasmática, iones, creatinina, glucosa y filtrado glomerular antes (T0) y a las 6h (T1), 24h (T2) y 48h (T3) de la inducción de la anestesia. La copeptina se cuantificó mediante inmunoensayo de inmunofluorescencia (tecnología TRACE, KRYPTOR).

Resultados: Se estudiaron 17 pacientes (9 varones, 53%; edad mediana al diagnóstico 62 años [51-70]) con tumor hipofisario (tamaño 20 mm [18-30]): Adenoma hipofisario (AH) funcionante ($n = 9$), AH no funcionante ($n = 4$); craneofaringioma ($n = 2$), apoplejía hipofisaria ($n = 1$) y quiste de la bolsa de Rathke ($n = 1$). Tipo cirugía: endoscópica transfenoidal ($n = 16$) y transcraneal ($n = 1$). Todos los pacientes fueron tratados con cobertura esteroidea. Se desarrolló DI en 3 pacientes (17.7%), 2 de ellos desarrollaron DI permanente (ambos craneofaringiomas) y uno DI transitoria (apoplejía hipofisaria). El grupo de pacientes con DI presentó niveles séricos de copeptina significativamente más bajos (2,2 pmol/L [2,2-2,5] vs. 8.3 pmol/L [4,2-17,8], $p = 0,025$) en T1 comparado con el grupo sin DI. El grupo con DI presentó un decremento de la copeptina en T1 comparado con T0 de -6,2% [-20,3 a -6,0] mientras que el grupo sin DI mostró un incremento de 74,2% [-35,1-384,5] (ns). El área bajo la curva (ABC) fue menor aunque no de forma significativa en el grupo con DI comparado con el grupo sin DI (26,9 vs 94,8 pmol.h/L, ns).

Conclusiones: Los niveles séricos de la copeptina a las 6 horas tras la cirugía hipofisaria parecen ser de utilidad para predecir el desarrollo de DI central postquirúrgica en pacientes con tumores hipofisarios. Son necesarios más estudios y con mayor número de pacientes para confirmar los presentes hallazgos.

30. ABORDAJE NUTRICIONAL PRECOZ DEL PACIENTE ONCOLÓGICO

A.L. Salguero, Y. Valero, M. Merino, C. Navea, I. Pavón, G. Guijarro, J.A. Rosado, P. Iglesias, V. Viedma, F. Reinoso y R. Vegara

Hospital Universitario de Getafe.

Introducción: La prevalencia de desnutrición en el paciente oncológico es de aproximadamente el 40%. Está relacionada con la enfermedad *per se* y con los tratamientos médicos/quirúrgicos específicos. Impacta negativamente en la calidad de vida del paciente y en la tolerancia a la toxicidad de los tratamientos; por ello es necesario realizar un *screening* nutricional para detectar los que se puedan beneficiar de tratamiento precoz. El objetivo del estudio es analizar las características del paciente oncológico en riesgo nutricional y valoración en la consulta de un nutricionista.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes derivados de la consulta de oncología al nutricionista desde junio del 2019 a diciembre del 2019. Se incluyeron los que tenían *screening* nutricional positivo por MST (*Malnutrition Screening Tool*) o por criterio oncológico en base a pérdida ponderal y/o disminución de la ingesta. Se analizaron variables demográficas y clínicas como edad, IMC al inicio, pérdida ponderal, localización del tumor, tipo de intervención y *exitus*.

Resultados: Se incluyen 47 pacientes con una edad media de 68 años. Aproximadamente el 50% presentaban un IMC inicial entre 20 y 25 kg/m². El 72% cumplía criterios de desnutrición entre moderada y grave y el 67% de los casos pérdida de peso superior al 10%. La media de visitas por paciente fue de 3 y la principal intervención consistió en modificaciones nutricionales adaptadas a su sintomatología precisando en el 91% de los casos realizar menús semanales individualizados y/o añadir suplementos nutricionales orales además de realizar actividad física diaria. En el 35% se consiguió una intervención eficaz con mejora en términos de: ganancia de peso o masa muscular, mejora de ingestas, control de la sintomatología, tolerancia del tratamiento QT y mejora en la calidad de vida. El 61% de los pacientes fallecieron durante el seguimiento.

Conclusiones: Los pacientes incluidos se encontraban en estadios avanzados de la enfermedad con pérdida de peso y desnutrición grave, algunos de ellos en situación de caquexia refractaria. Por tanto, es necesario anticiparnos realizando un cribado nutricional desde el diagnóstico que nos permita llevar a cabo una intervención más temprana.

31. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN EL CONTROL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y PIE DIABÉTICO

A. Álvarez O'Dogherty¹, M. Luque Ramírez^{1,2} y L. Nattero Chávez^{1,2}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Ramón y Cajal. ²Grupo de Investigación en Diabetes, Obesidad y Reproducción Humana. Instituto Ramón y Cajal de Investigaciones Sanitarias (IRYCIS).

Introducción: Los pacientes con pie diabético (PD) requieren un enfoque integral y multidisciplinar de la enfermedad para mejorar su pronóstico a corto y largo plazo.

Objetivos: Evaluar el grado de control del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que acude a la consulta de PD tras la pandemia por COVID-19 y analizar el porcentaje de ellos que cumple con los objetivos de control establecidos por las guías clínicas.

Métodos: Revisión retrospectiva de 57 pacientes con PD atendidos entre enero y septiembre de 2021 en la consulta monográfica de PD de un hospital terciario de la Comunidad de Madrid. Se excluyeron pacientes con DM1. Revisión de historias clínicas y recogida de variables demográficas, antropométricas, clínicas y bioquímicas. Análisis descriptivo mediante el paquete estadístico SPSS. Los números crudos se expresan mediante media \pm DE y porcentaje (%).

Resultados: Del total, 53 (93%) eran hombres. La edad media de la cohorte fue de 62 ± 11 años, con 17 ± 11 años de evolución de la DM2. El 70% presentaban amputación de miembro inferior, siendo las localizaciones más frecuentes la transmetatarsiana (35%), transfalángica (25%), supracondílea (7%) e infracondílea (4%). En 24 casos (42%) hubo diagnóstico previo de osteomielitis. Gran porcentaje de pacientes presentaba complicaciones microangiopáticas: el 58% nefropatía, 57% retinopatía y 75% neuropatía. El IMC medio de los pacientes fue de 30 ± 5 kg/m², cumpliendo criterios de obesidad el 47%. El 88% presentó hipertensión, el 93% dislipemia y el 65% exposición al tabaco. Se constató tratamiento farmacológico con estatinas y antiagregantes en el 93% y el 79% respectivamente. La tensión arterial sistólica (TAS) media fue de 140 ± 18 mmHg, la tensión arterial diastólica (TAD) de 77 ± 9 mmHg y la FC de 79 ± 11 lpm. La A_{1c} media fue de $7,8 \pm 1,46\%$. Un control adecuado de la A_{1c} ($< 7,5\%$) se lograba en un 40% de los pacientes. En el caso del cLDL el valor era óptimo en el 23% (LDL < 55 mg/dL) y en un 44% (LDL < 70 mg/dL). Respecto al control tensional, se cumplía el objetivo para TAS (< 130 mmHg) en un 23%, y en un 65% para la TAD (< 80 mmHg).

Conclusiones: Los pacientes con PD son una población de alto riesgo cardiovascular, especialmente vulnerable a la restricción al acceso al sistema sanitario impuesto por la pandemia por COVID-19. Menos de la mitad de la cohorte pospandemia alcanza los principales objetivos de control metabólico, lipídico y tensión arterial, pudiendo haber influido el distanciamiento social durante la pandemia.

32. ABORDAJE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO EN UN CASO DE ADENOMA HIPOFISARIO COSECRETOR DE PROLACTINA Y GH RESISTENTE AL TRATAMIENTO CLÁSICO

G. Collado González, M. Gómez-Gordo Hernanz, I. Losada Gata, A. García Piorno, R. J. Añez Ramos, A.M. Rivas Montenegro, L. González Fernández, D. Muñoz Moreno, R. García Centeno y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: Los adenomas hipofisarios son tumores relativamente frecuentes, representando un 10-15% de los tumores intracraniales. Los adenomas plurihormonales son aquellos que secretan varias hormonas de forma simultánea y los tumores mixtos cosecre-

tores de prolactina y hormona del crecimiento constituyen el tipo más frecuente (hasta un 5% de los tumores hipofisarios). Estos adenomas mixtos pueden llegar a ser biológicamente más agresivos y su presentación y manejo permanecen poco conocidos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 60 años con antecedentes de HTA y tío paterno con tumor hipofisario, que fue remitido a nuestra consulta para valoración de hiperprolactinemia moderada (188 μ g/L) y testosterona disminuida encontrados durante un estudio por disfunción eréctil y cefaleas. La RMN mostró un microadenoma de 7 mm sin invasión de estructuras próximas y se inició tratamiento con cabergolina 2 mg semanales. Las analíticas posteriores revelaron prolactinas suprimidas, pero IGF1 elevadas para su edad (SDS IGF 4,19) con resto de hormonas en rango. El paciente presentaba leve clínica acromegálica, pero la sobrecarga oral de glucosa (SOG) no fue concluyente para su diagnóstico. Dada la persistencia de IGF1 elevada sin disminución significativa del tamaño tumoral tras 12 meses de tratamiento, se inició lanreótide autogel 120 mg bimensual, sin lograr control bioquímico ni tumoral tras doblar la dosis de ambos fármacos. El estudio para MEN1 fue negativo. Se decidió intervención vía endoscópica transesfenoidal, con anatomía patológica compatible con adenoma hipofisario, sin expresión inmunohistoquímica hormonal y Ki67 $< 2\%$. Al año de la cirugía, mantenía prolactina normalizada pero con IGF1 elevada, con prueba de SOG diagnóstica de acromegalia. Dado que presentaba varios factores pronósticos de resistencia a análogos de SST (ASS) de 1ª generación y precirugía se demostró resistencia total a los mismos se inició pasireotide intramuscular 40 mg mensual logrando normalización de IGF1 tras dos meses.

Discusión: Los adenomas lactosomatotropos constituyen tumores cuyo mecanismo patogénico y comportamiento siguen siendo una incógnita. Con frecuencia, se presentan con signos y síntomas exclusivos de un solo tipo hormonal, retrasando su diagnóstico. En este tipo de tumores se ha observado una mayor resistencia al tratamiento con agonistas dopaminérgicos y ASS de 1ª generación, por lo que nuevos tratamientos como pasireotide podrían jugar un papel clave como tratamiento de primera línea en determinados pacientes. Se requieren más estudios en esta línea.

33. CORRELACIÓN CLÍNICA DE LA DISFUNCIÓN SUDOMOTORA Y LA NEUROPATÍA PERIFÉRICA PRECOZ EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

L. Nattero-Chávez^{1,2}, J. Quiñones-Silva¹, L. Montañez¹, E. Fernández-Durán², B. Dorado-Avenidaño¹, E. Lecumberri¹, M. Lorenzo¹, B. Arias-Zamorano¹ y M. Luque-Ramírez^{1,2}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Ramón y Cajal. ²Grupo de Investigación de Diabetes, Obesidad y Endocrinología Reproductiva-IRYCIS, CIBERDEM.

Objetivos: Investigar los factores clínicos asociados con una conductancia electroquímica del sudor patológica y la neuropatía diabética (PND) periférica precoz determinada por un dispositivo portátil de conducción nerviosa, en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1).

Métodos: Cohorte consecutiva de 179 pacientes con DM1 (edad media 40 ± 13 años, con 18 ± 12 años de evolución de la DM1). Clinicaltrials.gov NCT04950634. La disfunción sudomotora fue definida como una conductividad bioeléctrica < 50 μ S, y la PND como una amplitud de conducción nerviosa (AMPL) ≤ 6 μ V y una velocidad de conducción nerviosa (VEL) ≤ 44 m/s del nervio sural determinada mediante un dispositivo portátil (DPN-Check®). Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SPSS. Se realizó una regresión logística binaria para determinar los principales predictores de la disfunción sudomotora en pacientes con DM1 y PND.

Resultados: La prevalencia de la disfunción sudomotora fue de del 24% considerando a toda la cohorte en su conjunto y del 47% para los pacientes con PND definida por DPN-Check® ($p = 0,021$). Una correlación negativa se observó entre el riesgo de disfunción sudomotora con la VELOC y AMPL de conducción nerviosa del nervio sural ($\rho = -0,243$, $p = 0,001$, y $\rho = -0,153$, $p = 0,039$ respectivamente). En el análisis univariante la disfunción sudomotora se asoció con la edad, la exposición al tabaco, la presencia de nefropatía, PND y disfunción cardioautonómica. En el análisis multivariante los principales determinantes de la disfunción sudomotora fueron la edad y la presencia de nefropatía diabética. Se observó una robusta asociación entre la presencia de nefropatía diabética y la disfunción sudomotora [$p = 0,001$; odds ratio = 17,6 (IC95% 3,4-90,0)] en pacientes con PND.

Conclusiones: La disfunción sudomotora es muy prevalente en pacientes con DM1, especialmente en aquellos con PND. Varios factores relacionados con la DM1 están asociados con bajos valores de conductancia electroquímica del sudor en pacientes con PND, especialmente la presencia de nefropatía diabética, seleccionando un grupo de pacientes con DM1 especialmente vulnerables a complicaciones asociadas con el pie diabético.

34. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Losada Gata, A. García Piorno, L. González Fernández, R. Añez Ramos, A. Montenegro Rivas, D. Muñoz Moreno, G. Collado González, M. Gómez-Gordo Hernanz, J. Percovich Hualpa y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: El feocromocitoma, un tumor secretor de catecolaminas poco común, se manifiesta típicamente con hipertensión paroxística, taquicardia, cefalea y diaforesis. Con menos frecuencia, se presentan síntomas relacionados con compromiso hemodinámico sustancial y shock cardiogénico. El tiempo de retraso en el diagnóstico es de 3 años aproximadamente.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 41 años sin antecedentes de interés ni factores de riesgo cardiovasculares, que debuta con una miocardiopatía inducida por estrés o síndrome de TakoTsubo, asociada a cefalea intensa. El estudio hemodinámico realizado durante el ingreso reveló arterias coronarias normales y una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida del 40%, con alteración de la contracción segmentaria en la resonancia magnética cardíaca. Un año después, precisó nuevo ingreso por un cuadro de angina refractaria a diltiazem y nitratos, con diagnóstico de angina de Prinzmetal. Se realizó un TAC para descartar etiología no coronaria, hallándose de forma incidental una masa adrenal de 8 cm compatible con feocromocitoma. Se completó el estudio con metanefrinas en orina y PET-TC, confirmándose el diagnóstico. Previa a la intervención se inició alfabloqueo con doxazosina, con remarcables dificultades en el manejo, requiriéndose un abordaje multidiscipli-

nar con cardiología y medicina intensiva para la dosificación, debido a hipotensión sintomática de la paciente al aumentar la dosis, y angina de reposo asociada a alteraciones de la repolarización con la disminución de ésta. Tras betabloqueo con metoprolol, se realizó adrenalectomía derecha, sin incidencias. La evolución de la paciente fue favorable, con recuperación de la FEVI y desaparición de la hipertensión arterial y cefalea, aunque manteniendo algún episodio puntual de angina vasoespástica. Las metanefrinas en orina postquirúrgicas fueron normales. El estudio genético fue negativo para MEN-1, VHL, NF-1, RET, SDHAF2 SDHB, SDHC, SDHD, TSC1, TSC2.

Discusión: Aunque la miocardiopatía de estrés es una forma de presentación infrecuente del feocromocitoma (10% según la literatura), recomendamos conocer su vínculo con este tumor, debiendo descartarse esta comorbilidad endocrinológica en pacientes con síndrome de TakoTsubo.

35. APORTACIÓN DE LA ELASTOGRAFÍA POR ONDAS DE CORTE (SWE) EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE MALIGNIDAD DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS

M. Vélez, B. Sánchez Lechuga, B. Luca, J. Cárdenas, M. Silva, P. Barrio, A. Paniagua, L. Bartolomé, C. Vázquez y M. Gargallo

Unidad de Nódulo Tiroideo. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Introducción: La elastografía por ondas de corte (SWE) se está postulando como una herramienta complementaria a la citología por PAAF en la evaluación de los nódulos tiroideos (NT). Cuanto mayor sea la dureza/rigidez del tejido tiroideo mayor es la probabilidad de que sea maligno y viceversa. No existen, sin embargo, puntos de corte globalmente aceptados se ha propuesto: valor medio (Emean): $> 31,1 \pm 10,5$ kPa: malignidad y $< 22,5 \pm 9,4$ kPa: benignidad.

Objetivos: Estudio exploratorio para evaluar la posible relación entre la elastografía (SWE) y los resultados citológicos o histológicos de los NT en la UNT de la FJD.

Métodos: Se realizó ecografía (ACR-TIRADS), elastografía (SWE) y eco-PAAF en 17 nódulos (tamaño medio 25 mm). Del total de 17 nódulos hubo un 17,6% ($n = 3$) de PAAF Bethesda I (insuficiente) que se excluyeron al no poder correlacionar un resultado que orientase a benignidad/sospecha intermedia/malignidad citológica/histológica con la elastografía (objetivo de nuestro estudio). Se categorizó en: < 20 kPa (baja rigidez), un grupo 20-40 kPa, 40-100 kPa y un grupo > 100 kPa (alta rigidez).

Resultados: Hubo un 58,8% ($n = 10$) Bethesda II, un 5,9% ($n = 1$) Bethesda III, un 11,8% ($n = 2$) Bethesda V y un 5,9% ($n = 1$) Bethesda VI. Emean: < 20 kPa: el 80% ($n = 4$) fueron Bethesda II y un 20% ($n = 1$) Bethesda V con resultado finalmente benigno por histología (adenoma de Hürthle). En las categorías intermedias con Emean 20-40 kPa ($n = 3$ nódulos) hubo un nódulo Bethesda III (33,3%) y 2 nódulos (66,7%) Bethesda II. Con Emean $> 40-100$ kPa hubo un 100% ($n = 3$) de Bethesda II. Con Emean > 100 kPa hubo un nódulo Bethesda II, un

Tabla CO-35

		Emean (%) (Elasticidad media)			
		< 20 kPa	20-40 kPa	40-100 kPa	> 100 kPa
Bethesda	II	4 (80%)	2 (66.7%)	3 (100%)	1 (33.3%)
	III	0%	1 (33.3%)	0%	0%
	V	1 (20%)*	0%	0%	1 (33.3%)**
	VI	0%	0%	0%	1 (33.3%)†

*Nódulo benigno (histología); **Nódulo maligno (histología); †Pérdida.

nódulo Bethesda V y uno Bethesda VI con pérdida de seguimiento. El nódulo Bethesda II con $E_{mean} > 100$ kPa probablemente pudiera beneficiarse de un seguimiento más estrecho dada su elevada rigidez y puesto que existe la posibilidad de que el Bethesda II arroje entre un 3-5% de falsos negativos.

Conclusiones: La elastografía puede ser de utilidad como estudio complementario e inocuo en el estudio de los nódulos tiroideos. Los nódulos benignos suelen tener menor rigidez que los nódulos malignos. Es importante conocer los artefactos de la técnica e intentar incluirla como estudio complementario a la espera de nuevos estudios que establezcan puntos de corte estandarizados y de aplicabilidad clínica.

36. IMPACTO DE LA OBESIDAD Y EL IMC EN EL DIAGNÓSTICO DEL HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

J.G. Ruiz-Sánchez, D. Meneses¹, J. Cárdenas-Salas¹, Y. Fernández Cagigao¹, B. Sánchez Lechuga¹, B. Luca¹, R. Sierra¹, M.J. Silva Rodríguez¹, I. Runke² y C. Vázquez¹

¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. ²Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: El hiperaldosteronismo primario (HAP) afecta al ~10% de hipertensos, y otorga un alto riesgo de morbimortalidad cardiovascular, por lo que su diagnóstico oportuno es crucial. La hipertensión inducida por obesidad puede relacionarse a sobre activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS), por lo que diferenciarla del HAP puede ser un reto. Es desconocido si el índice de masa corporal (IMC) y los componentes del RAAS están relacionados, y por tanto si el IMC afecta a la interpretación de los estudios diagnósticos del HAP. El objetivo del estudio es determinar la relación entre el IMC (kg/m^2) y los valores séricos de aldosterona (PAC; ng/dL), actividad de renina plasmática (ARP; $\text{ng}/\text{ml}/\text{h}$) y la ratio de estas (ARR) en el *screening* del HAP.

Métodos: Retrospectivamente se analizaron todos los casos sospechosos de HAP estudiados en consultas generales de Endocrinología del Hospital Universitario Jiménez Díaz (Madrid) durante 2019-2021. La correlación entre IMC, PAC, ARP y ARR fue determinada entre los pacientes con y sin *screening* positivo (Sc+) para HAP, y en aquellos con HAP. Se ejecutaron estudios de regresión lineal múltiple (RLM) para determinar los factores asociados con PAC en el *screening*. Se consideró Sc+ un $\text{ARR} \geq 20$ $\text{ng}/\text{dl}/\text{ml}/\text{h}$. El HAP fue diagnosticado por test de captopril o test de sobrecarga oral de sal.

Resultados: 80 pacientes estudiados. Medias: edad: 59 ± 13 años, IMC: 31 ± 5 . 56/80 (70%) tuvieron Sc+, y 35/56 (62,5%) diagnosticados de HAP (47% de los 80 estudiados). 51/80 (64%) eran obesos ($\text{IMC} \geq 30$). 52% de los 56 pacientes Sc+, y 57% de los 35 HAP eran obesos. En los 80 pacientes estudiados y en los 56 con Sc+ se observó correlación negativa de IMC con PAC ($r = -0,277$; $p = 0,016$; y $r = -0,278$; $p = 0,042$ respectivamente), pero no con ARP ni ARR. Esta correlación persistió al estudiar todos los obesos con *screening* realizado ($r = -0,439$, $p = 0,005$), pero no en aquellos sin obesidad. La RLM del global de estudiados y en los Sc+ (corregida por sexo, edad, ARP, kalemia e IMC) encontró que el IMC contribuyó a los valores de PAC de ambos grupos durante el *screening* (B: $-0,838$, $p = 0,011$, y B: $-0,809$, $p = 0,047$ respectivamente). Sin embargo, en los Sc-, solo la ARP contribuyó a los valores de PAC. Una PAC ≥ 15 al *screening* tuvo una sensibilidad (S) diagnóstica para HAP del 100% en no obesos y de 79% en obesos. Una $\text{ARR} \geq 28$ tuvo una S de 93% en no obesos, y de 89% en obesos.

Conclusiones: Un mayor IMC podría contribuir a menores niveles de PAC al *screening*, sobre todo en obesos. Las personas con obesidad, comparadas a las no obesas, tienen mayor tasa de falsos negativos al *screening* usando los mismos niveles de PAC y ARR. Por tanto, se deberían elegir puntos de corte más bajos para el *screening* de HAP en estos pacientes.

37. DE LA INMUNOTERAPIA A LAS ENDOCRINOPATIAS

M. Mediero, M. Fandiño, G. Román y M. Pérez

Hospital Universitario Severo Ochoa.

Introducción: El uso de la inmunoterapia en Oncología es cada vez más frecuente. Los inhibidores del *check point* han mejorado sustancialmente el pronóstico de determinados pacientes con enfermedad tumoral avanzada, aunque no están exentos de efectos adversos, entre los que se encuentran las endocrinopatías. Presentamos el caso de una paciente con alteración del eje adrenal y tiroideo secundario al uso de nivolumab e ipilimumab.

Caso clínico: Mujer 74 años. Melanoma intraocular izquierdo diagnosticado en 2019, tratado mediante enucleación. En octubre de 2020, progresión pulmonar, hepática y gástrica, iniciándose tratamiento con nivolumab e ipilimumab. En febrero 2021, por TSH 16,59 $\mu\text{U}/\text{mL}$, T4L 0,83 ng/dL , anti-TPO 92 U/mL , encontrándose asintomática, con determinaciones previas normales se inicia tratamiento con levotiroxina. En junio 2021: astenia, hiporexia y náuseas, de dos meses de evolución. Cifras de TA en rango. No tratamiento corticoideo previo salvo corticoide tópico durante cinco días por eccema, no productos de herbolario ni otros fármacos. En análisis TSH 0,99 $\mu\text{U}/\text{mL}$, T4L 1,19 ng/dL , T3L 2,86 pg/ml , cortisol basal 1,4 $\mu\text{g}/\text{dL}$ y ACTH basal $< 5,00$ pg/mL . Resto de eje hipofisario normal. RM hipofisaria sin hallazgos significativos. Con el diagnóstico de insuficiencia adrenal central por hipofisitis grado 2 secundaria a IPC, se inicia tratamiento con hidrocortisona 10 mg en desayuno y 5 mg en comida, con mejoría progresiva de la astenia, manteniendo buenas cifras de TA. No se interrumpió el tratamiento con nivolumab e ipilimumab.

Discusión: Los IPC son un grupo de fármacos con importantes beneficios clínicos en los pacientes con enfermedad tumoral avanzada, si bien asocian un espectro único de efectos secundarios relacionados con el sistema inmune, que se cree surgen de una mejora inmunológica general. Estos efectos adversos son más frecuentes con los anticuerpos antiCTL-4 (ipilimumab) que con los antiPD-1 (nivolumab). Dentro de las endocrinopatías, las glándulas que pueden verse afectadas son la tiroides (hipo/hipertiroidismo), la hipófisis (hipofisitis con posible afectación de los respectivos ejes; una RM normal no descarta el diagnóstico de hipofisitis) y el páncreas endocrino (diabetes mellitus). Su aparición es más frecuente en pacientes que tienen tratamiento combinado con ambos fármacos. El desarrollo de toxicidad grado 2 o superior obliga a la suspensión del fármaco, salvo en las endocrinopatías, en las cuales se valora mantener el tratamiento en función de la gravedad de los síntomas. Por ello, es importante el seguimiento clínico y analítico estrecho para un diagnóstico precoz y tratamiento de las complicaciones asociadas a los IPC.

38. VALOR DIAGNÓSTICO DE LAS RECOMENDACIONES DE SCREENING DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO DE LA ENDOCRINE SOCIETY-2016 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

D. Meneses, J. Cárdenas-Salas, Y. Fernández Cagigao, B. Sánchez Lechuga, B. Luca, R. Sierra, M.J. Silva Rodríguez, C. Vázquez y J.G. Ruiz-Sánchez

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Introducción: Dado el elevado riesgo cardiovascular del hiperaldosteronismo primario (HAP), es crucial su diagnóstico, y por tanto, conocer cuándo sospecharlo. Evaluamos la exactitud diagnóstica de los motivos de *screening* (MSc) de HAP recomendados por la Guía-2016 de la Endocrine Society. Motivo (M) 1: HT (mmHg) $\geq 150/100$ en 3 ocasiones distintas, M2: HT $\geq 140/90$ con ≥ 3 fármacos, M3: HT $< 140/90$ con ≥ 4 fármacos, M4: hipopotasemia espontánea o por

Tabla CO-38

	Total (n = 80)	Sc+ (n = 56)	HAP (n = 35) (S)	E	VPP	VPN
M1 n (%)	64 (80)	44 (78,6)	27 (77,1)	20%	52,9%	42,9%
M2 n (%)	32 (40)	25 (44,6)	19 (54,3)	76,7%	73%	59%
M3 n (%)	9 (11,3)	8 (14,3)	6 (17,1)	96,7%	85,7%	50%
M4 n (%)	21 (26,8)	19 (33,9)	14 (40)	90%	82,4%	56,3%
M5 n (%)	17 (21,3)	13 (23,2)	9 (25,7)	86,7%	69,2%	50%
M6 n (%)	12 (15)	9 (16,1)	5 (14,3)	83,3%	50%	45,5%
M7 n (%)	0	0	0	—	—	—
M8 n (%)	9 (11,3)	5 (8,9)	1 (2,9)	86,7%	20%	43,3%

diuréticos, M5: HT o evento cardiovascular en < 40 años, M6: incidentaloma adrenal, M7: familiar con HAP, M8: apnea del sueño.

Métodos: Retrospectivamente se analizaron los pacientes estudiados por sospecha de HAP en el servicio de Endocrinología del Hospital Fundación Jiménez Díaz (Madrid) durante 2019-2021. Se determinó el riesgo de HAP de cada MSc y del acumulado. Se calculó la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) de cada MSc. Se calcularon odds ratio (OR) e intervalos de confianza al 95% (IC95%). HAP diagnosticado por test de captopril o sobrecarga oral de sal.

Resultados: 85 pacientes evaluados, 56 con *screening* positivo (Sc+) y 35 con HAP confirmado. La cantidad de MSc se correlacionó con el diagnóstico de HAP ($r = 0,401$; $p = 0,001$). El análisis multivariado, corregido por edad, sexo y obesidad, mostró que por cada MSc acumulado hubo 7.2 veces más riesgo de HAP (IC95% 2-26). En otro análisis multivariado, el M2 y M4 fueron los únicos asociados con HAP (OR 5,1 IC95% 1,5-25,1; y OR 5,4 IC95% 1,2-24,6; respectivamente). La tabla muestra la distribución de los MSc a través de la cohorte estudiada, junto a sus respectivos S, E, VPP y VPN.

Conclusiones: A mayor número de MSc, mayor debe ser la sospecha de HAP. Estudiar solo a hipopotasémicos o con incidentaloma subdiagnosticaría al 60% y 85,7% de casos respectivamente. El M1 y M2 serían los mejores MSc a utilizar en la práctica clínica.

39. UTILIDAD DEL ESTUDIO MOLECULAR DE NÓDULOS TIROIDEOS (THYROIDPRINT) PARA LA SELECCIÓN DE SU INDICACIÓN QUIRÚRGICA, A PROPÓSITO DE 4 CASOS

B.L. Luca, J.J. Cárdenas, B. Sanchez, M.A. Vélez, M.J. Silva, M.P. Barrio, A. Paniagua, L. Bartolomé, C. Vazquez y M. Gargallo

Unidad de Nódulo tiroideo. Departamento de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Introducción: Hasta un 25% de las citologías de PAAF son indeterminadas - Bethesda (B) III o IV. A la mayoría de los pacientes con BIV se les efectúa lobectomía y en el caso de BIII se suele repetir la PAAF. En nuestro servicio, casi la mitad de los nódulos BIII siguen con la misma clasificación al repetir la PAAF y de ellos aproximadamente la mitad terminan siendo remitidos a cirugía. Los nódulos BIII tienen menos de un 20% de riesgo de malignidad y los BIV menos del 40%. Los estudios moleculares podrían ayudar en la toma de decisión. En nuestra unidad disponemos del test ThyroidPrint (TP) (sin financiación pública), que tiene un valor predictivo negativo (VPN) del 95% y un valor predictivo positivo del 78%. Presentamos casos de estudio molecular TP en nuestro centro:

Casos clínicos: Caso 1. Varón, 72 años, con hemitiroidectomía izquierda previa, que en un intento reciente de cirugía presenta reacción alérgica a anestesia. Tiene nódulo derecho TR3 con BII previa, repetida PAAF por crecimiento (47 × 41 × 27 mm actual): BIII

en 2 ocasiones, quería evitar cirugía. Caso 2. Mujer, 45 años. En 2014: nódulo de 7 mm BII. En 2021: conglomerado de 22 × 16 × 12 mm TR3 con 2 PAAF BIII, BRAF no mutado. La paciente presenta mucha ansiedad por la pequeña posibilidad de malignidad. Caso 3. Mujer, 39 años. Nódulo 33 × 23 × 39 mm TR3 con 2 PAAFs BIV. Cantante profesional quiere evitar cirugía en cuello. Caso 4. Varón, 37 años. Nódulo espongiforme de 21 × 17 × 20 mm. PAAF previo a termoablación: BIII, repetida BIV. El paciente quería realizar termoablación. Los 4 casos han tenido resultados TP benignos (con riesgo de cáncer (RC) < 5%) y se decidió vigilancia o radiofrecuencia. En la tabla de abajo mostramos un resumen.

	ACR-TIRADS / tamaño	Bethesda	Thyroidprint score	Interpretación
Caso 1	TR3/40 mm	III/III	0,004	RC < 5%
Caso 2	TR3/22 mm	III/III	0,156	RC < 5%
Caso 3	TR3/39 mm	IV/IV	0,007	RC < 5%
Caso 4	TR1/21 mm	III/IV	0	RC < 5%

Intervalo referencia: benignidad: score < 0,36, malignidad ≥ 0,36 y (de 0,28 a 0,45 existe riesgo de variabilidad analítica superior al 5%).

Conclusiones: En los nódulos con PAAF indeterminadas repetidas, los estudios moleculares pueden ayudar a evitar cirugías innecesarias con sus posibles complicaciones o ansiedad en los pacientes causada por la incertidumbre en caso de decidir seguimiento.

40. RENTABILIDAD DE REPETIR LAS PAAF EN BETHESDA 3

B. Sánchez, J. Cárdenas, M. Silva, B. Luca, M. Vélez, P. Barrio, A. Paniagua, C. Vázquez y M. Gargallo

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Introducción: La unidad de patología nodular tiroidea del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, dispone de la prestación de punción aspiración con aguja fina (PAAF) desde 2019. Desde entonces se han realizado 432 PAAF.

Objetivos: Analizar los resultados de las PAAF realizadas por la Unidad de Patología nodular según la clasificación de Bethesda. Analizar la conducta seguida en caso de Bethesda 3.

Resultados: Se realizaron PAAF de un total de 432 nódulos tiroideos, correspondientes a 393 pacientes. 36 de ellos correspondían a drenaje de quistes (8,3%). Los resultados de los otros 396 nódulos se muestran en la tabla 1. De los 66 nódulos con resultado Bethesda 3, se repitió la PAAF en 48 de ellos: 4 eran TR-2 (8.3%), 16 eran TR-3

(33.3%), 22 eran TR-4 (45.8%) y 6 eran TR-5 (12.5%). Los resultados se muestran en la tabla 2. Tras la segunda PAAF, 20 de esos 48 nódulos (41.7%), presenta de nuevo resultado Bethesda 3. De estos 20 casos se han operado 7, y de estos 7 fueron 5 AP benigna y 2 AP maligna. Los restantes 9 están en vigilancia y 4 pendientes de cirugía.

Tabla 1, Citología 1ª PAAF

Bethesda	N (%)
1 (incl. quistes)	37 (9,34%)
2	259 (65,40%)
3	66 (16,67%)
4	17 (4,29%)
5	7 (1,77%)
6	10 (2,53%)
Total	396 (100%)

Tabla 2, Citología 2ª PAAF en B3

Bethesda	N (%)
1	4 (8,3%)
2	21 (43,8%)
3	20 (41,7%)
4	1 (2,1%)
5	1 (2,1%)
6	1 (2,1%)
Total	48

Conclusiones: Según nuestro estudio, la 1ª PAAF nos deja un resultado incierto en un 16,67% de los casos, lo cual conlleva la realización de una 2ª PAAF, donde la rentabilidad diagnóstica disminuye significativamente, ya que en un 41,7% el resultado sigue siendo indeterminado. En este sentido, ante una primera PAAF Bethesda III, el análisis de la subclasificación, las características ecográficas, y sobre todo, las nuevas técnicas moleculares, son herramientas que aportan información complementaria y pueden ayudar a mejorar la precisión diagnóstica.

41. IMPORTANCIA DE LA INDIVIDUALIZACIÓN TERAPÉUTICA: ADAPTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFUSIÓN SUBCUTÁNEA DE INSULINA A LAS NECESIDADES DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1

S. Rogic, N. Gonzáles, R. Gaspar, I. Mantellini, P. Benítez, I. Borrego y L. Herranz

Hospital Universitario La Paz.

Introducción: Dentro de los nuevos sistemas de infusión de asa cerrada se encuentra el sistema Medtronic 780G, configurado y aprobado para funcionar con insulina rápida a concentración 100 UI/ml. Según ficha técnica, no existen estudios que comprueben su eficacia con otras concentraciones de insulina. Presentamos un paciente con DM1 y sistema Medtronic 780G en el que se cambia a insulina rápida U200 y luego se añade semaglutida SC, dado los altos requerimientos de insulina que tenía en probable relación a la obesidad concomitante.

Caso clínico: Varón de 48 años con diagnóstico de DMI desde los 18 años. Portador de ISCI desde el 2009. Peso 128 kg, Talla 198 cm, IMC 32,64 kg/m². DDT media habitual de 120 UI. Cambia a sistema Medtronic 780G en febrero 2021, con muy buen control glucémico

(SG 128 ± 38 mg/dl, GMI 6,4%, CV 29,6%, TIR 87%). Dado los altos requerimientos de insulina (> 100 UI/día), 4 meses después se cambia a Humalog U200 para reducir consumo y frecuencia de relleno de reservorio, así como el volumen inyectado. Se ajustan los parámetros manuales de la bomba al uso de doble concentración: se duplica el factor de sensibilidad, ratios prandiales y se modifica la insulina basal manual a la mitad, todo esto sin afectar el control glucémico significativamente (SG 117 ± 35 mg/dl, GMI 6,1%, CV 30,30%, TIR 89%) y sin cambios en el peso. Además, dada la obesidad y los altos requerimientos de insulina, 3 meses después se inicia semaglutida 0,25 mg, logrando una disminución ponderal (-4,5 kg en solo 1 mes) y de los requerimientos diarios de insulina (DTI 70UI), mejorando incluso el control glucémico (SG 133 ± 30 mg/dl, GMI 6,1%, CV 24% TIR 94%).

Discusión: El uso fuera de indicación de fármacos no debe recomendarse. Sin embargo, presentamos un caso donde el uso de insulina doble concentrada en un asa cerrada no afecta la precisión del algoritmo ni la seguridad del paciente. De igual manera, el uso de semaglutida ha mostrado mejoría en control por glucometría, reducción necesidades de insulina y de peso con una buena adaptación del sistema de asa cerrada. A falta de evidencia que lo avale, el uso de insulina rápida U200 en el sistema Medtronic 780G se podría considerar en pacientes con altos requerimientos diarios de insulina para reducir consumo de insulina y fungible, así como la aparición de lipodistrofias, siempre y cuando se haga en un paciente con los conocimientos necesarios para realizar las modificaciones respectivas en el sistema de infusión y consciente del uso fuera de ficha técnica. Los aGLP1, aunque no financiados, son una herramienta excelente para la obesidad también en DM1 y, con un paciente entrenado en el manejo de su insulina, puede significar un beneficio ponderal, metabólico y quizá cardiorenal.

42. RETOS EN LA CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. López Ruano, M.C. Martínez Otero, E. Carrillo López, C. Sager La Ganga, J. Jiménez Díaz y R. Ferreira de Vasconcelos Carvalho

Hospital Universitario de La Princesa.

Introducción: Clasificar a los pacientes diabéticos en grupos según sus características clínicas y curso evolutivo tiene importancia para determinar el tratamiento. No es infrecuente encontrarnos con pacientes en los que su clasificación en el momento del diagnóstico genere dudas por su presentación y/o características atípicas. En esta línea, exponemos un caso de síndrome hiperglucémico hiperosmolar (SHH) en una paciente no diabética conocida.

Caso clínico: Mujer de 38 años, con IMC 21,3 Kg/m² sin antecedentes personales de interés, ni familiares de diabetes mellitus, que es traída a urgencias el 21/09/21 por disminución del nivel de conciencia. A su llegada somnolienta, eupneica, sin alteraciones relevantes a la exploración física. Refiere clínica de un mes de evolución de malestar general, astenia y, en los últimos días, poliuria, molestias abdominales difusas, anorexia, vómitos y pérdida de peso. En analítica de sangre se observa leucocitosis con neutrofilia, proteína C reactiva y procalcitonina elevadas, deterioro de función renal (Cr 1,13 mg/dl), glucemia 1.480 mg/dl, Osm 375 mOsm/kg, cetonuria 10 mg/dl, cetonemia capilar 2,6 mmol/l, pH 7,42, pCO₂ 43 mmHg, bicarbonato 27,9 mmol/l. Sistemático de orina patológico por lo que se recoge urocultivo (UC) y se inicia ceftriaxona IV, detectándose posteriormente en el UC *E coli multiS*. TC cerebral sin alteraciones. Por todo ello, es diagnosticada de debut diabético con SHH y cetonemia positiva sin acidosis, en contexto de infección urinaria con afectación sistémica y ayuno prolongado. Es ingresada en UCI para

tratamiento intensivo, con buena evolución. Posteriormente pasa a planta de Endocrinología, donde se inicia insulino-terapia bolo-basal y se completa el estudio, detectándose HbA1c 17,5%, Ac anti GAD65, anti IA2 y anti-Insulina negativos y péptido C basal 1,10 ng/ml. Es dada de alta con pauta de insulina bolo-basal y seguimiento en consulta especializada en diabetes mellitus.

Discusión: Según la clasificación actual, planteamos el diagnóstico diferencial entre una DM tipo LADA por fenotipo de IMC normal que indica baja resistencia insulínica, Péptido-C detectable aunque disminuido, edad de presentación > 30 años y panel de autoinmunidad negativo (si bien no se determinaron los anticuerpos anti-ZnT8). Otra posibilidad sería una DM tipo 2 evolucionada pero el IMC normal hace poco probable un papel preponderante de insulino-resistencia. La ausencia de antecedentes familiares, por otro lado, hace baja la probabilidad de DM tipo MODY.

43. CIRUGÍA BARIÁTRICA: RESULTADOS A LARGO PLAZO EN EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) SEGÚN SEXO, TIPO DE CIRUGÍA REALIZADA Y EDAD A LA QUE FUERON OPERADOS

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

Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción: Los resultados de la cirugía bariátrica, aunque con frecuencia son impresionantes, no son universales y varían entre pacientes. Entre el 20% y 30% de los pacientes experimentan una pérdida de peso subóptima o una recuperación de peso significativa en los primeros años postoperatorios, que se incrementa con el paso del tiempo.

Objetivos: Resultados a largo plazo de la cirugía bariátrica en cuanto a evolución del IMC en una muestra de un área de Madrid, junto al impacto del sexo, el tipo de cirugía (restrictiva, malabsortiva o mixta) y la edad a la que se sometieron a dicha intervención.

Métodos: Estudio retrospectivo (desde 6 meses antes de la cirugía hasta 20 años después) de 30 pacientes entre mujeres y hombres, mayores de 18 años, en seguimiento activo en las consultas de Endocrinología y Nutrición, que se han sometido a cirugía bariátrica. Se recogen datos de sexo, IMC a lo largo del tiempo, edad con la que se operaron, y tipo de cirugía bariátrica a la que se sometieron.

Resultados: Los hombres partían de unos IMC previos a la cirugía más altos que las mujeres (48 kg/m² vs. 46 kg/m²). Las mujeres conseguían mejor resultado tras la cirugía, con un mayor descenso del IMC respecto a los hombres (entre 26-30% a lo largo del seguimiento vs. 18-19%). Los hombres en su mayoría se operaron en el grupo de edad por encima de los 45 años; mientras que las mujeres se operaron en su mayoría en el grupo de edad de 35-45 años. Las personas operadas en el grupo de edad de 35-45 años presentaron los mejores resultados en IMC tras la cirugía bariátrica (descenso del IMC 30-31%, vs. 13-26% en los otros grupos de edad). Los tres tipos de cirugía conseguían un descenso del IMC > 25% en el primer año, que se mantenía pasados los 5 años. La cirugía restrictiva fue la que obtenía mayor descenso del IMC tras el primer año de la cirugía (27%, vs. 25 y 26% de la malabsortiva y la mixta, respectivamente). Mientras que, la cirugía malabsortiva era la que mejor resultado conseguía en descenso del IMC a partir de los 2 años (27%, vs. 25% en la restrictiva y la mixta), y pasados los 5 años (30%, vs. 25 y 22% en la restrictiva y mixta, respectivamente).

Conclusiones: La cirugía bariátrica sigue siendo el “arma” más eficaz frente a la obesidad grave en cuanto a pérdida de peso y reducción del IMC. No obstante, ser mujer, estar en el grupo de edad comprendida entre los 35-45 años al momento de la cirugía, así como la cirugía de tipo malabsortivo son las que arrojan mejores resultados en cuanto a reducción del IMC.

44. NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO PALIATIVO: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Jiménez-Blanco, E. Carrillo, P. Toquero, E. Gómez-Relaño, C. Knott y M. Marazuela

Hospital Universitario de La Princesa. Hospital Universitario Puerta de Hierro.

Introducción: La nutrición parenteral domiciliaria (NPD) es una técnica costosa e invasiva, no exenta de complicaciones. En los últimos años, el número de pacientes con NPD ha aumentado. No obstante, su uso en pacientes oncológicos paliativos es todavía controvertido y la selección representa un desafío para los clínicos. Descripción del caso de un paciente oncológico paliativo, con historia de múltiples ingresos hospitalarios por fracaso renal agudo (FRA) y alteraciones hidroelectrolíticas, en el que se decide de forma multidisciplinar la indicación de NPD.

Caso clínico: Varón de 70 años diagnosticado en 2013 de adenocarcinoma de recto localmente avanzado, tratado con radioterapia-quimioterapia concomitante neo-adyuvante, amputación abdominoperineal de recto con colostomía permanente y resección de metástasis hepática única. En 2016 presenta una recidiva presacra no quirúrgica e inicia tratamiento con FOLFIRI-bevacizumab. Es conocido por Nutrición en 2018, durante ingreso por perforación intestinal, con resección de aproximadamente 130 cm de yeyuno-íleon, y aparición de fistula enterocutánea. Precisa nutrición parenteral total (NPT) en el posoperatorio, logrando transición posterior a dieta oral suplementada. Tras el alta, ingresos posteriores frecuentes por FRA y alteraciones hidroelectrolíticas, debido al aumento de pérdidas por la fistula. Se consensúa suspender quimioterapia e inicia seguimiento por Cuidados Paliativos. En 2019 la masa tumoral apenas ha progresado, pero se objetiva una pérdida ponderal de 20 Kg en 6 meses y el débito por la fistula es muy alto (6-7 litros/día). Se establece como esperable una supervivencia superior a 3 meses y se decide proponer al paciente NPD, explicando riesgos (infecciones, alteraciones del perfil hepático, desbalance hidroelectrolítico), beneficios (calidad de vida), necesidad de controles y de reevaluación periódica de la indicación. Inicia el tratamiento ingresado y tanto él como sus familiares reciben educación por parte de enfermería. Mantiene NPD con buena adaptación durante 7 meses, sin reingresos. Tras progresión tumoral a múltiples niveles y deterioro del perfil hepático, se decide suspensión de NPD, produciéndose el fallecimiento 2 meses después.

Discusión: La indicación de NPD en paliativos debe individualizarse, buscando siempre el mayor beneficio del enfermo. Resultan imprescindibles el acuerdo multidisciplinar, un buen programa educativo previo al alta y la reevaluación periódica de la situación clínica.

45. PROTOCOLO ANALÍTICO BÁSICO EN LA CONSULTA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

J.F. Mirabet Delgado, V. Martínez Vaello, G. Baonza Saiz, M. Fernández Argüeso, L. Montáñez Fernández, N. Bengoa Rojano, M. Marchán Pinedo y F.J. Arrieta Blanco

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Centro Universitario Internacional de Madrid.

Introducción: La valoración adecuada del estado nutricional, así como de posibles patologías acompañantes, resulta fundamental para el especialista en Endocrinología y Nutrición y el dietista-nutricionista en su práctica habitual para diseñar adecuadamente planes dietéticos personalizados para cualquier persona sana que

acude a una consulta de nutrición y dietética. Sin embargo, no existe un protocolo claro sobre qué parámetros bioquímicos analizar en este contexto. El objetivo principal de este trabajo fue determinar el conjunto relevante mínimo de determinaciones analíticas más eficiente a solicitar como apoyo a la valoración del estado nutricional en los pacientes que acuden a una consulta de Nutrición en ámbito no clínico.

Métodos: Se elaboró una encuesta anónima en la que el encuestado debía otorgar un grado de relevancia del 1 al 5 a una serie de parámetros bioquímicos para la valoración del estado nutricional. Ésta se distribuyó entre un conjunto de facultativos del ámbito de la Nutrición y estudiantes de último año del Grado de Nutrición Humana y Dietética (NHd) en tres diferentes centros universitarios de Madrid y se cumplimentó mediante la aplicación Google Forms durante los días 7 al 30 de abril de 2021.

Resultados: Se recogieron 66 encuestas completas, de las cuales 15 correspondían a personal facultativo y 51 a estudiantes del Grado de NHd. Cuando se analizaron los 10 parámetros bioquímicos de mayor y menor relevancia entre los facultativos y los estudiantes, estos dos grupos coincidieron en la valoración del parámetro triglicéridos como el más relevante, y en la valoración del parámetro vitamina C como el menos relevante. También hubo un grado alto de coincidencia entre los dos grupos para la valoración de los parámetros ácido úrico, vitamina D, AST-GOT, ALT-GPT y ferritina como relevantes. Cuando se compararon las encuestas cumplimentadas por los facultativos con las cumplimentadas por los estudiantes se encontró una mayor dispersión entre los estudiantes sobre el grado de importancia asignado a los diferentes parámetros contemplados.

Conclusiones: Es fundamental el desarrollo de un protocolo analítico de valoración del estado nutricional. Se propone como conjunto mínimo de parámetros a solicitar en una persona sana que acude por primera vez a una consulta de Nutrición aquel que incluya glucosa, creatinina, enzimas hepáticas, colesterol total y fracciones, triglicéridos, hemograma, VSG, ácido úrico, perfil férrico y vitamina D.

46. FENILCETONURIA Y RESISTENCIA A LA INSULINA

V. Martínez Vaello, J.F. Mirabet Delgado, G. Baonza Saiz, M. Fernández Argüeso, L. Montáñez Fernández, N. Bengoa Rojano, M. Marchán Pinedo y F.J. Arrieta Blanco

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Centro Universitario Internacional de Madrid.

Introducción: La fenilcetonuria (PKU) es una enfermedad de herencia autosómica recesiva en la que se afecta la hidroxilación hepática de fenilalanina por un defecto en la actividad de la fenilalanina hidroxilasa. El pilar del tratamiento de la PKU es la dieta, limitada en proteínas, pero libre en hidratos de carbono y grasas. Los pacientes con PKU asocian un aumento del perímetro abdominal, en particular las mujeres. El conocer si existe o no resistencia a la insulina asociada es de especial interés en este grupo de pacientes, dado que los productos específicos de su dieta presentan un elevado índice glucémico.

Objetivos: Valorar la presencia de resistencia a la insulina en pacientes adultos con fenilcetonuria.

Métodos: Medición del índice Homeostasis Model Assessment (HOMA) en ayunas en pacientes en seguimiento por fenilcetonuria.

Resultados: Se estudió a 22 pacientes, 15 mujeres y 7 hombres, con un rango de edad de 23 a 57 años. La incidencia de obesidad y sobrepeso grado II fue superior en mujeres que en hombres. En concreto, el 3,6% de las mujeres presentaba obesidad grado II (vs ningún hombre), el 21,4% obesidad grado I (vs. 6,5% de los hombres), el 13% sobrepeso grado II (vs. 11,7% de los hombres) y el 7,3%

sobrepeso grado I (vs. 19,5% de los hombres). 1 de los 7 varones (14%) y 6 de las 14 mujeres (43%) presentaron un HOMA-IR elevado ($\geq 1,96$).

HOMA-IR	$\geq 1,96$	$< 1,96$	Total
Normopeso	3	7	10
Sobrepeso I	0	2	2
Sobrepeso II	2	2	4
Obesidad I	2	3	5

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con PKU la resistencia a la insulina, así como la obesidad y el sobrepeso grado II, fueron más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

47. A PROPÓSITO DE UN CASO: HIPOCALCEMIA GRAVE INDUCIDA POR DENOSUMAB

A. García Piorno, I. Losada Gata, R.J. Añez Ramos, A.M. Rivas Montenegro, L. González Fernández, D. Muñoz Moreno, M. Gómez-Gordo Hernanz, G. Collado González, A. López Guerra y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: El denosumab es un anticuerpo monoclonal humano que inhibe la formación, la función y la supervivencia de los osteoclastos mediante su unión a RANKL, lo que provoca una disminución de la resorción ósea. Está indicado en el tratamiento de la osteoporosis con elevado riesgo de fractura y en el de la pérdida ósea asociada a supresión hormonal. Debido a la inhibición que ejerce sobre el osteoclasto, hasta un 7-12% de los pacientes pueden presentar hipocalcemia. Habitualmente son cuadros leves y asintomáticos durante las primeras semanas tras el inicio del tratamiento, aunque se han descrito casos severos que pueden comprometer la vida del paciente. Los principales factores predictores son: la calcemia previa al inicio del tratamiento, el aclaramiento de creatinina y el filtrado glomerular.

Caso clínico: Mujer de 79 años con antecedentes de hipertensión, bocio multinodular eufuncionante y fracturas por fragilidad ósea documentadas por densitometría. Valorada por reumatología en 2015 se decidió tratamiento con denosumab (60 mg), desde entonces sin seguimiento ni suplementación de vitamina D o calcio. Acude a urgencias por malestar general y parestesias en miembros de dos semanas de evolución. A su llegada se objetiva hipocalcemia grave corregida por albúmina (5,2 mg/dl) con calcio iónico bajo (0,76 mg/dl) y Trosseau positivo, ante lo cual se inicia reposición con gluconato cálcico intravenoso, aportes de calcio oral y calcitriol. Ingresa en planta de Endocrinología, donde se evidencia hiperparatiroidismo (PTH 820 pg/ml) secundario a déficit de vitamina D (3,7 ng/ml), sin alteración de la función renal. Se revisan analíticas previas, que reflejan hipocalcemia leve no tratada desde al menos 2019, a pesar de lo que se mantuvo tratamiento antirresortivo. Tras control de los niveles de calcio y remisión de la clínica es dada de alta con suplementación oral (carbonato cálcico y calcitriol). Durante el seguimiento ha mantenido calcemia en rango con controles periódicos cada 6 meses.

Discusión: Los pacientes tratados con denosumab deben recibir un adecuado aporte de calcio y vitamina D para reducir el riesgo de hipocalcemia. Es fundamental realizar un seguimiento periódico con determinaciones de calcemia antes de cada dosis semestral de denosumab y en las dos semanas siguientes a la administración inicial, así como la monitorización estrecha en pacientes con factores de riesgo adicionales.

48. HIPOFOSFOREMIA HIPERFOSFATÚRICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Carrillo López, C. Sager La Ganga, M. Lopez Ruano y M. Lahera Vargas

Hospital Universitario La Princesa.

Introducción: En ocasiones, los distintos profesionales emiten diagnósticos diferentes respecto a un mismo paciente, lo que puede llevar a confusión y tratamientos innecesarios.

Caso clínico: Varón de 45 años remitido en 2015 al servicio de Endocrinología por hipofosforemia con valor mínimo de 0,9 mg/dl. Se amplía estudio eje calcio/fósforo: calcio 10 mg/dl, PTH 82,46 pg/ml, vitamina D 27,92 ng/ml, calciuria 24h 217 mg/24h y función renal normal. Tras suplementación con vitamina D persiste hipofosforemia (1,50 mg/dl), fosfatúria (1.449 mg/24h) y RTP del 55,9%. Ante la desproporción de pérdidas renales de fosfato a pesar de hipofosforemia, con mínima elevación de PTH y calcemia normal sospechamos una tubulopatía como trastorno primario. Se inicia suplementación oral de fósforo (P) con mala tolerancia a dosis elevadas, y es derivado a Nefrología donde se sospecha hiperparatiroidismo primario (HPP), solicitándose estudio dirigido. La gamma-MIBI muestra un pequeño depósito patológico focal adyacente al lóbulo tiroideo derecho; la ECO cervical fue normal. El paciente es derivado a Cirugía General quienes se cuestionan el diagnóstico y la indicación quirúrgica, remitiendo de nuevo a nuestro servicio para vigilancia. Consulta en 2019 en Nefrología de otro centro llegando a la misma sospecha de HPP y solicitándose de nuevo estudio: eco cervical con posible adenoma inferior izquierdo (discordante con previa gamma) y nueva gamma-MIBI sin captación patológica. Evolución 2015-2021 con suplementos de P: P 1,5-2,2 mg/dl, calcio 9,8-10,8 mg/dl, PTH: 79-143 pg/mL, fosfatúria: 1,3-2,5 g/24h, FGF23: normal. Durante el seguimiento desarrolla una litiasis renal y la DMO progresa a osteopenia por lo que se replantea el diagnóstico y la posibilidad de un verdadero HPP solicitándose un PET colina, con resultado de adenoma paratiroideo superior izquierdo, interviniéndose en marzo de 2021 con paratiroidectomía selec-

tiva superior izquierda y exploración normal del resto de paratiroides. La AP confirma adenoma paratiroideo izquierdo (1,5 × 0,7 cm y 0,37 g). PTH tras cirugía disminuye hasta valor nadir 99 pg/mL, con normalización de fosforemia y fosfatúria, suspendiéndose los suplementos de P. En la revisión a los seis meses de cirugía presenta P de 1,5 mg/dl y fosfatúria de 1.035 mg/24h.

Discusión: Presentamos un caso en el que los datos bioquímicos se podían confundir con un HPP y, aunque se sospechó un trastorno tubular primario inicialmente, la sospecha de otros diagnósticos por otras especialidades, las pruebas de imagen discordantes, y la evolución clínica hicieron recomendable la intervención quirúrgica, que si bien confirmó la presencia de un pequeño (y probable asintomático) adenoma, no resolvió el problema bioquímico, como se demostró al retirar los suplementos de P y volver a la hipofosfatemia hiperfosfatúrica, asociados a una probable tubulopatía renal.

49. CAMBIANDO DESDE LIRAGLUTIDA 1,8 MG-DÍA Y DULAGLUTIDA 1,5 MG-SEMANAL A SEMAGLUTIDA 1,0 MG-SEMANAL EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2. SUBANÁLISIS DEL ESTUDIO EN VIDA REAL REALSEM-SP

B. Luca, J. Cárdenas-Salas, R. Sierra, N. Modroño, B. Sánchez, T. Montoya, R. Sánchez, C. Casado y C. Vázquez

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Hospital Universitario Infanta Elena. Hospital General de Villalba.

Introducción: Los datos de la efectividad en control glucémico y ponderal en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) en tratamiento con arGLP1 previo y que cambian a semaglutida subcutáneo son escasos.

Métodos: Identificamos a 333 pacientes que hacían cambio de arGLP1 hacia semaglutida, de ellos incluimos aquellos con dosis máxima de liraglutida (1,8 mg/día) y de dulaglutida (1,5 mg/semanal) que cambiaron a semaglutida (1,0 mg/semanal). El cambio de HbA_{1c}, Peso e IMC a los 6 y 12 meses fue evaluado mediante una regresión lineal múltiple ajustando por edad, IMC, sexo, tiempo de

Tabla 1 CO-49

	Liraglutida a semaglutida (n = 48)	Dulaglutida a semaglutida (N = 44)
Edad (años)	61,9 ± 7,5	63,3 ± 8,3
Sexo (masculino)	52,1%	54,5%
Duración DM2 (años)	11,9 ± 6,5	12,1 ± 5,8
Peso (kg)/IMC (kg/m ²)	100,9 ± 15,4/36,6 ± 5,9	92,6 ± 12,0/33,8 ± 3,5
HbA _{1c} basal (%)	7,6 ± 1,4	7,4 ± 1,0
HbA _{1c} antes de 1 ^{er} -GLP1 (%)	8,1 ± 1,4	8,1 ± 1,3
Tiempo con 1 ^{er} arGLP1 (m)	39,0 ± 25,7	23,5 ± 12,9
HbA1c < 7%	39,6%	38,6%

Tabla 2 CO-49

	6 m	12 m	6 m	12 m
Cambio en HbA _{1c} (%)	-0,69**	-0,66**	-0,43**	-0,30**
Cambio en peso (%)	-3,23**	-4,37**	-2,09**	-4,28**
Cambio en IMC (Kg/m ²)	-1,18**	-1,64**	-0,70**	-1,47**
Cambio en insulina (UI/día)	-5,0*, n = 23	-6,9** n = 21	+0,4, n = 24	+0,7, n = 20
HbA1c < 7%	62,5%*	70,5%*	63,6%*	54,8%*

*p < 0,05; **p < 0,01; m = meses.

DM2, HbA_{1c} basal, estadio de ERC y cambio (inicio/suspensión) de cualquier otro antidiabético.

Resultados: Un total de 48 y 44 pacientes cambiaron desde liraglutida y dulaglutida hacia semaglutida respectivamente. Las principales características basales se muestran en las tablas. Encontramos una reducción significativa de la HbA_{1c}, Peso e IMC a los 6 y 12 meses independientemente del arGLP1 previo. Así mismo se encontró una disminución significativa en la dosis de insulina en el grupo con liraglutida, mas no en el grupo con dulaglutida. Un mayor % de pacientes alcanzan un objetivo de HbA_{1c} < 7% tras cambio a semaglutida.

Conclusiones: El cambio a semaglutida 1,0 mg/semanal es una buena estrategia de intensificación en pacientes en tratamiento previo con arGLP1.

50. UTILIDAD DE LA “ESCALA DE RIESGO POSCIRUGÍA PANCREÁTICA” PARA PREDECIR DIABETES EN UN GRUPO DE PACIENTES INTERVENIDOS DE PANCREATECTOMÍA EN LA FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ

R. Sánchez, C. Aragón Valera, A. Celdrán Uriarte y C. Vázquez Martínez

Hospital Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: Describir la utilidad de la “escala de riesgo poscirugía pancreática” para predecir el riesgo de desarrollar diabetes secundaria en pacientes intervenidos de duodenopancreatectomía cefálica (DPC) o pancreatectomía corporocaudal (PCC). El objetivo secundario ha sido describir la incidencia de diabetes pancreopriva tras la cirugía de páncreas.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo retrospectivo de los casos intervenidos de DPC y PCC a lo largo de 2 años y 4 meses (01/2019-05/2021) en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Se reclutaron 37 pacientes que desarrollaron un tumor (duodenal, pancreático o ampuloma) a los cuales se les realizó una DPC (62,2%) o PCC (35,2%) en el intervalo de tiempo previamente descrito. El paciente restante, fue tratado mediante pancreatectomía total por la presencia de metástasis pancreáticas. El 51,4% fueron mujeres y el 48,6% hombres, con una edad e IMC medios al diagnóstico de 63,7 años y de 24,6 respectivamente.

Resultados: Previo a la cirugía el 32,4% presentaba diabetes mellitus, el 2,7% prediabetes y el 56,8% de los pacientes no presentaba alteraciones en el metabolismo hidrocarbonado. El 8,1% debutó con diabetes al diagnóstico del tumor. De los pacientes sin diabetes precirugía, el 42,9% la desarrolló entre los 6-12 meses tras la intervención (55,6% tras DCP y 44,4 tras PCC). Del total de pacientes que desarrolló diabetes, el 66,7% presentó en la escala de riesgo poscirugía pancreática una puntuación ≥ 2 , es decir, riesgo moderado o alto de desarrollar una diabetes secundaria, mientras que el 33,3% presentó una puntuación ≤ 1 (bajo riesgo). Del total de pacientes que desarrolló diabetes poscirugía, el 22,2% precisó tratamiento con

insulina mientras que el 77,8% mantuvo buen control metabólico con antidiabéticos orales.

Conclusiones: En nuestro estudio corroboramos lo ya publicado, que la escala de riesgo post cirugía pancreática predice adecuadamente el riesgo de desarrollar diabetes en aquellos pacientes con una puntuación ≥ 2 y nos permite identificar preoperatoriamente aquellos pacientes de riesgo y en los que debemos realizar un seguimiento más estrecho tras una resección pancreática.

51. MEDICIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON TUMORES NEUROENDOCRINOS GASTROENTEROPANCREÁTICOS MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN LA TERCERA VÉRTEBRA LUMBAR

M. Sampedro-Núñez¹, F. Sebastián¹, N. Sánchez de la Blanca¹, V. Rodríguez-Laval², A. Serrano¹, R. Martínez-Hernández¹, E. Martín-Pérez³, J.L. Muñoz de Nova³ y M. Marazuela¹

¹Servicio de Endocrinología, Inmunología y Biología Molecular;

²Servicio de Radiodiagnóstico; ³Servicio de Cirugía Digestivo.

Hospital Universitario de la Princesa.

Introducción: El estado nutricional en pacientes con tumores neuroendocrinos (TNE), especialmente de origen gastroenteropancreático, puede encontrarse afectado y tener un impacto en el pronóstico y supervivencia. En este contexto, se evaluó la composición corporal como un complemento de la información proporcionada en las tomografías (TC) de diagnóstico y seguimiento de esta enfermedad.

Métodos: La composición corporal en términos de masa muscular esquelética (MME), tejido muscular de baja densidad (mioesteatosis), tejido adiposo visceral (TAV), tejido adiposo subcutáneo (TAS) y tejido adiposo intermuscular (TAIM) se analizó en 36 pacientes que disponían de TC con medidas en la región L3 al diagnóstico y al finalizar seguimiento. Todas las medidas calculadas de los TC (cm²) se normalizaron usando la altura del paciente en metros elevado al cuadrado (cm²/m²). Además, se analizó el impacto pronóstico de estos parámetros en la supervivencia y estado final de enfermedad.

Resultados: La prevalencia de una MME baja fue de 63,89% en los TC iniciales. Cabe resaltar que 11 pacientes con IMC ≥ 25 kg/m² presentaban una MME baja. También se evidenció que los valores elevados de TAIM, así como de tejido muscular de baja densidad (mioesteatosis) en el TAC inicial se asociaron de manera significativa con un fenotipo de enfermedad más agresiva ($p < 0,05$). Adicionalmente, se observó que el aumento de TAIM, así como de la mioesteatosis se relacionó con un aumento de mortalidad al finalizar seguimiento ($p < 0,05$).

Conclusiones: Nuestros datos sugieren que la prevalencia de MME baja en tumores neuroendocrinos es elevada, pudiendo estar presente en pacientes con IMC ≥ 25 kg/m². Además, se postula que valores elevados iniciales de mioesteatosis y TAIM están asociados de manera significativa con distintos aspectos de la evolución de la enfermedad ($p < 0,01$).