

COMUNICACIONES

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

Aranjuez (Madrid), 25 y 26 de noviembre 2022

1. METÁSTASIS EN CALOTA COMO PRESENTACIÓN DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES

S. Fuentes Tudanca, G. Castillo, N. Aguirre, A. Amengual, K. Arcano, C. Cortés, C. Marijuán, R. Ferreira, M. Mediero y D. Muñoz

Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Conclusiones: Mujer de 68 años con antecedente de hipotiroidismo primario posquirúrgico por bocio multinodular, estable durante el seguimiento, intervenido por clínica compresiva en 2013, con anatomía patológica benigna (hiperplasia multinodular de tiroides). La última ecografía precirugía (septiembre 2013) describía nódulos dominantes LTD 13 × 20 × 21 mm y LTI 18 × 24 × 34 mm. Remitida a consultas porque en estudio inmunohistoquímico de lesión extirpada en cuero cabelludo se sospecha origen tiroideo (positiva para CK7, Berp-4, TFF-1, PAX-8 y tiroglobulina). Ante la sospecha se solicita: analítica con tiroglobulina con un valor de 406 ng/mL, con anticuerpos antitiroglobulina negativos; ecografía cervical donde no se objetivan restos tiroideos ni adenopatías; rastreo corporal total con I131 con captación en calota y cervical anterior y PET-TAC con FDG: donde también se objetiva la lesión en calota, sin captación patológica en lecho tiroideo y nódulo pulmonar milimétrico en lóbulo superior izquierdo sin captación de FDG. Se realiza tratamiento con 107 mCi de 131-I tras rh-TSH el 2/11/2021, sin captaciones distintas al rastreo diagnóstico. Tras el tratamiento, se observa nula respuesta tanto bioquímica (niveles de tiroglobulina 557 ng/mL) como estructural (PET-CT con FDG 25/04/2022 con aumento de tamaño de masa de partes blandas en calota). Ante la falta de respuesta, se comenta el caso con Neurocirugía, que solicita resonancia magnética donde se comprueba que no rebasa duramadre, por lo que se interviene el 24/06/2022 mediante disección de lesión ósea metastásica que infiltra el hueso y fresado de bordes óseos con margen de seguridad. No se objetiva durante cirugía aparente afectación de duramadre (congruente con hallazgos radiológicos). En revisión posquirúrgica precoz (13/07/2022), se objetiva franca reducción de niveles de tiroglobulina (9,10 ng/mL).

Discusión: En la literatura hay descritos casos de metástasis en calota fundamentalmente de carcinoma folicular de tiroides, pero también de papilar. Las metástasis suelen ocurrir años después del diagnóstico, aunque hay descritos casos presentes al inicio.

2. PRIMEROS RESULTADOS TRAS 18 MESES DE UNA CONSULTA DE TRANSICIÓN PEDIATRÍA-ADULTOS PARA DM1

I. de Castro-Dufourny¹, A. López-Bejarano¹, M.C. del Castillo-Olivares¹, C. Temboury² y R. Villamor²

¹Sección de Endocrinología y Nutrición; ²Pediatría, Hospital Universitario del Sureste.

Introducción: 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 y otros adultos. 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 y permitir la autonomía del paciente. En el Hospital del Sureste, Arganda del Rey se ha implantado en 2021 la Consulta de Transición. Presentamos los primeros resultados obtenidos en esta consulta.

Métodos: Los pacientes son pacientes DM1 que a criterio de sus pediatras han alcanzado un nivel de madurez que permite 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 diabetológica, aportando información relevante sobre la trayectoria clínica del paciente. Tras una valoración inicial y una serie de test (Clarke, adherencia al tratamiento, conocimiento 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. Tras ello, en la Consulta 2 el pediatra y el endocrinólogo 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 test indicados para valorar la evolución de los distintos parámetros tras esta intervención.

Resultados: En estos 18 primeros meses 10 pacientes han sido remitidos, de los cuales 9 han acudido a la primera consulta (7 varones, 2 mujeres, edad media: 18,7 años). La puntuación obtenida en los test de adherencia al tratamiento (EsSCI-R), escala de satisfacción (escala subjetiva del 0 al 100) y conocimiento de recuento de raciones (16 preguntas) ha sido de 59/80, 82,5/100 y 8,44/16

respectivamente. De estos pacientes 7 ya han sido citados para la consulta 2, acudiendo solo 3 de ellos (42%).

Conclusiones: La edad media de los pacientes es algo mayor de lo recomendado (entre los 16 y 18 años según el consenso SED-SEEP), aunque ha ido disminuyendo (19 años en la primera visita en 2021 frente a 18 años en 2022). Se está trabajando en que el contacto con las educadoras se realice más tempranamente (14 años). La tasa de ausentismo en la consulta 2 es importante. Por este motivo se ha incrementado las fechas disponibles, para permitir cierta flexibilidad. Así mismo se va a implantar la figura del “coordinador” quien se encargará, durante el periodo de transición, de recordar al paciente las citas. Esperamos en próximas ediciones presentar los resultados obtenidos tras las sesiones de educación diabetológica y la consulta 2.

3. ESPECTRO CLÍNICO ASOCIADO A MODY SUBTIPO INS (MODY10)

M. Gomes Porras¹, R. García Moreno², R. Vallejo Mora¹, M. Ruiz de Adana¹ y Á. Campos Barros³

¹Hospital Regional Universitario de Málaga. ²Hospital Universitario La Paz. ³Endocrinología Molecular, INGEMM, IdiPAZ.

Introducción: El gen *INS* codifica para la preproinsulina. Mutaciones en *INS* pueden causar MODY-INS (MODY10; OMIM #613370), describiéndose mayormente en casos de DM neonatal.

Objetivos: Caracterizar clínica, bioquímica y molecularmente a 3 pacientes con diabetes MODY-INS en seguimiento en los Servicios de Endocrinología de 2 hospitales españoles (Madrid y Málaga) durante enero/2009-junio/2022.

Métodos: Estudio transversal multicéntrico que incluyó 121 pacientes con sospecha de diabetes monogénica analizados mediante NGS dirigido con un panel de diseño propio. Las variantes detectadas se clasificaron según los criterios del ACMG y se priorizaron utilizando criterios de confianza y calidad, cobertura ($20x/pb > 95\%$), frecuencia alélica en población control $< 1\%$ (gnomAD), impacto (“missense”, “nonsense”, “frameshift”, “splicing effect”) y predicción *in silico* de patogenicidad (puntuación CADD V1.6 > 15).

Resultados: 3/121 pacientes (2,5%), 2 varones y 1 mujer, con una edad de $15 \pm 4,58$ años y un IMC de $21,8 \pm 3,5$ Kg/m², presentaron variantes deletéreas en *INS* en heterocigosis. El análisis de segregación reveló que las variantes patogénicas NM_000207.3:c.140G>A,p.(Gly47Asp) y NM_000207.3:c.163C>T,p.(Arg55Cys) en el exón 2, fueron de novo, sin poder realizarlo para la variante NM_000207.3:c.62C>T,p.(Pro21Leu) en el exón 1 (VUS). Las 2 variantes patogénicas están registradas en HGMD, asociadas a MODY-INS y DM1, respectivamente. El debut diabético fue a los $12 \pm 2,6$ años en forma de hiperglucemia simple, autoinmunidad pancreática negativa, péptido C conservado al diagnóstico y en 2/3 en la actualidad. La HbA1c inicial fue de $6,4 \pm 0,5\%$ (actualmente $6,7 \pm 2,1\%$) y el perfil lipoproteico es normal. Ningún paciente desarrolló complicaciones agudas o crónicas de la diabetes después de 4 ± 2 años de seguimiento. El paciente con la variante *INS* p.(Pro21Leu) también presenta VUS deletéreas adicionales en *GPR183* y *NRXN3*, asociando sobrepeso grado II e insulinoresistencia en tratamiento con metformina. El paciente con la variante *INS* p.(Gly47Asp) presenta mal control metabólico debido a escasa adherencia a la insulinoterapia a bajas dosis. El paciente con la variante *INS* p.(Arg55Cys) presentó un buen control metabólico con medidas higiénico-dietéticas.

Conclusiones: La prevalencia de MODY-INS es mayor de la reportada en la literatura. La expresión fenotípica se produce en la primera infancia, variando desde la hiperglucemia leve a grave con insulinoopenia hasta la resistencia a la insulina en relación con la asociación con otras variantes deletéreas previstas en genes candi-

datos (MODY-X). La sospecha de MODY-INS debe plantearse incluso en ausencia de antecedentes familiares de DM. El análisis de las secuencias de *INS* debe incluirse en la rutina de diagnóstico molecular de la sospecha de diabetes monogénica.

4. LINFOMA TESTICULAR CON METÁSTASIS SUPRARRENALES BILATERALES

C.M. Cortés Muñoz, N. Aguirre Moreno, C. Marijuán Sánchez, S. Fuentes Tudanca, G. Castillo Carvajal, D. Muñoz Moreno y M. Mediero Benítez

Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Introducción: El linfoma testicular primario (LTP) es una forma rara y clínicamente agresiva de linfoma extraganglionar, la mayoría de los casos son linfomas de células B grandes, estos suelen ser más frecuentes en mayores de 60 años y muestra tendencia a diseminarse a sitios extranodales incluyendo testículo contralateral, SNC, piel, pulmón, tejidos blandos, los huesos, anillo de Waldeyer, el globo ocular y las glándulas suprarrenales.

Caso clínico: Presentamos el caso de un adulto de 62 años sin antecedentes médicos de interés, que presenta dolor testicular izquierdo asociado a ligera inflamación, se pide ecografía testicular que muestra una lesión de 4 cm sospechosa de malignidad. La orquiectomía radical izquierda revela un linfoma B difuso de células grandes, el estudio de extensión muestra la presencia de nódulos suprarrenales bilaterales en TAC de características indeterminadas, también se solicita RM y PET con FDG que describe estas lesiones como sugestivas de malignidad. El estudio funcional es negativo y se descarta presencia de insuficiencia suprarrenal. Ante la alta sospecha de metástasis suprarrenal de linfoma testicular se inicia tratamiento por parte de hematología con quimioterapia 6 ciclos RCHOP con profilaxis al SNC con metotrexato y posterior radioterapia de consolidación. Se solicita PET TAC para evaluar la respuesta a los 2 meses de iniciado el tratamiento, y se evidencia desaparición de las lesiones suprarrenales, en siguiente control a los 6 y 10 meses de tratamiento se mantiene respuesta completa al tratamiento.

5. ESTUDIO GENÉTICO EN EL FEOCROMOCITOMA ¿ES POSIBLE ESTRATIFICAR EL RIESGO DE FEOCROMOCITOMA HEREDITARIO?

M. Araujo Castro¹, C. Mínguez¹, I. García², M. Calatayud³, F. Hanzu⁴, A. Vicente⁵, C. Blanco⁶, P.M. Novoa⁷, C. Lamas⁸, L. Manjón⁹, P. Rodríguez¹⁰, M.T. Fernández¹¹, N. Valdés¹², M. Marazuela², C. Álvarez¹³ y R. García¹⁴

¹Hospital Universitario Ramón y Cajal. ²Hospital de la Princesa.

³Hospital 12 de Octubre. ⁴Hospital Clínic. ⁵Hospital de Toledo.

⁶Hospital Universitario Príncipe de Asturias. ⁷Hospital Clínic.

⁸Hospital de Albacete. ⁹Hospital de Asturias. ¹⁰Hospital Virgen

Macarena. ¹¹Hospital de Puerto Real. ¹²Hospital de Cabueñes.

¹³Hospital Universitario La Paz. ¹⁴Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio fue desarrollar un modelo predictivo de feocromocitoma (FEO) hereditario en base a las características clínicas, hormonales y radiológicas presentes en el diagnóstico de los pacientes con FEO.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico de pacientes con FEO con estudio genético disponible, realizado en 18 hospitales terciarios. El modelo predictivo se desarrolló usando regresión logística multivariable. Para la selección del modelo con la

mejor precisión diagnóstica se empleó la estimación de todas las ecuaciones posibles (menor índice de Akaike [AIC]).

Resultados: Se incluyeron un total de 245 pacientes: 169 (69,0%) pacientes con FEO esporádicos y 76 (31%) con FEO hereditarios. El síndrome hereditario más frecuente en pacientes con FEO hereditario fue el MEN2 en 43 pacientes, seguido de NF1 en 20 y de VHL en 5. En el análisis univariante identificamos como factores de riesgo de FEO hereditario, una menor edad, normotensión, no diabetes mellitus, ausencia de enfermedad cardiovascular, cifras de tensión arterial sistólica y diastólica más bajas, noradrenalina urinaria más baja y FEO bilateral. Todos los tumores bilaterales correspondieron a pacientes con FEO hereditario, por lo que esta variable no se incluyó en el modelo predictivo. El modelo predictivo parsimonioso con mayor precisión diagnóstica para la predicción de FEO hereditario combinó las variables edad, ausencia de enfermedad cardiovascular, niveles de noradrenalina urinaria y tamaño del tumor. El área bajo la curva ROC de este modelo fue de 0,800 (0,705-0,887). En base a este modelo predictivo, la probabilidad de FEO genético en pacientes > 60 años con enfermedad cardiovascular, niveles elevados de noradrenalina urinaria y FEO unilateral > 60 mm fue < 2%. Y si la edad era > 80 años, inferior al 1%. En cambio, los pacientes < 20 años sin enfermedad cardiovascular, niveles bajos de noradrenalina urinaria y FEO unilaterales < 60 mm presentaban el riesgo más alto de FEO hereditario: de un 89,8%. La edad fue la variable más importante del modelo. La probabilidad de FEO esporádico aumentó linealmente con la edad (prueba MH para tendencia lineal: $\chi^2(1) = 30,05$; $p < 0,001$). El AUC obtenido en la validación interna del modelo predictivo fue de 0,78 (0,70-0,85), con un valor medio de pseudo-R2 de 0,171.

Conclusión: En determinadas poblaciones como pacientes ancianos con enfermedad cardiovascular, con niveles elevados de noradrenalina urinaria y tumores de gran tamaño, en los que la probabilidad de FEO genético es muy baja, se podría obviar el estudio genético en ausencia de sospecha específica.

6. NÓDULOS TIROIDEOS EVANESCENTES EN PACIENTE CON SARCOIDOSIS

D. Muñoz Moreno, M. Mediero, C.M. Cortés, N. Aguirre, G. Castillo, C. Marijuán, K. Arcano, R. Ferreira, A. Amengual y S. Fuentes

Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Caso clínico: Se describe el caso de un varón de 77 años derivado a consulta de Endocrinología por nódulos tiroideos. Como antecedente destaca diagnóstico reciente de sarcoidosis por parte de Medicina Interna en el contexto de hallazgo en prueba de imagen (TC) de adenopatías hiliares bilaterales y paraaórtica izquierda. En PET-FDG presenta depósito focal en lóbulo tiroideo izquierdo (SUVmax 3,9) y de las adenopatías mencionadas. Se dispone de confirmación histológica de un ganglio hilar: granulomatosis epiteloide no necrotizante. Al tratarse de un estadio I sin afectación parenquimatosa se ha decidido vigilancia activa. En la consulta de Endocrinología se dispone de analítica con TSH en rango normal, autoinmunidad tiroidea negativa y de dos ecografías tiroideas. Ecografía junio de 2021: nódulos isoecogénicos bilaterales con halo hipoeicoico de 6 × 4 mm en LTD y de 7 × 6 mm en LTI. Nódulo hiperecogénico de 5 × 4 mm en LTI. Quistes coloides bilaterales. No se identifican adenopatías laterocervicales en rango patológico. Ecografía junio 2022: A destacar nódulo de 9 mm en LTI, sólido, isoecogénico, con halo periférico, TIRADS 3. No se describen otros nódulos tiroideos. De forma comparativa, podemos ver cómo en el 2022 solo se identifica un nódulo en LTI, sin evidencia del resto de nódulos sólidos subcentimétricos bilaterales. Por el momento no se ha solicitado PAAF del nódulo que ha permanecido en LTI al ser subcentimétrico y de ca-

racterísticas no sospechosas, por lo que no se dispone de citología de la lesión.

Discusión: La glándula tiroidea es una localización poco común de la enfermedad. La incidencia aproximada es del 4% en series de autopsias. Está asociada a adenopatías periféricas e intratorácicas. Se ha descrito hipotiroidismo por infiltración extensa por granulomas. También se han descrito algunos casos de hipertiroidismo transitorio por inflamación de la glándula. Parece existir asociación entre sarcoidosis y enfermedad autoinmune tiroidea con una frecuencia del 17%. Los hallazgos ecográficos más significativos son nódulos dispersos con áreas hipoeicoicas irregulares. Para conocer la naturaleza de las lesiones puede valorarse realizar estudio citológico mediante PAAF de las lesiones. La relación de causalidad con cáncer de tiroides es incierta. Conocer esta entidad es importante en el diagnóstico diferencial de nódulo tiroideo asociado a linfadenopatías. No suele precisar tratamiento, a no ser que produzca síntomas compresivos, cuyo manejo requerirá cirugía, o cause hipotiroidismo, en cuyo caso estará indicado iniciar tratamiento sustitutivo. Este caso refleja la posibilidad de infiltración sarcoidea de la glándula tiroidea, en un paciente con sarcoidosis confirmada y nódulos tiroideos evanescentes.

7. APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN PACIENTE CON PROBABLE HIPERCALCEMIA HIPOCALCIÚRICA FAMILIAR

I. Jiménez Hernando, M. Pérez, M. Gómez-Gordo, G. Collado, I. Losada, A. García, A.M. Rivas, R.J. Añez, J.C. Percovich y O. González

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: La hipercalcemia hipocalciúrica familiar (HHF) es una enfermedad del metabolismo cálcico, por la cual se produce una insensibilidad a dicho ion en las glándulas paratiroides y el túbulo renal. Esto se produce por una mutación inactivadora del receptor sensible a calcio (CaSR) en el cromosoma 3q21.1, que se transmite de forma autosómica dominante con elevada penetrancia. Presenta concentraciones de PTH inapropiadamente normales o elevadas, hipercalcemia moderada junto con excreción urinaria de calcio disminuida e hipermagnesemia leve.

Caso clínico: Mujer de 69 años, con antecedente familiar de madre con DM 2 e hipotiroidismo; y personales de HTA, dislipemia, osteoporosis, BMN y adenomas paratiroides intervenidos quirúrgicamente en dos ocasiones (hace 10 y 30 años). En tratamiento con ibersartán/HCTZ 150/12,5 mg/d, denosumab semestral (última dosis hace 3 años), rosuvastatina 5 mg/d y ezetimiba 10 mg/d. Acude a consultas de Endocrinología derivada por su MAP para estudio de hipercalcemia persistente asintomática. En analítica de rutina no presenta alteraciones salvo calcio 10,7 mg/dL y PTH 387 ng/L. Resto de metabolismo fosfocálcico: fosfato 2,4 mg/dL, vitamina D 39,2 µg/L, magnesio 1,5 mg/dL, fosfatasa alcalina 68 U/L. En ecografía cervical, nódulos tiroideos bilaterales de baja sospecha; y PAAF de nódulo en istmo tiroideo con resultado Bethesda 2. Gammagrafía tiroidea sin hallazgos de tejido paratiroides hiperfuncionante. En analítica de orina de 24 horas, excreción de Ca 21 mg/24h, fosfato 310 mg/24h, creatinina 851 mg/24h. A los 6 meses persistían las mismas alteraciones analíticas con hipercalcemia leve, PTH elevada e hipocalciuria. Ante estos hallazgos a pesar de haber sido intervenida por adenomas en dos ocasiones, se sospechó una hipercalcemia hipocalciúrica familiar, solicitando el cociente aclaramiento calcio/aclaramiento creatinina que fue de 0,0026. Ante la ausencia de familiares de primer grado, se remite a consulta de Genética para confirmar el diagnóstico.

Discusión: El HHF es una causa poco frecuente de hipercalcemia, generalmente asintomática. Es necesario hacer el diagnóstico dife-

rencial con el hiperparatiroidismo primario, ya que el HHF es benigno en la mayoría de los casos y no requiere paratiroidectomía. El diagnóstico genético no siempre es necesario y se basa en los hallazgos analíticos compatibles en dos o más miembros de una misma familia.

8. POLINEUROPATÍA POR DÉFICIT DE COBRE, A PROPÓSITO DE UN CASO

G.E. Castillo-Carvajal, M. Mediero-Benítez y S. Fuentes-Tudanca

Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 60 años, con antecedente de una derivación biliopancreática (DBP) realizada en 2016 en un centro privado. Peso prequirúrgico 114 Kg. En 04/2017 fue intervenido de peritonitis purulenta por divertículo de Merckel perforado, se realizó resección intestinal con anastomosis íleo-íleal. El paciente perdió seguimiento y acudió a consulta en 2020, refería consumo diario de alcohol y no se encontraba tomando ningún multivitamínico. Presentaba cuadro de unos 4 meses de evolución consistente en hormigueo y acorchamiento de extremidades. En la exploración física destacaba: sensibilidad vibratoria abolida en MMII, hipoestesia y parestesias distales en extremidades. Marcha con leve aumento de base. Romberg inestable. En la analítica se observó: calcio corregido 8,3 mg/dl (8,6-10,0), vitamina D 25-hidroxi 17,10 ng/ml (Sup. 30), ceruloplasmina 8,00 mg/dl (15-30), Cobre suero 23,00 µg/dL (70-140), vitaminas del complejo B y ácido fólico normales. El electromiograma evidenció datos compatibles con polineuropatía periférica, sensitivo-motora, mixta, simétrica, con mayor afectación del componente sensitivo y de leve-moderada intensidad. En la RMN cervical destacaba una leve hiperintensidad de señal de cordones posteriores paramediales bilaterales desde C2 hasta C7. Es diagnosticado polineuropatía por déficit grave de cobre, instaurándose tratamiento por vía oral, si bien los valores no han conseguido ser llevados al rango de lo normal, el paciente presentó leve mejoría de los síntomas. La cirugía bariátrica es el método más efectivo para conseguir pérdida de peso y remisión de comorbilidades asociadas, sin embargo, el procedimiento no está exento de complicaciones. El déficit de vitaminas y elementos traza se puede presentar en todos los tipos de cirugía (restrictiva, malabsortiva y mixta). Se describen como factores de riesgo, el consumo de alcohol, vómitos y la falta de adherencia a los multivitamínicos. El cobre se absorbe en el estómago y duodeno y tiene un papel fundamental en la hematopoyesis y conducción neurológica. Se estima que en torno a un 9-18% de pacientes intervenidos de *bypass* gástrico y DBP presenta déficit de este elemento traza.

Discusión: Es fundamental la vigilancia de micronutrientes en el seguimiento de los pacientes intervenidos, con el fin de detectar y tratar de forma precoz su déficit, para evitar secuelas irreversibles.

9. EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA RADIOFRECUENCIA A LARGO PLAZO: A PROPÓSITO DE 41 PACIENTES

B. Bernaldo Madrid, S. Mera, P. Espinosa de los Monteros, F. Hernández, L. Ávila, N. Sánchez-Maroto, S. Merino, M. Pazos, C. López y C. Familiar

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: La mayoría de guías recomiendan la cirugía de los nódulos benignos de predominio sólido con clínica compresiva o un crecimiento significativo. Actualmente, no obstante, disponemos de técnicas mínimamente invasivas como la ablación por radiofrecuencia (RFA) que logra descensos significativos del volumen nodular y en muchos casos, la mejoría o desaparición de la clínica compresiva asociada.

Resultados: A continuación, presentamos los resultados obtenidos en nuestro centro a partir de una serie de 41 pacientes (8 hombres) con edad media de 58 ± 13 años cuyo nódulo tiroideo fue sometido a una sesión única de RFA y un seguimiento posterior mínimo de 6 meses y máximo de 2 años ($n = 26$). La mitad de los pacientes tenían bocio multinodular (BMN), unos niveles medios de TSH $1,7 \pm 1,13$ y T4L $8,6 \pm 1,35$ y solo 3 se encontraban en tratamiento previo con anti-tiroideos. El volumen medio inicial de los nódulos fue de $21,6 \pm 13,7$ ml. Las indicaciones de RFA fueron: clínica compresiva en el 36% de los pacientes, crecimiento del nódulo en el 56% y ambos criterios en 12% de los casos. Posterior a la RFA, se registraron complicaciones menores (dolor local, hemorragia u odinofagia) de carácter transitorio en 60,9% de los casos y tan solo un paciente presentó una complicación mayor consistente en una rotura nodular que se resolvió tras antibioterapia y tratamiento antiinflamatorio. Durante el seguimiento el volumen medio de los nódulos descendió de forma significativa desde el 1^{er} mes alcanzando entonces un volumen de $14,1 \pm 10,8$ ml; $10,9 \pm 9,17$ ml al 3^{er} mes; $8,4 \pm 8,01$ ml al 6^o mes; $8,6 \pm 9,03$ ml al año y $8,1 \pm 9,87$ ml a los 2 años. El porcentaje de nódulos en los que se logró el éxito terapéutico (descenso > 50% del volumen nodular) también aumentó de forma progresiva en los meses 1, 3, 6, 12 y 24 con los siguientes porcentajes de éxito, respectivamente: 27,5% ($n = 41$), 56,1% ($n = 41$), 67,6% ($n = 37$), 75% ($n = 32$) y 65,4% ($n = 26$). En resumen, el mayor éxito se alcanzó al año y el menor volumen a los 2 años. La clínica compresiva desapareció en todos los pacientes salvo en uno con clínica persistente a los 6 meses, correspondiéndose con uno de los casos de fracaso terapéutico. La cirugía del nódulo fue precisa en 6 casos (14,5%), debiéndose en la mitad de los casos al fracaso de la RFA y un posterior crecimiento.

Conclusiones: Dados los buenos resultados y sus escasos efectos adversos recomendamos la RFA en nódulos tiroideos sólidos y benignos con clínica compresiva o crecimiento significativo como alternativa a la cirugía y establecemos su eficacia en la reducción de volumen y clínica compresiva.

10. CARCINOMA SUPRARRENAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

C. Sager la Ganga, E. Carrillo, M. López Ruano, C. Martínez, T. Armenta, V. Navas, J. Raposo, M. Tapia y F. Sebastián

Hospital Universitario de La Princesa.

Introducción: El carcinoma suprarrenal (CS) es un tumor raro y agresivo con un pronóstico infausto, en el cual hasta el 70% presentan metástasis a distancia al diagnóstico. Se manifiesta comúnmente como un síndrome de Cushing de rápida progresión. El diagnóstico es anatomopatológico de la lesión primaria o metástasis, junto con pruebas de imagen y evaluación hormonal. Aunque el tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, los CS recurrentes o diseminados se benefician de quimioterapia o tratamiento adrenolítico como el mitotane.

Caso clínico: Mujer de 59 años natural de Perú sin antecedentes de interés que consulta por edemas en miembros inferiores, aumento del perímetro abdominal y dolor en hipocondrio derecho de tres meses de evolución. A la exploración física se destaca masa en hipocondrio derecho dolorosa. Analíticamente presenta elevación de enzimas hepáticas (GGT 746 U/L, LDH 1.005 U/L), hipopotasemia (3,1 mEq/L), y alcalosis metabólica con un pH 7,56 y bicarbonato de 34 mmol/L. En el TC abdominal se objetiva masa suprarrenal con características de malignidad de $11 \times 7 \times 14,5$ cm, y múltiples metástasis hepáticas. Se realizó punción-aspiración de lesión hepática compatible con metástasis de carcinoma de origen adrenocortical, con un índice mitótico elevado, y positividad en el estudio inmunohistoquímico para SF-1, enolasa, sinaptofisina, CAM5:2 y focalmen-

te inhibina y p53. Se solicita estudio hormonal: test de Nugent 28,6 ug/dL, cortisol libre urinario 1.004,9 ug (4,3-176), ACTH 4,9 pg/mL (4,7-48,8); DHEA sulfato 553 ug/dL (18,9-205), 17-OH progesterona 27,3 ug/L. Durante la evolución de la enfermedad la paciente no presenta aspecto cushingoide ni signos de virilización. Dada diseminación a distancia al diagnóstico se descarta tratamiento quirúrgico. Se inicia el primer ciclo de quimioterapia (carboplatino + etopósido) y mitotane, inicialmente a 2 gramos aunque pasados tres días se decide aumento a 7 gramos diarios por rápida progresión clínico-analítica. A pesar del tratamiento, la paciente muestra empeoramiento franco de las pruebas de función hepática e hiperkortisolismo con aparición de encefalopatía, falleciendo 13 días después del inicio de quimioterapia por fallo hepático.

Discusión: El CS es un cáncer de muy mal pronóstico a pesar de tratamiento quimioterápico o adrenolítico, que en ocasiones desarrolla síndrome de Cushing de rápida progresión y difícil control. Son necesarios más estudios sobre su patogénesis molecular y marcadores pronósticos con el fin de desarrollar nuevas y más eficaces dianas terapéuticas.

11. SEX DIMORPHISM AND SEX STEROIDS INFLUENCE ON THE PRESENTATION AND SEVERITY OF CARDIOVASCULAR AUTONOMIC NEUROPATHY OF PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES

L. Nattero-Chávez, M. Insenser, A. Quintero Tobar, E. Fernández-Durán, B. Dorado Avendaño and M. Luque-Ramírez

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Objectives: Sexual dimorphism characterizes cardiovascular outcomes in patients with type 1 diabetes (T1D). The impact of sex on cardiovascular autonomic neuropathy (CAN) as presentation of macrovascular disease is unclear, even though the sexual dimorphic regulation of the autonomic system has been proposed as one of the factors responsible for the larger cardiovascular risk of women with T1D when compared with men. Our objective was to address sex-related differences in the prevalence of CAN in T1D.

Methods: Cross-sectional study including 322 patients with T1D (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT NCT04950634). CAN was diagnosed using Ewing's score and power spectral heart rate (HR) data. Sex hormones were assessed by liquid chromatography/tandem mass spectrometry. To delineate the influence of the physiologic decline of sex steroids, especially in women during the menopausal transition, we divided our sample of patients in subgroups by age using a cutoff of 50 yr-old, which is the median age at natural menopause in Caucasian women. To characterize menopause in the women, we also re-classified those women aged 40-50 years who presented with a serum FSH > 25 IU/L, characteristic of the late menopausal transition, within the group of women over 50 years.

Results: When considering all subjects as a whole, CAN prevalence was not significantly different between women and men [31.8% (24.9; 39.6) vs. 24.3% (18.6; 31.1), respectively, $p = 0.129$]. When age was taken into account, the prevalence of CAN was similar among young men and those > 50-yrs. However, in women >50-yrs, the prevalence of CAN was twice that of young women (50.0% [36.1; 63.9] vs. 23.3% [16.7; 32.8] respectively, $p = 0.002$). The OR of having CAN was 3.2 in women > 50-yrs with their younger counterparts, and 3.7 compared with men \leq 50-yrs. Furthermore, women presented more severe CAN than men. A binary logistic regression model (R^2 : 0.297; $p < 0.001$) retained age > 50-yrs as a significant predictor of CAN only in women. Androgens were positively associated with HR variability in men, and negatively in women. Accordingly, CAN was associated with increased testosterone/estradiol ratio in women but to decreased testosterone concentrations in men.

Conclusions: Menopause in women with T1D is accompanied by an increase in the prevalence of CAN when compared to reproductive-aged patients. This age-related excess risk of CAN was not observed in men. Opposite associations were observed in T1D men and women between circulating androgens and indexes of cardiovascular function. Overall, these results indicate a sexual dimorphism in the CAN of patients with T1D.

12. CÁNCER ANAPLÁSICO DE TIROIDES: A PROPÓSITO DE UN CASO

M.M. Fandiño García, M. Pérez, G. Román y L. Lander

Hospital Universitario Severo Ochoa.

Introducción: El carcinoma de tiroides es la neoplasia endocrina más prevalente, siendo los tumores bien diferenciados (papilar y folicular) los más comunes. El cáncer anaplásico de tiroides tiene una baja prevalencia (1-2/100.000 habitantes) y se caracteriza por tener un comportamiento muy agresivo, con una mortalidad cercana al 100% y una mediana de supervivencia de 3-7 meses tras el diagnóstico. Pese a los avances en el tratamiento actualmente sigue siendo un reto terapéutico, con escaso aumento de la supervivencia.

Caso clínico: Mujer de 66 años, con antecedentes personales de HTA, consulta por odinofagia, disfonía y disfagia de 3 semanas de evolución. Se realiza ecografía tiroidea y TAC cervical en donde se objetiva nódulo tiroideo en lóbulo tiroideo izquierdo de 5 x 6 cm EUTIRADS 5, que desplaza tráquea y presenta parálisis secundaria de cuerda vocal. Se realiza PAAF del nódulo con resultado BETHESDA VI, compatible con carcinoma anaplásico de tiroides. En PET/TAC realizado se objetiva masa tiroidea con extensión a partes blandas (cartilago cricoides y primeros anillos traqueales) y compromiso respiratorio asociado así como adenopatías cervicales y nódulos pulmonares múltiples compatibles con malignidad. IQ: BRAS, NRAS, EGFR negativos. Evolución: con diagnóstico de cáncer anaplásico estadio IV se decide ingreso en Oncología, donde se inicia QT con lenvatinib y pembrolizumab. Imposibilidad para RT por intolerancia al decúbito. Adecuada respuesta inicial a tratamiento con lenvatinib con disminución del tamaño tumoral pero como complicación se produce rotura traqueal a nivel del primer y segundo anillo con imposibilidad de reconstrucción quirúrgica. Finalmente, se decide limitación del esfuerzo terapéutico. Fallecimiento un mes tras el diagnóstico.

Discusión: El cáncer anaplásico de tiroides es uno de los tumores con mayor agresividad. Generalmente se presenta como una masa tiroidea de rápido crecimiento que genera síntomas de compresión siendo típica la presencia de metástasis al diagnóstico. Requiere un tratamiento multimodal que combine cirugía, radioterapia y quimioterapia. Esta combinación puede prevenir la muerte por obstrucción de vía aérea y mejorar ligeramente la supervivencia. El cáncer anaplásico de tiroides es un tumor de escasa prevalencia, con un pronóstico pobre pese a los avances terapéuticos, siendo el diagnóstico precoz una pieza clave en la evolución de la enfermedad.

13. AGRANULOCITOSIS POR TIAMAZOL

M.M. Fandiño García, M. Pérez, G. Román y L. Lander

Hospital Universitario Severo Ochoa.

Introducción: Las tianomidas son fármacos empleados en el tratamiento del hipertiroidismo primario, en especial en la enfermedad de Graves-Basedow. Se asocian a numerosos efectos adversos, siendo la mayoría leves y de carácter transitorio (*rash* y prurito). Sin embargo, el efecto adverso más grave es la agranulocitosis y neutropenia grave, siendo la principal causa de muerte relacionada con

este tratamiento. A continuación, presentamos el caso de una paciente con agranulocitosis por consumo de tiamazol.

Caso clínico: Mujer de 69 años, con antecedentes personales de HTA e hipertiroidismo primario autoinmune (enfermedad de Graves-Basedow) hace 15 años, tratado con tiamazol durante 1 año. Desde entonces normofunción tiroidea hasta marzo de 2022 cuando es remitida nuevamente por recidiva de hipertiroidismo. Analítica: TSH $< 0,008 \mu\text{U/mL}$ (0,55-4,78), T4L 4,18 ng/dL (0,89-1,76), TSI 7,02 IU/L (0-4). Gammagrafía tiroidea: hiperplasia hipercaptante difusa. Con diagnóstico de primera recidiva de enfermedad de Graves Basedow se inicia tratamiento con tirodril 20 mg/día. Dos meses tras el inicio de tratamiento la paciente acude a Urgencias con clínica de odinofagia y fiebre de 38 °C. En analítica solicitada se objetivan datos de agranulocitosis (leucocitos 550/ μL , neutrófilos 0/ μL) así como elevación de proteína C reactiva 153 mg/L (0-5). Evolución: ante un caso de agranulocitosis por tiamazol la paciente fue hospitalizada, se suspendió el tratamiento con antitiroideos y se inició antibioterapia de amplio espectro y factores estimulantes de colonias con recuperación completa de la neutropenia (al alta leucocitos 7.500/ μL , neutrófilos 4.600/ μL). Una vez pasado el proceso agudo se realizó tratamiento con l131 consiguiendo normofunción tiroidea posterior.

Discusión: La agranulocitosis (granulocitos $< 500/\mu\text{L}$) secundaria a tiamazol es una complicación grave que ocurre en el 0.35% de los pacientes. Las manifestaciones clínicas dependen de la infección que domine el cuadro (las más frecuentes son a nivel orofaríngeo). Se caracteriza por aparecer típicamente en los primeros 3 meses de tratamiento (aunque puede ocurrir posteriormente) y por ser dosis-dependiente. Su fisiopatología no es bien conocida aunque se postulan mecanismos relacionados con la propia autoinmunidad. La agranulocitosis por tiamazol es una complicación con escasa prevalencia pero con elevada morbimortalidad y difícil diagnóstico. Es importante advertir a los pacientes para una rápida identificación de la sintomatología y diagnóstico precoz.

14. RISK OF IMPAIRED AWARENESS HYPOGLYCEMIA AND QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES USERS OF AN ADVANCED HYBRID CLOSED-LOOP SYSTEM

L. Nattero-Chávez, E. de la Calle, A. Bayona, T. Ruiz, M. Lorenzo, A. Izquierdo, M.I. Corral, C. Sánchez, M. Luque-Ramírez and E. Lecumberri Pascual.

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introduction and objectives: To evaluate the risk of impaired awareness hypoglycemia (IAH) in patients with type 1 diabetes (T1D) users of an advanced hybrid closed-loop (AHCL) system.

Methods: We conducted a prospective evaluation of subjects with T1D users of AHCL 780G system (ClinicalTrials.gov ID NCT04900636). Uploaded data were analyzed from 15 days of sensor glucose data at baseline and after 6 months on AHCL. We assessed IAH by Clarke's scores, and compared at baseline and 6 months recordings. We assessed quality of life using the VIDA1 questionnaire.

Results: Forty-seven subjects with a mean age of 37 ± 15 years and 20 ± 10 years of diabetes duration were included. The baseline metabolic control of our cohort was good. However, we found a decrease in HbA_{1c} (NGSP), from $6.90 \pm 0.48\%$ at baseline to $6.67 \pm 0.57\%$ after 6 months on AHCL ($p < 0.003$). After 6 months of follow-up, they spent a mean of $90 \pm 18\%$ of time on AHCL and achieved a mean glucose management indicator (GMI) of $6.5 \pm 0.3\%$, CV of $31.9 \pm 3.7\%$, TIR of $82 \pm 7\%$, TBR $< 70 \text{ mg/dL}$ of $3.0 \pm 2.1\%$, and TAR $> 180 \text{ mg/dL}$ of $14 \pm 6\%$. A TIR $> 70\%$, TBR $< 5\%$, and GMI $< 7.0\%$ were achieved by 70% of patients. At baseline, 12 patients (26% [95%CI 17-39]) showed IAH (defined by Clarke's score ≥ 3). Patients with AH

were older (46 ± 16 vs 34 ± 13 years) and had lower estimated glomerular filtration rate (eGFR) than those who did not; with no differences in continuous glucose monitoring glucose parameters or baseline HbA_{1c} . Patients with IAH had a lower score in well-being section of the quality of life assessment. IAH improved from baseline to 6 months, showing a decrease in Clarke's scores from 1.5 ± 0.2 at baseline to 1.0 ± 0.2 after 6 months of follow-up ($p < 0.037$). After 6 months on AHCL, only 3 patients (7% [95%CI 3;15]) presented with a Clarke's score ≥ 3 , resulting in an absolute risk reduction of 20% (95%CI 7;32) of having IAH.

Conclusions: In our cohort of patients with T1D, despite a good baseline metabolic control, the use of AHCL use was accompanied by an improvement in metabolic control and a significant decrease in the risk of severe hypoglycemia. Patients with IAH present a low score in well-being in the quality of life assessment, despite good metabolic control.

15. EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO CON 177LU-LUTATHERA EN TUMORES NEUROENDOCRINOS METASTÁSICOS

S. Mera Carreiro, B. Bernaldo Madrid, N. Sánchez-Maroto García, L. Ávila Antón, P. Espinosa de los Monteros Sicilia, F. Hernández Olmeda, M. Pazos Guerra, J.A. Díaz Pérez y P. de Miguel Novoa

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNEGEP) se caracterizan por su heterogeneidad. Presentan un comportamiento clínico y pronóstico muy variable, condicionado por la localización, el tipo histológico, el grado de diferenciación, la producción de sustancias bioactivas y la presencia de metástasis.

Caso clínico: Mujer de 49 años, con DM 1, que consulta por síndrome constitucional y episodios de rubefacción facial atribuidos previamente al mal control glucémico y a la perimenopausia respectivamente. En la anamnesis dirigida refiere dispepsia y distensión abdominal postprandial asociada a diarrea de meses de evolución. En la exploración física destaca hepatomegalia y soplo sistólico panfocal. Se solicita ecografía abdominal y posteriormente RNM en la que se objetivan múltiples lesiones hepáticas hipervasculares compatibles con metástasis de TNE. En los análisis elevación de cromogranina A y enolasa específica neuronal en sangre y metanefrinas positivas en orina. Gastroscopia y colonoscopia sin hallazgos. Se realiza biopsia hepática con aguja gruesa con anatomía patológica de TNE bien diferenciado grado 2. Se completa el estudio con PET/TC Galio 67 con captación en lesiones hepáticas, adenopatías retroperitoneales y mesentéricas y en cuerpo vertebral D4, 11° arco costal izquierdo y hueso iliaco derecho. En el ecocardiograma, presencia de cardiopatía carinoide con doble lesión de la válvula tricúspide y estenosis grave de la pulmonar. Se inicia tratamiento con análogos de somatostatina (ASS) somatulina autogel subcutánea (sc) profunda cada 28 días con rescates de sandostatina por vía sc y se realiza cirugía de recambio valvular tricúspide y pulmonar por prótesis biológica. En el PET/TC Galio67 de control a los seis meses de inicio de ASS se observa progresión tumoral ósea y presencia de líquido libre perihepático. Dado que es un TNE metastásico grado 2 probado por inmunohistoquímica, en progresión y con elevada expresión de receptores de somatostatina en prueba de imagen funcional, se inicia tratamiento con Lu177 (Luthera), manteniendo el uso de ASS para control sintomático. Tras administración de 2 ciclos de Lu177 separados 8 semanas, se repite PET/TC con estabilidad de las lesiones. Por ello se continúa con otros 2 ciclos de Lu177 y se repite PET/TC que confirma la ausencia de progresión de la enfermedad. Actualmente en seguimiento con PET/TC Galio67 de forma periódica.

Discusión: En los TNGEP el diagnóstico se retrasa de 5 a 7 años debido al crecimiento lento y la inespecificidad de la sintomatología. En el caso de metástasis hepáticas de TNE bien diferenciado y primario desconocido, con síndrome carcinoide asociado, se puede asumir su origen en intestino delgado y se debe tratar de acuerdo con las guías de TNGEP metastásicos con ASS y radionúclidos (117Lu).

16. OFTALMOPATÍA DE GRAVES PREVIA AL DESARROLLO DE HIPERTIROIDISMO Y POSITIVIZACIÓN DE ANTICUERPOS ANTIRRECEPTOR DE TSH, A PROPÓSITO DE UN CASO

L.E. Lander Lobarías, J. Jiménez Díaz, M. Fandiño García y G. Román Gómez

Hospital Universitario Severo Ochoa.

Introducción: La oftalmopatía de Graves (OG) es un proceso autoinmune asociado con la enfermedad de Graves (EG), aunque la relación temporal con la afección tiroidea no es consistente, estimándose que el 77% de los pacientes son hipertiroideos, 21% eutiroides, y 2% hipotiroideos. Se ha planteado que la activación de las células T (iniciada por el antígeno del receptor de la TSH, presente en el tejido retroorbitario) es la responsable de la secreción de tejidos de glicosaminoglicanos (GAG) que desencadena un aumento de volumen de la musculatura extraocular y del tejido conectivo y adiposo retroorbitario.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 38 años, fumador, derivado por oftalmología en el año 2017 ante retracción palpebral izquierda, con impresión diagnóstica de OG. En ese momento, el paciente no presentaba síntomas de hiperfunción tiroidea, y el análisis sanguíneo no mostraba alteraciones en eje tiroideo: TSH 1,71 uU/mL (0,50-4,90); T4L 1,25 ng/dL (0,93-1,7); TSI 1,53 IU/L (0,00-4,00), anti-TPO < 28 U/mL (0-60). Ante dichos resultados, es dado de alta de Endocrinología. Es remitido nuevamente en el año 2022, tras clínica de 4 meses de evolución de pérdida de 26 kg, nerviosismo y diarrea. A la exploración física, presentaba retracción palpebral bilateral, temblor distal en manos, y taquicardia sinusal. Análiticamente, presentaba un hipertiroidismo franco con autoinmunidad positiva: TSH < 0,002 uU/mL (0,50-4,90), T4L 4,67 ng/dL (0,93-1,7), T3L > 20 pg/mL, TSI > 4. AntiTPO > 1.300 U/mL (0-60). Se inició tratamiento con tiamizol 30 mg al día, aumentando progresivamente la dosis por control insuficiente.

Discusión: Aunque la mayoría de los casos de paciente con oftalmopatía de Graves presentan al momento de diagnóstico hipertiroidismo autoinmune, debemos tener en cuenta la posibilidad de casos como el presentado, en el que la OG. precedió al estado de hipertiroidismo y a la positividad de los anticuerpos antitiroideos. Se hace necesario hacer un seguimiento periódico de la función tiroidea en estos pacientes, para intentar hacer un diagnóstico temprano e iniciar tratamiento precoz.

17. ABSCESO HIPOFISARIO ASOCIADO A HIPOPITUITARISMO

J.J. Raposo López, M.S. Tapia, M. Marazuela Azpiroz, M. Sampedro-Núñez, M. Ciudad Sañudo, A. Arranz Martín, F. Sebastián-Vallés, V. Navas Moreno y T. Armenta Joya

Hospital Universitario La Princesa.

Introducción: Se presenta un caso de absceso hipofisario asociado a hipopituitarismo.

Caso clínico: Mujer de 64 años natural de Perú con antecedentes de síndrome de Sjögren primario SSp (ANA + 1/1280; anti-Ro52 y Ro60++) en tratamiento con hidroxiquina y metotrexate que ingresa en Enfermedades Infecciosas el 15/07/22 por sospecha de

meningoencefalitis infecciosa con cuadro de bajo nivel de conciencia y punción lumbar con líquido claro con bioquímica compatible con meningoencefalitis (hematíes 440/mm³, leucocitos 880/mm³ -16% PMN, 84% mononucleares-, glucosa 21 mg/dL, proteínas 227 mg/dL, lactato 4,1 mmol/L, ADA 10,7 U/L); cubierto con ceftriaxona 2 g c/12 h + vancomicina 1 g c/12 h + ampicilina 2 g iv cada 4 horas y aciclovir 10 mg/kg/8 horas iv. En TAC craneal realizado en la urgencia se observa hallazgo incidental de ampliación por remodelado del suelo de la silla turca con una imagen de aspecto quístico, de 19 × 20 × 19 mm (AP × T × CC) que deforma y aplana la glándula hipofisaria. Una vez en planta se realiza RM cerebral que confirma la presencia de un macroadenoma hipofisario necrótico/abscesificado vs absceso primario de la glándula hipofisaria, con afectación inflamatorio-infecciosa por contigüidad en las cintillas ópticas, de la vertiente izquierda del quiasma óptico, ambos CAIS y probablemente de ambos III pares craneales, por lo que se decide modificar pauta antimicrobiana en base a negatividad de todos los estudios microbiológicos, incluidos cultivos en medios sólidos, FilmArray y microarrays de microorganismos de meningoencefalitis y PCR de *Mycobacterium tuberculosis* simplificándose a ceftriaxona 2 g iv cada 12 horas + linezolid 600 mg vo cada 8 horas. Es valorada por Oftalmología que descarta afectación visual y Neurocirugía quienes no consideran indicada la toma de muestra ni la cirugía. Endocrinología realiza perfil hormonal detectando panhipopituitarismo gonado-tiro-corticotropo con PRL normal e IGF-1 pendiente. (cortisol 2,2) (ACTH 4,2), (T4L 0,67, TSH 1,15), PRL normal (17), FSH 2,43; baja para edad (esperaríamos valores de 50 en posmenopáusicas). Durante su estancia en planta desarrolla hiponatremia moderada hasta 125 mEq/L en posible relación con hipotiroidismo secundario e insuficiencia suprarrenal por lo que recibe suplementación con hidrocortisona 20 mg y levotiroxina 50 µg con excelente respuesta. Se decide alta con seguimiento en consulta de infecciosas y neurohipófisis, revisión con pruebas de imagen (RM y PET TAC) y continuidad de antibioterapia ambulatoria con ceftri + tedi.

18. IMPLEMENTACIÓN DE LA APLICACIÓN SENDIMUST (SENDIMAD'S ULTRASOUND STRUCTURED REPORT FOR THYROID NODULES)

M. del Olmo Reillo, M.I. García, C. Familiar, E. Fernández, A. López, M. E. Sambo, P. Martín, P. Parra, M. Lahera, C. Tasende, M. J. Rodríguez, V. Alcázar, N. Palacios y P. Valderrábano

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

Introducción: La caracterización ecográfica de los nódulos tiroideos es fundamental para decidir la necesidad de estudio citológico. Con frecuencia, esta caracterización se describe de forma incompleta en los informes. El grupo de cáncer de tiroides de SENDIMAD propuso desarrollar una herramienta que generase informes automatizados estructurados de ecografía tiroidea como medio para mejorar la calidad de los informes, homogeneizar la terminología, y facilitar el seguimiento y la toma de decisiones.

Métodos: Para el desarrollo de esta herramienta, se empleó el lenguaje de programación Python mediante el uso del entorno de desarrollo integrado Spyder. Para la programación de la interfaz con la que interactúa el usuario, se utilizaron las librerías PyQt y Tkinter. Para la gestión interna de la información introducida por el usuario, se empleó la librería de tratamiento de datos "Numpy". Para la representación de las imágenes correspondientes al pictograma, se usaron las librerías "Image" y "Matplotlib". Para la generación del

informe y su almacenamiento local, se utilizaron las librerías “sys” “os”, “Pyperclip” y “docx”.

Resultados: La aplicación SENDIMUST (SENDIMAD’s Ultrasound Structured report for Thyroid nodules) permite la generación de informes estructurados mediante una interfaz de usuario en la que las diferentes variables descriptivas se introducen en formato encuesta. Las variables descriptivas presentes en la aplicación son las siguientes: lóbulo; localización; dimensiones (AP, T y CC); composición; ecogenicidad; margen; presencia de extensión extratiroidea; presencia de puntos ecogénicos; tipo de calcificación; presencia y tipo de vascularización. En función de los resultados introducidos por el usuario, ciertas características se habilitan o deshabilitan automáticamente, facilitando la introducción de la información necesaria. Además, se calcula automáticamente la forma del nódulo (más alto que largo y más alto que ancho), y su clasificación según los sistemas ACR-TIRADS, EU-TIRADS y ATA. Al finalizar el cuestionario se genera un documento Word con toda la información introducida ordenando los nódulos según localización, junto con un pictograma con los nódulos escalados a las dimensiones del tiroides en la localización descrita y siguiendo una leyenda de colores según su categoría ACR-TIRADS. Además, el informe de texto se copia directamente al portapapeles permitiendo su copia en cualquier otra aplicación (por ejemplo, en la historia clínica electrónica).

Conclusiones: La aplicación SENDIMUST está lista para su prueba piloto en la clínica.

Financiación: Este trabajo ha sido financiado mediante una BECA SENDIMAD de Ayuda a la Investigación en Endocrinología, Nutrición y Diabetes 2021.

19. CUANDO LA HIPERCALCEMIA NO NOS ACOMPAÑA. UN CASO ATÍPICO DE CARCINOMA DE PARATIROIDES

N. Jiménez López, I. Blanco Urbaneja, S. Furió Collao, R. Carrasco Barria, G. Martínez Díaz-Guerra y M. León Sanz

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Introducción: El carcinoma de paratiroides (CPTH) es una causa rara de hiperparatiroidismo primario y supone la neoplasia endocrina más infrecuente. La forma de presentación habitual es la hipercalcemia grave sintomática, con niveles de parathormona (PTH) entre 5 y 10 veces mayores a los normales. La sospecha diagnóstica de CPTH viene dada por la elevación de PTH y calcemia, con diagnóstico definitivo anatomopatológico. Sin embargo, en un 10% de los casos, el tumor puede no producir PTH y presentarse como una masa cervical. Exponemos un caso de CPTH con una presentación atípica.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 69 años con antecedentes personales de adenoma paratiroideo superior izquierdo resecado en 2017, que ingresa en nuestro centro en agosto de 2022 por masa cervical y compromiso de la vía aérea. La paciente acude al hospital en agosto de 2022 por cuadro de 2 meses de evolución de disfonía y disnea progresiva hasta hacerse de reposo, mayor con el decúbito. A la exploración física se objetiva taquipnea a 25 rpm, saturación de oxígeno del 100%, y el hallazgo de masa en región cervical lateral izquierda de aproximadamente 3 cm, dolorosa a la palpación y adherida a planos profundos. Inicialmente se descartó compromiso de la vía aérea mediante nasofibroscopia e ingresó para estudio de la masa. Posteriormente, se realizó TC cervicotorácico en el que se evidenció una gran masa cervical heterogénea de 4,7 × 5,4 × 6,7 cm, adyacente al lóbulo tiroideo izquierdo y con extensión intratorácica, que condicionaba compresión extrínseca del 75% de la luz traqueal. En la analítica de ingreso, calcio corregido por albúmina de 10,4 mg/dl [8.5 a 10.2 mg/dl] comprobado, fósforo de 2,6 mg/dl [2,5 a 4,5 mg/dl], PTH 88,5 pg/ml [10 a 55 pg/ml] y perfil tiroideo normal, sin otros hallazgos. Dado el ries-

go de compromiso de la vía aérea, fue trasladada a UCI, donde se realizó PAAF con diagnóstico preliminar de neoplasia oncocítica. A las 72h del ingreso, presentó deterioro respiratorio, siendo intervenida de forma urgente con resección total de la masa cervical. Se conservó el lóbulo tiroideo derecho, con función tiroidea y PTH normales tras la cirugía. El análisis histológico de la pieza quirúrgica fue congruente con CPTH.

Discusión: Si bien el CPTH es una entidad poco frecuente, es necesario conocer sus distintas formas de presentación. En este caso, la hipercalcemia leve y la ligera elevación de la PTH no sugerían el CPTH como causa de la masa cervical, aunque su localización y el antecedente de adenoma paratiroideo intervenido ayudaron a orientar el diagnóstico. Esta forma de presentación no deja de ser inusual dentro de lo ya infrecuente que es esta patología.

20. EL NÚMERO DE ESCANEOS DIARIOS COMO FACTOR PREDICTOR DE LA DM1: ESTUDIO BICÉNTRICO DE PACIENTES USUARIOS DE FLASH-MCG

F. Sebastián-Valles, J. Martínez Alfonso, V. Navas Moreno, J. Jiménez Díaz, T. Armenta Joya, M.M. Fandiño García, L.E. Lander Lobarriñas, G.L. Román Gómez, J.A. Arranz, M.P. Martínez Icaya, M.A. Sampedro-Núñez y M. Marazuela

Hospital Universitario de La Princesa. Hospital Universitario Severo Ochoa. C.S. Daroca.

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad que requiere una medición precisa de la glucosa para un adecuado control metabólico y prevención de complicaciones. Los nuevos sistemas de monitorización *flash* y continua de glucosa (FGM; MCG) aportan una mayor cantidad de información que la glucosa capilar. Una de las nuevas variables disponibles es el número de lecturas diarias. Se ha estudiado el efecto que éstas tienen en el control crónico en niños, pero no en adultos.

Métodos: Este estudio transversal de personas con DM1 portadores del sistema (FreeStyle Libre®, Abbott) recolectó participantes procedentes de 2 hospitales de la Comunidad de Madrid. Se revisaron las historias clínicas y los registros de glucometría del dispositivo a 14 y 90 días. Se realizó un análisis de regresión logística múltiple para determinar el papel del número de lecturas diarias ajustado por factores clínicos y sociodemográficos. El *outcome* principal fue control glucométrico (establecido como tiempo en rango (TER) > 70% e tiempo en hipoglucemia < 4%). También se evaluó el control clásico definido como hemoglobina glicada (HbA1c) < 7%. Se estableció un punto de corte mediante curva ROC para el número de lecturas mínimas y buen control glucométrico. Posteriormente se formaron dos grupos en relación al corte. También se evaluó el cambio de HbA1c previa a la colocación del dispositivo y la actual, en relación con en el número de lecturas diarias.

Resultados: Entre 692 participantes, el 47,5% eran mujeres. La mediana de edad fue de 47,4 años y el tiempo de duración de la diabetes fue de 21,7 años. El 94,7% de los participantes era usuario de múltiples dosis de insulina y 5,3% de bomba de insulina de asa abierta. La media HbA1c previa a la colocación del sensor fue 7,71 (± 1,29)% y la actual 7,32 (± 1,09)%. El punto de corte de nº de lecturas para buen control se estableció en 12. El análisis multivariable mostró que > 12 lecturas diarias se asocia de forma independiente con el control glucométrico OR = 4,22 (2,35-7,56) p < 0,001. El grupo de más lecturas presentó TER 70,5 vs. 58,4% p < 0,001; HbA1c 7,0 vs. 7,5%, p < 0,001, hipoglucemia 3,8 vs. 4,4%, p < 0,001. También se observó mejoría en el coeficiente de variación, glucosa media y tiempo en hiperglucemia en el grupo de más lecturas. Realizarse 12 o más lecturas diarias se asoció con una reducción HbA1c 7,63 vs. 6,98% (p < 0,001). Sin embargo, el grupo con < 6 lecturas no presentó mejoría estadísticamente significativa en HbA1c (7,87 vs. 7,77%, p = 0,514).

Conclusiones: El número de lecturas diarias es un factor independiente modificable de gran peso en el control crónico de la DM1 en usuarios de FGM. Un mayor número de escaneos diarios mejora el TER y disminuye HbA1c, el tiempo de hiperglucemia, hipoglucemia y coeficiente de variación.

21. LA NUEVA ERA DEL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS: INSULINOMA MALIGNOS Y 177-LU-DOTATATE, A PROPÓSITO DE UN CASO

F. Vidal-Ostos de Lara, P. Gorostiaga, J. Zurita, R.A. Niddan-Sánchez y C. Blanco Carrera

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Príncipe de Asturias.

El insulinoma maligno tan solo representa el 10% de todos los casos de insulinoma. El correcto manejo del insulinoma maligno requiere un abordaje médico multidisciplinar; enfocado a reducir la progresión tumoral y la sintomatología asociada. El ¹⁷⁷Lu-DOTATATE es una de las nuevas herramientas terapéuticas que está revolucionando el campo de los tumores neuroendocrinos sin opción quirúrgica posible. Esto podría permitir un tratamiento más dirigido, personalizado y de precisión, aumentando así la calidad de vida de los pacientes. Presentamos un caso de un paciente con insulinoma maligno tratado con ¹⁷⁷Lu-DOTATATE, demostrando ser útil como parte del tratamiento de nuestro paciente, ayudando a controlar las crisis de hipoglucemia, reduciendo la necesidad de dosis de hipoglucemia adyuvante (diazóxido) y la estabilidad del tumor (sin progresión).

22. EVOLUCIÓN DE LOS NIVELES DE HORMONAS TIROIDEAS EN UN INTENTO AUTOLÍTICO CON LEVOTIROXINA

J. Jiménez Díaz, F. Sebastián Valles, E. de Vega Ríos, M. López Ruano y V. Navas Moreno

Hospital Severo Ochoa, Hospital de la Princesa.

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública a nivel mundial. Se estima que cada 1-2 segundos hay un intento autolítico. En la Comunidad de Madrid, el método más frecuente de intento autolítico con atención hospitalaria fue la sobreingesta de medicamentos y otros tóxicos. Aunque el abuso de levotiroxina (LT) con este fin no es frecuente, y se cree necesaria una dosis de más de 5 mg para la aparición de clínica, éste puede tener un desenlace fatal.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 22 años, con antecedentes personales de trastorno de la personalidad mixto e hipotiroidismo autoinmune, que es traída Urgencias 3 horas después de ingerir 70 comprimidos de 75 µg de levotiroxina (5,2 mg) con intención autolítica. A la llegada, se encuentra sudorosa, afebril, con presión arterial de 130/87 mmHg y taquicardia sinusal a 124 lpm. Como únicos síntomas expresa nerviosismo y palpitaciones. Se extrae analítica sanguínea, con resultados dentro de la normalidad, excepto por valores de T4L > 7,7 ng/dL, con TSH en rango normal. Se inicia tratamiento con betabloqueantes y glucocorticoides. Tras permanecer estable 24 horas en Urgencias, dado que la vida media de la levotiroxina es de 7 días, ingresa en planta de Endocrinología para continuar monitorización y vigilancia ante riesgo de crisis tirotóxica. Durante la evolución hospitalaria, normaliza frecuencia cardíaca y mejora diaforesis y nerviosismo. Se realizan controles diarios durante los primeros ocho días de tirotropina (TSH), tetrayodotironina libre (LT4) y triyodotironina libre (LT3). La supresión de TSH no se observó hasta las 24 horas tras la sobreingesta, alcanzando un mínimo de 0,02 uU/mL al quinto día, que se mantiene estable hasta el comienzo leve de ascenso al octavo día. Los niveles de T4L se encontraban por encima

de límite detectable (>7,7 ng/dL) en el primer día, reduciéndose progresivamente hasta un mínimo de 2,56 ng/dL en el octavo día. Los niveles de T3L alcanzaron su cenit al cuarto día con 7,54 ng/dL. Una vez obtenidos valores en rango de seguridad, se cambia de adjudicación a planta de Psiquiatría para tratamiento de su patología de base. Es dada de alta hospitalaria en el día quince, con perfil tiroideo en rango normal (TSH 2,84; T4L 1,49).

Discusión: Aunque la clínica de intoxicación por levotiroxina inicial pueda ser leve o nula, debido a su vida media larga y el pico tardío de T3L, debe mantenerse al paciente monitorizado y en estrecha vigilancia ante riesgo de crisis tirotóxica, arritmia grave e incluso coma.

23. IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE ASA CERRADA 780G PARA CONSECUCCIÓN DE OBJETIVOS DE CONTROL GLUCÉMICO EN MUJERES CON DM1 EN BÚSQUEDA DE GESTACIÓN

P Vázquez Pérez, I. Borrego Soriano, O. Moreno Domínguez, R. Gaspar Lafuente, P. Benítez Valderrama, D. Álvarez Martín, C. Álvarez Escolá, N. González Pérez del Villar

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Paz.

Introducción: Las complicaciones obstétricas maternas y fetales derivadas de un mal control glucémico durante la gestación obligan a manejar objetivos glucémicos más estrictos para mujeres con diabetes en búsqueda de gestación y durante la misma. Para ello, en algunas mujeres es preciso utilizar sistemas de infusión subcutánea de insulina (ISCI). Los nuevos sistemas integrados híbridos de asa cerrada han demostrado mejorar los resultados de control glucémico respecto a modelos ISCI previos. No obstante, no existe aún su aprobación de uso en mujeres con deseo gestacional al no asegurar conseguir los objetivos deseados, existiendo escasa experiencia reportada por el momento.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo seleccionando mujeres con DM1 de más de 10 años de evolución, atendidas en la Unidad de Diabetes del HU La Paz en programa de control preconcepcional, en tratamiento con ISCI MiniMed 640G durante al menos 5 años con MCG tipo FreeStyle Libre 2, a las que se le cambió a sistema integrado MiniMed 780G con MCG tipo Guardian G3 en marzo/2022, recibiendo un curso de programa estructurado terapéutico (PET) de 4 sesiones. Se evaluaron la HbA1c, la glucosa promedio del sensor, la dosis diaria total de insulina (DDT) y uso de modo automático al inicio, al mes y a los 3 meses. Se entrevistó a las cuatro pacientes y se registraron sus impresiones.

Resultados: Se incluyeron 4 mujeres (edad 36,5 ± 3,1 años, años de evolución de diabetes 26 ± 10, HbA1c inicial 6,5, glucosa promedio 137,5 ± 10,8 y DDT 32,35). En el primer mes de uso, el tiempo en modo automático fue del 96% ± 4, con una media de HbA1c de 6,4%, siendo a los 3 meses de 6,2% (con 99% ± 1 del tiempo en automático). La glucemia promedio del sensor en el primer mes fue 130,5 ± 40,4, versus 124,5 ± 5,2 a los 3 meses. Respecto a la DDT, no hubo diferencias prácticamente entre el inicio (32,35), al mes (33,63) y a los 3 meses (33,55). Una paciente consiguió gestación a los 4 meses con una HbA1c de 6% y un 100% del tiempo en automático. Las cuatro coincidieron en la mejoría de su calidad de vida, sintiéndose más seguras y tranquilas con respecto al control de su enfermedad.

Conclusiones: La implantación del sistema MiniMed 780G junto a un adecuado PET en nuestra muestra consigue una mejoría del control glucémico desde el primer mes de uso, mejorando aún más a los tres meses. Por tanto, los sistemas integrados híbridos de asa cerrada en mujeres con DM1 en programa preconcepcional se plantean como una opción prometedora, tanto por la mejoría del control glucémico como por la evidente mejoría de la calidad de vida. Sin embargo, son necesarios más estudios a largo plazo para evaluar su seguridad y eficacia.

24. TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON LENVATINIB EN CÁNCER DE TIROIDES.

E. Carrillo López, C. Sager, M. López Ruano, T. Armenta, V. Navas, M.C. Martínez, M. Lahera y M. Marazuela

Hospital Universitario La Princesa.

Introducción: En tumores tiroideos no operables inicialmente se puede valorar la terapia neoadyuvante con inhibidores de la tirosina kinasa (ITKs) para facilitar posteriormente la cirugía.

Caso clínico: Presentamos un paciente de 76 años intervenido de hemitiroidectomía izquierda en 2008 por aumento de tamaño tiroideo principalmente a expensas de lóbulo tiroideo izquierdo (LTI) de casi 5 cm, con un nódulo hipoecoico de 18 mm en eje anteroposterior (AP), con un aumento de flujo intralesional en ecografía Doppler y anatomía patológica de adenoma microfoliolar de tiroides con áreas de células de Hürthle. En el seguimiento se visualiza un nódulo hipoecoico de 11 mm en el lecho quirúrgico izquierdo (ecografía 2015) con punción con aspiración de aguja fina (PAAF) de lesión foliolar indeterminada con patrón de células de Hürthle. El paciente pierde seguimiento hasta diciembre de 2021 cuando es remitido por masa pétreo de 4 cm a nivel cervical izquierdo. Aporta ecografía (noviembre 2021) con lesión sólida hipoecoica, vascularizada de 32 × 40 × 47 mm (ejes transverso × anteroposterior × craneocaudal: T × AP × CC), sospechosa de malignidad, con adenopatía laterocervical izquierda a nivel III de 7 × 6 mm, también sospechosa de malignidad. La PAAF de ambas lesiones presenta imágenes de carcinoma foliolar de células de Hürthle (categoría BETHESDA 4). En (tomografía computarizada (TC) cervical (diciembre 2021) la masa mide 50 × 35 × 55 mm (AP × T × CC) con crecimiento intratorácico, infiltrando la pared lateral izquierda de esófago cervical, con adenopatías patológicas: 3 en compartimento central, la mayor de 14 mm en mayor eje, y una a nivel III izquierdo, con un diámetro mayor de 15 mm, todas ellas con captación positiva en PET. Se trata de un tumor pT4aN1bM0 (estadio III) inicialmente, con escasa probabilidad de cirugía R0, iniciándose terapia neoadyuvante con ITK (lenvatinib) en febrero de 2022 a dosis de 24 mg diarios, que precisa disminuir hasta 14 mg por mala tolerancia, con tiroglobulina en el momento del inicio de 437 ng/ml. Se logra respuesta bioquímica (tiroglobulina 45.5 ng/ml, julio de 2022), así como radiológica por criterios Choice, con masa en TC (abril 2022) de 47 × 34 × 52 mm (AP × T × CC), pues las imágenes presentan tamaño similar, pero con grandes áreas de necrosis. Se interviene en julio de 2022 mediante tiroidectomía total, linfadenectomía central y lateral izquierda, resección en bloque de nervio recurrente izquierdo y pastilla esofágica. Resección macroscópica completa, pero con afectación de bordes (R1), sin afectación linfática, con tiroglobulina tras intervención de 1.47 ng/ml. Estadificación pT4aN0M0 (estadio III). Se trata de un tumor con alto riesgo de recidiva iniciándose así radioterapia y valorándose tratamiento con radioterapia.

Discusión: Se presenta un caso de tratamiento con ITKs como terapia neoadyuvante facilitando la intervención quirúrgica. Visualizamos así que estos fármacos pueden emplearse no solo como adyuvancia, sino también en neoadyuvancia.

25. ACROMEGALIA INDUCIDA POR SECRECIÓN ECTÓPICA DE GHRH, A RAÍZ DE UN CASO CLÍNICO

L. Ávila Antón, N. Sánchez-Maroto, S. Mera, B. Bernaldo, P. Espinosa de los Monteros, F. Hernández-Olmeda, J.A. Díaz y M.P. de Miguel

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: La acromegalia generalmente se debe a la hipersecreción de hormona de crecimiento (GH) por un adenoma hipofisario

benigno. Los tumores que causan acromegalia ectópica pueden hacerlo a través de la secreción de GH o de hormona liberadora de hormona de crecimiento (GHRH). La secreción ectópica de GHRH por un tumor neuroendocrino es una causa rara de acromegalia y representa menos del 1% de los casos. Habiéndose descrito tan solo un centenar de casos de acromegalia ectópica por secreción de GHRH.

Caso clínico: Mujer de 66 años remitida a nuestro centro por cefalea y cambios físicos con aumento de tamaño de extremidades, nariz y arcos ciliares, así como dolor abdominal y pirosis de años de evolución, por lo que estaba en tratamiento con Omeprazol. Se solicitan hormonas: gastrina: 981 pg/ml (N < 100 pg/ml), cromogranina A (sin omeprazol): 186 ng/ml (N < 98 ng/ml), GH: 12 ng/ml, IGF-1: 903 ng/ml, GHRH (reference): 450 ng/L (normal < 100 ng/L). Ante estos datos se solicita gastroscopia con toma de biopsias objetivándose gastritis crónica antral, seguido de pHmetría en la que se obtiene un pH < 2 descartándose así gastritis crónica atrófica, orientando estos datos a un síndrome de Zollinger Ellison. Así mismo se solicita TAC toracoabdominal objetivándose una lesión de 1,5 cm en la pared del duodeno, sin otras lesiones asociadas. Se realiza octroscan que resulta negativo y ecoendoscopia con PAAF con inmunohistoquímica positiva para sinaptofisina. Se inicia tratamiento con análogos de somatostatina (Somatulina Autogel 120 mg/28 días) y resección del tumor primario. En los resultados de la anatomía patológica se observa un tumor neuroendocrino bien diferenciado con Ki67 < 1% y un índice mitótico bajo (2 mitosis/campo) con ausencia de afectación ganglionar y con inmunohistoquímica positiva para gastrina y GHRH. Tras la cirugía los cambios físicos han mejorado y han normalizado los niveles de hormonas. Se realizó estudio genético de MEN 1 que resultó negativo. Para el seguimiento se están realizando TAC toracoabdominopélvico cada 6 meses y 68-GalioPET anuales, hasta la fecha todos negativos. **DISCUSIÓN:** Los tumores neuroendocrinos secretores de GHRH son infrecuentes. Su manifestación clínica es una acromegalia similar a la que ocurre en tumores hipofisarios secretores de GH. La mayoría de estos tumores son pancreáticos o bronquiales. Los niveles de GHRH en sangre tienen una alta especificidad en el diagnóstico y son una herramienta útil en el seguimiento después del tratamiento. Son en general tumores fáciles de localizar por TAC, ecoendoscopia u octroscan. Estos tumores tienen buen pronóstico global. Se recomienda un manejo quirúrgico de estos tumores, consiguiéndose tras su extirpación mejoría clínica y normalización de los niveles de GHRH.

26. SHOULD WE CONSIDER INSULIN DEPRESCRIPTION AS AN OBJECTIVE IN THE MANAGEMENT OF T2DM POPULATION? RESULTS FROM A REAL WORLD DATA

V. Pérez de Arenaza, A. Fernández, J. Cárdenas, R. Sierra, B. Luiza, B. Lechuga, N. Modroño, T. Montoya, M. Gómez, R. Sánchez-López, C. Casado and C. Vázquez

Hospital Fundación Jiménez Díaz.

Introduction: Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is the ninth leading cause of death worldwide with 462 million people affected. To modify the natural evolution of diabetes, glucagon-like peptide 1 analogs (GLP-1RA) have emerged as renal and cardioprotective drugs which can reach a good stable glycemic control. MACE-3 and microvascular complications are reduced with GLP-1RA, but an idea arose: Can GLP-1RA be used to reduce insulin doses?

Objective: The objective of our study is to verify whether the addition of GLP-1RA (sc semaglutide) to our patients with T2DM reduces insulin doses after 12 months of follow-up.

Methods: We present an ambispective study, started in 2019, following T2DM patients of 4 hospitals in Madrid. For this purpose, 290 patients, on different insulin regimens to which subcutaneous sema-

glutide was added, were followed at 6 and 12 months (m), collecting multiple variables such as insulin doses.

Results: From 290 registered patients, 222 and 196 were eligible for the 6-m and 12-m analysis. Mean age was 62.5 ± 8.9 years, 60% were men, with a T2DM evolution of 14.1 ± 7.7 years. Metformin, SGLT2i, GLP-1RA and DPP4i were present in 84%, 46%, 52% and 23% respectively. Regarding comorbidities, 41.1% presented microvascular disease, 29.3% diabetic nephropathy. Results showed that the total insulin dose was significantly reduced by 5.9 IU/day (-0.05 IU/kg/day) at 6-m and by 7.8 IU/day (-0.07 IU/kg/day) at 12-m. Both basal and rapid insulin (IU/day) were decreased at 6-m and 12-m (-3.6 and -5.4 for basal and -3.4 and -2.8 for rapid respectively). Weight and HbA1c were significantly reduced during follow-up (-4.4 kg and -0.77% at 12m). We also found a significant reduction in number of insulin injections. Insulin was withdrawn in 24 patients at 12m. Multiple regression analysis selecting adequate predictors showed that baseline insulin dose and weight change were the only predictors associated with increased likelihood of reducing insulin dose: baseline insulin at 6 months (beta -0.36) and 12 months (beta -0.29); weight change at 6 months (beta 0.38) and 12 months (beta 0.26). We also found that insulin dose change was an independent predictor for weight change at 6 months (beta 0.38) and 12 months (beta 0.28), but not for HbA1c change.

Conclusions: As shown by RCTs and RWD studies in the literature, our study corroborates that the addition of an GLP-1RA allows a significantly decrease on the daily insulin requirements of our patients. This reduction was independently associated with weight loss, helping in the control of T2DM and its comorbidities. The addition of sc semaglutide decreases daily insulin requirements, HbA1c and weight in insulin-experienced T2DM patients. Deprescribing insulin is an independent predictor for weight loss. Trials focusing on insulin deprescription as a therapeutic tool are needed.

27. PRÚRIGO PIGMENTOSO COMO MANIFESTACIÓN CUTÁNEA DE LA CETOSIS DIABÉTICA

A. García Piorno, I. Gata, R. Áñez, A. Rivas, G. Collado, M. Gómez-Gordo, M. Pérez, I. Jiménez, A. Galdón, E. Fernández y O. González

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción. El prurigo pigmentoso (PP) es una dermatosis inflamatoria poco frecuente caracterizada por el desarrollo de pápulas pruriginosas hiperpigmentadas. Las lesiones se distribuyen mayoritariamente en el tronco, siguiendo un patrón reticular. Su etiología exacta es desconocida, aunque se ha descrito su asociación con la cetosis.

Caso clínico: Varón de 18 años sin antecedentes médicos de interés, que consultó en su médico de atención primaria por poliuria, polidipsia y pérdida de peso no cuantificada de un mes de evolución. No refería otros síntomas sistémicos. En el estudio ambulatorio presentaba hiperglucemia (333 mg/dL) y aumento de hemoglobina glucosilada ($15,3\%$). Fue derivado a urgencias, donde se confirmó la presencia de hiperglucemia con cetosis ($3,3$ mmol/L), sin acidosis metabólica asociada. Se inició tratamiento con insulina mediante esquema bolo-basal e ingresó a cargo de Endocrinología para completar el estudio. En la analítica de ingreso se detectaron niveles bajos de péptido C ($0,48$ ng/mL) con autoinmunidad pancreática positiva (anti-GAD, Anti-IA2). Con todo ello se realizó el diagnóstico de debut de diabetes mellitus tipo 1. En paralelo al inicio de la clínica cardinal el paciente había desarrollado lesiones cutáneas pruriginosas en abdomen y espalda, distribuidas en forma de red, que no habían respondido al tratamiento con corticoides tópicos. Fue valorado por Dermatología, siendo diagnosticado de prurigo pigmentoso. Las lesiones mejoraron con el control de la cetosis

hasta su resolución completa al mes del debut, aunque persistieron marcas hiperpigmentadas residuales.

Discusión: Los estados cetogénicos contribuyen al desarrollo de PP mediante procesos de inflamación perivasculare. Se han descrito casos asociados al ayuno, la cirugía bariátrica, las dietas cetogénicas y la cetosis diabética. Los hallazgos histológicos son inespecíficos, por lo que su diagnóstico es clínico. La resolución de la cetosis lleva a la desaparición de las lesiones en la mayoría de los pacientes, aunque algunos requieren tratamiento sistémico con dapsona o tetraciclinas. En presencia de lesiones cutáneas sugestivas de prurigo pigmentoso en pacientes diabéticos es razonable descartar situaciones de cetosis.

28. TUMOR SUPRARRENAL PRODUCTOR DE ANDRÓGENOS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

N. Sánchez-Maroto García, L. Ávila, B. Bernaldo, S. Mera, F. Hernández-Olmeda, P. Espinosa de los Monteros. P. de Miguel y A. Díaz

Servicio de Endocrinología, Hospital Clínico San Carlos.

Casos clínicos: Se presentan dos casos clínicos de hiperandrogenismo adrenal con presentación clínica similar y resultado final muy diferente. Caso 1: mujer de 58 años sin antecedentes personales de interés que es remitida a consultas de Endocrinología (agosto/2022) por su médico de atención primaria (MAP) tras estudio hormonal realizado ante la aparición de acné en rostro refractario a tratamiento dermatológico, aumento de vello corporal y facial, voz más grave e hipertrofia de clítoris en los últimos meses. En dicho estudio: DHEA-S $35,8$ $\mu\text{mol/L}$ ($0,22-5,1$), androstendiona > 10 ng/mL ($0,3-5,3$), 17-OHP $5,15$ ng/mL ($0,13-0,51$), y testosterona libre $15,6$ pg/mL ($0,5-4,2$). Ante la sospecha de tumor productor de andrógenos, se realiza TAC abdominal con contraste donde se objetiva masa adrenal izquierda de $5 \times 4 \times 4$ cm de atenuación heterogénea con áreas de realce en fase arterial que aumentan en fase venosa y neovasos en el interior de la lesión. Dado que presenta características radiológicas sugestivas de malignidad, se realiza adrenalectomía izquierda laparoscópica (12/09/22). La anatomía patológica (AP) determina que se trata de un carcinoma adrenocortical variante oncocítica con margen quirúrgico no afecto (T1N0M0), con Ki67 33% e índice mitótico de 13 por 10 mm². Caso 2: mujer de 36 años sin antecedentes personales de interés que es derivada a consultas de Endocrinología (junio/2022) tras estudio hormonal alterado, realizado ante la presencia de irregularidades menstruales, aumento del vello y presencia de acné corporal. En dicho estudio: DHEA-S > 27 $\mu\text{mol/L}$, androstenediona > 10 ng/mL, 17-OHP $3,2$ ng/mL, testosterona total $11,4$ nmol/L. Se realiza TAC abdomen con contraste donde se objetiva nódulo adrenal izquierdo de $5,3 \times 3,9$ cm sin atenuación basal típica de adenoma, con realce heterogéneo tras contraste, siendo la principal sospecha un carcinoma bien delimitado. Se realiza adrenalectomía izquierda abierta (20/06/22). La AP determina que se trata de un adenoma adrenocortical con margen de resección libre, sin necrosis, angioinvasión ni atipias celulares.

Discusión: Los tumores suprarrenales secretores de andrógenos suelen ser malignos en más del 50% de los casos, siendo los adenomas muy poco frecuentes. La diferenciación entre lesiones malignas y benignas sigue siendo difícil en los tumores adrenales. En el diagnóstico de un carcinoma, es fundamental identificar la invasión de la cápsula, de los tejidos adyacentes o de los vasos. Cuando esto no es posible, se emplean los criterios histopatológicos de Weiss. Una masa con 3 o más puntos se diagnostica como carcinoma, siendo el índice mitótico, la presencia o ausencia de necrosis y la invasión capsular los más relevantes. La determinación de Ki67 $> 5\%$ es indicativo de malignidad, mientras que un valor $> 10\%$ implica una peor supervivencia.

29. CALCIFICACIONES ECOGRÁFICAS EN LESIONES VESICULARES COMO CRITERIO DE SOSPECHA DE TUMOR NEUROENDOCRINO DE VESÍCULA BILIAR

M. C. Sánchez Chiriboga, C. Casado Cases, I. Viña Bas, A. Fernández Sánchez, V. Pérez de Arenaza, C. Vázquez Martínez, O. Palomino Donayre, A. Paniagua Ruiz, L. Bartolome Hernández, M. Miguelez González

Hospital Fundación Jiménez Díaz.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos de la vesícula biliar (TNE-VB) son una entidad muy poco frecuente suponiendo el 0,5% de los tumores neuroendocrinos, y representando un 2,1% de los tumores de vesícula biliar. Suelen presentarse como pólipos hallados de forma incidental en pruebas de imagen, aunque también pueden causar sintomatología abdominal inespecífica, siendo rara la presencia de un síndrome carcinoide. Se clasifican según la tasa de proliferación tumoral evaluada mediante el índice Ki-67, en: bajo grado/diferenciado (G1, índice Ki-67 < 3%) grado intermedio/moderadamente diferenciado (G2, índice Ki-67 \geq 3% y \leq 20%) y neoplasias de alto grado/pobremente diferenciado (G3, índice Ki-67 > 20%). Estos últimos suelen tener mal pronóstico siendo frecuente el diagnóstico tardío que condiciona un estadiaje avanzado.

Caso clínico: Mujer de 51 años, exfumadora y con antecedente personal de epilepsia idiopática. Antecedentes familiares de madre fallecida por cáncer de páncreas y padre fallecido de hepatocarcinoma; ambos con hábito enólico. Acude al servicio de urgencias en repetidas ocasiones durante un año y medio por dolor irradiado a hipocondrio derecho, náuseas y pérdida de peso, sin alteraciones analíticas asociadas. Ante la sospecha de patología de la vía biliar se realiza una ecografía, donde se observa microlitiasis vesicular/barro biliar. En una colangiorresonancia posterior únicamente se observa barro biliar. En una segunda ecografía se informa de la presencia de una imagen hipocóica sésil con una calcificación periférica de 13 mm, inmóvil, compatible con pólipo. Se realiza colecistectomía laparoscópica al no poder descartar malignidad. La pieza quirúrgica muestra una formación polipoide parda en cuello de vesícula biliar de 0,5 x 0,3 cm, con márgenes quirúrgicos libres, sin invasión vascular ni linfática. La tinción inmunohistoquímica fue positiva para CK8/18, cromogranina y sinaptofisina, y negativas para inhibina. Se trataba de un TNE-VB bien diferenciado G1 (Ki-67 = 1%; estadio TNM: pT1a). Como estudio de extensión se realizó un TAC toracoabdominopélvico que no objetivó diseminación a distancia y una gammagrafía de somatostatina sin captación patológica. Controles sucesivos de 5-HIAA y CgA estuvieron dentro de los rangos de normalidad. Se efectuó estudio de MEN -1 con resultado negativo. La paciente permanece en remisión (bioquímica y radiológica) y asintomática a los 6 meses de seguimiento.

Discusión: Los TNE-VB son poco frecuentes. A menudo su diagnóstico es postquirúrgico de forma que la clave diagnóstica suele residir en la inmunohistoquímica. Sin embargo, la presencia de calcificaciones como reflejo de inflamación crónica puede sentar la sospecha de un TNE-VB.

30. LA DEFICIENCIA APO1, UNA ENFERMEDAD CONGÉNITA METABÓLICA RARA: A PROPÓSITO DE UNA FAMILIA

T. Ruiz Gracia, B. Ugalde-Abiega, N. Sánchez Ramírez, I. Madrid Egusquiza, C. Rodríguez-Jiménez, J. Sanguino, S. Rodríguez-Nóvoa y F. Arrieta Blanco

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Department of Genetic of Metabolic Diseases-INGEMM, Hospital Universitario La Paz.

Introducción: La hipoalfalipoproteinemia primaria es un trastorno autosómico dominante, en la mayoría de los casos, causada por

mutaciones en el gen APOA1 (MIM 107680) que codifica la apoproteína apoA1 (apoA-I) provocando una disminución de apoA-I, el principal constituyente del HDL. Es, también necesario para activar LCAT y mediar en la interacción de HDL-c con receptores de la superficie celular, como el receptor Scavenger B1 o los transportadores de membrana plasmática como ABCA11. La presentación clínica puede ser variada dependiendo del tipo de mutación. Se presenta con una combinación de síntomas: opacidad corneal, xantomas y enfermedad coronaria prematura, ocasionalmente amiloidosis sistémica o clínica neurológica. Hasta la fecha se han descrito 30 familias con esta entidad. Presentamos una nueva familia reciente diagnosticada en nuestro centro.

Caso clínico: Mujer de 58 años con xantomas, opacidad corneal y antecedentes paternos y maternos de cardiopatía isquémica, en estudio. Acude acompañando a su hija para estudio de HDL baja de hasta 25 mg/dl, la paciente refiere que presenta niveles muy bajos de apoA-I (< 5 mg/dL) y HDL-c (6 mg/dL) en suero. Iniciamos estudio en la madre y posteriormente según resultados, se evalúa a la hija de la paciente, una mujer de 21 años con xantomas, niveles bajos de apoA-I (99 mg/dL) y niveles de HDL-c (35 mg/dL) en suero. El diagnóstico diferencial de HDL-c bajo incluye la deficiencia de apolipoproteína A-I familiar, la deficiencia de LCAT y otras causas secundarias de niveles extremadamente bajos de colesterol HDL, incluyendo fármacos (esteroides androgénicos, retinoides, respuesta paradójica a fibratos), insuficiencia hepática o neoplasias maligna. Analizamos los genes involucrados en el metabolismo del colesterol son analizados por técnicas de secuenciación masiva. En el estudio se encuentra una mutación con cambio del marco de lectura APOA1, NM_000039.2:c.85dupC;p.(Gln29Profs*29) en homocigosis en el caso índice. La hija de la paciente índice mostró la variante en APOA1, NM_000039.2:c.85dupC;p.(Gln29Profs*29) en heterocigosis.

Discusión: La variante APOA1:c85dupC;p.(Gln29Profs*29) ha sido descrita como autosómica dominante para la deficiencia de apoA-I. La deficiencia de ApoA-I se asocia con un elevado riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Sin embargo, en este estudio identificamos una mutación con cambio del marco de lectura del gen APOA1 como base molecular de la deficiencia de apoA-I en una paciente de 58 años mujer sin cardiopatía isquémica. La hija de la paciente con alteración en el perfil lipídico y xantomas muestra la variante en heterocigosis, lo que confirma cosegregación en esta variante.

31. CETOACIDOSIS EUGLUCÉMICA E ISGLT2 EN DIABETES TIPO 2 CON RESERVA PANCREÁTICA CONSERVADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. López Ruano, E. Carrillo López, C. Martínez Otero, M.S. Tapia Sanchiz, J.J. Raposo López y M. Sampedro Núñez

Hospital Universitario de La Princesa.

Introducción: La cetoacidosis diabética (CAD) euglucémica es infrecuente. En pacientes en tratamiento con ISGLT2 aumenta su incidencia y, para prevenirla, es esencial identificar y evitar otros factores que añadidos a este tratamiento predisponen a esta complicación. A continuación exponemos un caso clínico en el que confluyen varios de estos factores.

Caso clínico: Varón de 66 años diabético tipo 2 (DM2) con mal control (HbA1c 9,9%) en tratamiento con semaglutida 0,25 mg/semana y metformina/empagliflozina 1.000 mg/12,5 mg 1-0-1, obesidad grado I, cirrosis hepática alcohólica, esquizofrenia y esófago hipercontráctil. Ingresa el 30/08/2022 para realización de miotomía endoscópica peroral, que se realiza ese mismo día sin complicaciones. Dos días más tarde, presenta disnea, taquipnea a 35 rpm con SpO2 basal 99%, somnolencia y signos de hipoperfusión con tensiones dentro de la normalidad. Radiografía de tórax sin alteraciones. En analítica de sangre destaca leucocitos 23.250/mm³ con 17.040/mm³

neutrófilos, glucemia 170 mg/dl, Cr 1,2 mg/dl, PCR 14,4 mg/dl, TnT 40 ng/ml y CK 185 U/L. En gasometría arterial, pH 6.9, pCO₂ 12 mmHg, bicarbonato 2,4 mmol/L, L-lactato 2 mmol/L. Cetonemia capilar 6,4 mmol/L. ECG inicial sin alteraciones, pero a continuación presenta un trastorno de la conducción intraventricular con descenso del ST de V4 a V6 y en cara inferior y, posteriormente, un episodio de taquicardia regular monomorfa autolimitada (TVMA) a 225 lpm. En ETT presenta hipoquinesia global. Se establece el diagnóstico de probable cetoacidosis diabética euglucémica grave con TVMA secundaria y disfunción ventricular izquierda severa en contexto. Durante las primeras 24 horas en la UCI con reposición hidroelectrolítica y perfusión de insulina, el pH y la cetonemia se normalizan. No obstante, el 3/09 presenta marcado deterioro respiratorio secundario a edema agudo de pulmón, con elevación de Tnl a 7.900 ng/ml y CK a 720 U/L y disfunción ventricular izquierda severa. Se establece el diagnóstico de IAMSEST Killip III, realizándose coronariografía el 5/09, en la que se detecta enfermedad crónica de tres vasos con lesión severa en la arteria descendente anterior, que se repermeabiliza con *stent* farmacológico. El paciente presenta buena evolución, extubándose el 7/09 y pasando a planta de hospitalización el 12/09. En planta se determina un péptido C basal de 1,32 ng/ml. Como tratamiento al alta se suspende metformina/empagliflozina y se pauta insulina en régimen bolo-basal, manteniendo semaglutida.

Discusión: Se trata de un paciente DM2 con reserva pancreática conservada, en tratamiento con empagliflozina, que presenta una CAD euglucémica. Atendiendo a la instauración y evolución del cuadro clínico, pensamos que el IAMSEST ha podido contribuir a la instauración de la cetoacidosis. Otros posibles factores desencadenantes son la intolerancia digestiva, el ayuno perioperatorio, la cirugía y la hepatopatía de base.

32. LINFOMA TIROIDEO PRIMARIO DE CÉLULAS GRANDES B. REMISIÓN COMPLETA INICIAL Y RECIDIVA POSTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. López Ruano, M.C. Martínez Otero, C. Sager La Ganga, T. Armenta Joya, V. Navas Moreno, J. Jiménez Díaz y M. Lahera Vargas.

Hospital Universitario de La Princesa.

Introducción: El linfoma primario tiroideo constituye tan solo el 1% de linfomas y menos del 2% de las neoplasias tiroideas. La tiroiditis de Hashimoto es un factor de riesgo presente en el 80-90% de los casos, por lo que es más frecuente en mujeres. La mayoría son linfomas no Hodgkin y dentro de ellos el más frecuente es el linfoma B difuso de células grandes (LBDCG).

Caso clínico: Mujer de 57 años con tiroiditis crónica en seguimiento en otro centro, que en última ecografía (noviembre de 2018) presenta crecimiento del lóbulo tiroideo izquierdo (LTI), con un área pseudonodular TIRADS 4, por la que se solicita PAAF. La paciente se la realiza en nuestro centro en julio de 2019, con resultado de probable proceso linfoproliferativo, confirmado posteriormente mediante BAG, con diagnóstico de linfoma B agresivo con Ki67 80% LBDCG. Como estudio de extensión, se realiza biopsia de médula ósea que descarta afectación, una nueva ecografía cervical (2/08) en la que no se observan linfadenopatías (LADs) significativas pero sí crecimiento del área pseudonodular, con diámetro de 2,4 x 3,7 x 4,4 cm (APxTxCC) y un PET/TC el 5/08 que detecta hiper captación de 18FDG por el nódulo (SUVmax: 27) y por una linfadenopatía de 6 mm en nivel VII pretraqueal (estadio II-EA de Ann Arbor). La paciente recibe esquema quimioterápico de 6 ciclos de R-CHOP, quimioterapia profiláctica intratecal y, a continuación, 15 ciclos de radioterapia. A los cinco meses del inicio del tratamiento, presenta respuesta tumoral y metabólica completa confirmada mediante PET/TC. Durante los dos años siguientes se realiza seguimiento radioló-

gico estrecho, sin hallazgos sugestivos de recidiva. En agosto de 2022, la paciente acude a consulta antes de su cita por presentar un aumento no doloroso del hemitiroideo derecho de un mes de evolución. Mediante ecografía se detecta un marcado aumento del diámetro del lóbulo tiroideo derecho y múltiples LADs sospechosas de nueva aparición en niveles II, III, Va y VI izquierdo y IV y VI derecho, sugerentes de recidiva de linfoma, que se confirma posteriormente mediante PET/TC y BAG de las más llamativas (nivel III y VI izquierdo). En septiembre se inicia tratamiento con R-ESHAP (3 ciclos), con muy buena respuesta observada mediante ecografía realizada durante el segundo ciclo, tanto a nivel tiroideo como regional.

Conclusión: El 80% de los pacientes con LBDCG consiguen la remisión completa. No obstante aproximadamente un tercio de estos pacientes recidivan, con mayor frecuencia a los 2 a 3 años, como en el caso de nuestra paciente. Es preciso un seguimiento estrecho durante los primeros años tras la remisión, dada la progresión rápida y potencialmente mortal sin tratamiento de esta enfermedad.

33. EL PAPEL DE LA ADIPONECTINA EN LA RESOLUCIÓN DEL HIPOGONADISMO SECUNDARIO ASOCIADO A LA OBESIDAD MASCULINA TRAS LA CIRUGÍA METABÓLICA Y SU IMPACTO EN EL RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Marchán Pinedo, P. Cobeta, R. Pariente, Á. Osorio, M. Cuadrado-Ayuso, D. Pestaña, J. Galindo y J.I. Botella-Carretero
Hospital Universitario Ramón y Cajal.

El hipogonadismo secundario asociado a la obesidad masculina (MOSH) es una entidad muy prevalente que puede resolverse después de una marcada pérdida de peso. La adiponectina (APN) es una adipocina con propiedades antiinflamatorias que regula el metabolismo. Un nivel bajo de APN circulante se asocia con la obesidad, la diabetes y el riesgo cardiovascular, y también con la testosterona circulante. Nuestro objetivo fue evaluar los cambios de la APN en hombres con MOSH (baja testosterona libre (FT) con gonadotropinas bajas o normales) y sin ella después de la cirugía metabólica. Buscamos su posible asociación con el riesgo cardiovascular medido por el grosor de la íntima-media de la carótida (cIMT). Se incluyeron 60 hombres (20 sometidos a modificación del estilo de vida, 20 sometidos a gastrectomía en manga y 20 a *bypass* gástrico) evaluados al inicio y 6 meses después. El aumento de la APN en el seguimiento fue menor en los pacientes con MOSH persistente (n = 10) frente a los que no tenían MOSH (n = 30) y los que presentaron resolución de MOSH (n = 20), y los primeros no lograron una disminución del cIMT. El aumento de la APN se correlacionó positivamente con la FT (r = 0,320, p = 0,013) e inversamente con el cIMT (r = -0,283, p = 0,028). La FT se correlacionó inversamente con el cIMT (r = -0,269, p = 0,038). En conclusión, los hombres sin MOSH o con resolución de MOSH mostraron una mejoría en los niveles de APN tras la pérdida de peso con efectos beneficiosos sobre el cIMT. Aquellos sin resolución de MOSH no lograron alcanzar estos efectos.

Table 1. Characteristics of men with and without MOSH at baseline.

	MOSH (n = 30)	No MOSH (n = 30)
Age (y)	47±9	49±8
BMI (kg/m ²)	45.8±6.5	42.4±5.4*
EBW (kg)	64.6±20.3	54.3±18.0*
cIMT (mm)	0.64±0.11	0.68±0.12
Systolic BP (mmHg)	136±14	137±19
Diastolic BP (mmHg)	82±11	83±11
LDL (mmol/L)	3.1±0.8	3.0±0.9
HDL (mmol/L)	1.0±0.8	1.0±0.4
Glucose (mmol/L)	6.6±2.3	6.2±1.8
Insulin (mU/L)	24±14	23±14
HOMA-IR	6.8±4.7	7.3±7.4
TT (ng/dL)	253±163	440±105*
SHBG (µmol/dL)	24.5±12.5	32.6±13.6*
FT (pmol/L)	179±46	324±68*
APN (µg/mL)	3.7±1.7	3.9±1.5

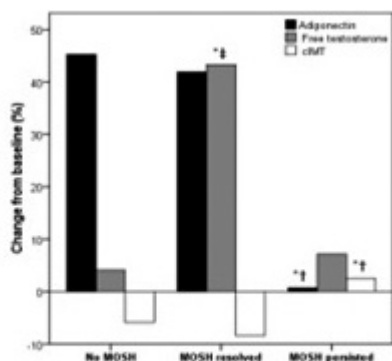


Figure 1. Changes in circulating adiponectin, free testosterone (FT) and carotid intima-media thickness (cIMT) in the included men depending on the presence of MOSH and its resolution. * $P < 0.05$ vs no MOSH, † $P < 0.05$ vs. MOSH resolved, ‡ $P < 0.05$ vs. MOSH persisted.

34. USO DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA EN PACIENTE ANCIANO CON DIABETES EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

C. Casado Cases, J. Cárdenas, M. Vélez, M. Ortega, C. Martín, O. Sánchez-Vilar, M. de la Cruz, M. Miguélez, B. Sánchez, M. Silva, L. Prieto, R. Sierra, L. Bartolomé, A. Estrella, Y. Fernández, J. Lara y C. Vázquez

Hospital Fundación Jiménez Díaz.

Objetivos: Analizar el cambio en HbA1C, glucemia basal y control glucométrico según informe AGP (AGP) tras inicio de monitorización de glucosa intersticial Flash, freestyle libre 2 (FL2) en pacientes con diabetes (DM) mayores de 74 años.

Métodos: Análisis retrospectivo. Se incluyeron 43 pacientes con DM que iniciaron monitorización con FL2, en el hospital Fundación Jiménez Díaz. 1 abandonó el seguimiento por intolerancia. Se compararon los datos de control glucémico del AGP, glucemia basal y HbA1c de la consulta previa al comienzo de la terapia, con los del día 8 de octubre de 2022. Se utilizó la prueba t-Student para datos apareados en la comparación de medias.

Resultados: 42 pacientes. Edad media $78,73 \pm 4,63$ años. 23 pacientes mujeres (53,5%). Tipo de DM: 14 pacientes tipo LADA (32,6%), 12 tipo 2 con sensor autofinanciado (27,9%), 9 tipo 1 (20,9%), 6 tipo 3c (14%), 1 inducida por inmunoterapia (2,3%). Todos en régimen bolo-basal. 17 con antidiabéticos (39,5%): 11 metformina (25,6%),

10 IDPP4 (23,3%), 6 iSGLT2 (16,3%), 2 aGLP1 (4,7%), 4 otros (9,4%). Comorbilidades: Dislipemia 81,4%, HTA 72,1%, Tabaquismo 24,5%, enfermedad microvascular 37,2%. Tiempo evolución de diabetes: $53,9 \pm 14,51$ años. En $18,85 \pm 17,88$ meses de seguimiento se observaron los siguientes resultados (tabla).

Conclusiones: El inicio de monitorización con FL2 en pacientes DM ancianos se asocia a una reducción significativa de tiempo en hipoglucemia, eventos de hipoglucemia y variabilidad glucémica, sin asociar empeoramiento significativo de HbA1c ni tiempo en hiperglucemia.

35. MANEJO NUTRICIONAL EN PACIENTE POSQUIRÚRGICO CON FALLO INTESTINAL CRÓNICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Modamio Molina, M. Zubillaga Gómez, L. Zeng, M.M. García González, I. Moreno Ruiz, V. Triviño Yanuzzi, O. Meizoso Pita, M. Llaveró Valero, I. Huguet Moreno, I. Martín Timón y C. Sevillano Collantes

Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción: La ESPEN define el fallo intestinal como la reducción de la función intestinal por debajo del mínimo para la absorción de nutrientes, agua y/o electrolitos en que es necesaria la suplementación intravenosa para mantener la salud y/o el crecimiento. El síndrome de intestino corto representa el 74,7% de los pacientes adultos con nutrición parenteral domiciliar por fallo intestinal crónico, excluyendo malignidad.

Caso clínico: Varón de 43 años con antecedentes entre los que destacan enolismo y abuso de benzodiazepinas, sin desnutrición previa. Es intervenido de cistoprostatectomía radical con derivación urinaria por urotelioma con transición a dieta enteral oral. Ingresa posteriormente, con diagnóstico de fístula de asa de intestino delgado a yeyunostomía de alto débito visualizándose remanente de intestino de 150 cm. Presentó hiponatremia, hipopotasemia e hipomagnesemia, con deterioro de la función renal, déficit de vitamina D e hiperparatiroidismo secundario con pérdida de 10 kilos en 2 meses. Se inicia tratamiento con loperamida y octreótido, con mínima disminución de débito y sin ganancia de peso. Dada la situación de desnutrición severa se inicia nutrición parental domiciliar, pautando fórmula de 1.600 kcal y 3.000 ml de suero salino diarios. Se mantiene esta pauta durante cuatro años, en los cuales el paciente presenta infección de catéter venoso central, requiriendo ingreso

Tabla Comunicación 34

	Basal	Revisión	Diferencia	p
Glucemia basal	148 ± 55	156 ± 57	+8,16 (IC95% -14 a +31)	
HbA1c	7,7 ± 0,89	7,4 ± 0,73	-0,25 (IC95% -0,51 a +0,1)	
Promedio lecturas	11 ± 8,4	10,96 ± 6,3	-0,04 (IC95% -2,85 a +2,77)	
Tiempo activo	89,8 ± 11,29	88,7 ± 18,27	-1,11 (IC95% -7,8 a +5,6)	
Indicador gestión glucosa	7,2 ± 0,81	7,2 ± 0,62	+0,05 (IC95% -0,24 a +0,35)	
Coficiente variabilidad	33,25 ± 7,9	30,38 ± 4,8	-2,87 (IC95% -4,98 a -0,75)	< 0,05
Tiempo en hiperglucemia	32,78 ± 20,9	32,23 ± 16,5	-0,55 (IC95% -7,09 a +5,99)	
Tiempo en hipoglucemia	3,1 ± 4,36	1,84 ± 2,23	-1,28 (IC95% -2,57 a -0,006)	< 0,05
Eventos de hipoglucemia	5,28 ± 4,82	3,64 ± 4,03	-1,64 (IC95% -3,24 a -0,41)	< 0,05
Tiempo en rango	63,35 ± 21	67 ± 16,9	+3,69 (IC95% -2,7 a +10)	
Glucosa promedio	161 ± 32	162 ± 25	+0,72 (IC95% -10 a +11,5)	
Dosis insulina total	35 ± 13	36 ± 20	+1,37 (IC95% -3,5 a +6,25)	

en cuidados intensivos. Dado el riesgo elevado de bacteriemia, se acuerda intento de retirada de nutrición parenteral. Tras seguimiento estrecho presenta buena tolerancia a dieta y suplementación oral, manteniendo peso y balance hídrico.

Discusión: Por su mecanismo fisiopatológico se trata de un fallo intestinal asociado a síndrome de intestino corto, por lo que se encuentra en riesgo de pérdida de electrolitos y fluidos. El tránsito intestinal está acelerado debido a la pérdida de inhibidores de la motilidad intestinal, para lo cual se emplean agonistas opioides como la loperamida. En casos de hipersecreción se puede prescribir octreótide, que inhibe la secreción y retrasa el tránsito mediante la inhibición, entre otros, de la secreción de gastrina. Durante la fase de adaptación intestinal se recomienda la hiperfagia, que aumenta la secreción de GLP 1 y 2 y ghrelina. La teduglutida, análogo de GLP-2, se asocia a disminución de necesidad de soporte intravenoso, excreción de energía y peso fecal. Este caso ilustra la retirada de nutrición parenteral domiciliaria tras adaptación intestinal y pone en evidencia las complicaciones derivadas del uso prolongado de catéter venoso central.

36. ASOCIACIÓN DE LA RATIO TESTOSTERONA: ESTRADIOL (RTE) CON MARCADORES METABÓLICOS Y DE RCV EN HOMBRES TRANS/PERSONAS NO BINARIAS AFAB EN TRATAMIENTO MASCULINIZANTE.

G. Pérez López, A. Rivas, R. Añez, G. Collado González, M. Gómez-Gordo Hernanz y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: Diversos estudios han demostrado aumento del riesgo cardiovascular en hombres trans/personas trans no binarias (NB) asignadas como mujeres al nacer (AFAB) en el tratamiento hormonal de afirmación de género (THAG). En mujeres cis posmenopáusicas se ha determinado que el aumento de rTE es predictor de eventos cardiovasculares mayores e insuficiencia cardiaca congestiva.

Objetivo: Determinar la asociación entre la rTE y marcadores de riesgo cardiovascular/metabólico tras 12 meses de THAG masculinizante, sin antecedentes pre-THAG de hiperandrogenismo clínico/bioquímico.

Material y métodos: Estudios descriptivo, retrospectivo. Se incluyó en el estudio a 44 hombres trans/personas trans no NB en tratamiento masculinizante (propiliclonato de testosterona 250 mg IM c/3-4 semanas) durante más de 12 m atendidos por proximidad en una consulta monográfica de Identidad de género entre marzo de 2021 y septiembre de 2022. Se valoraron en situación *naïve* y tras 12 meses de THAG: IMC, TA, HOMA-IR, HbA1c, colesterol total, LDL, HDL, triglicéridos, testosterona, estradiol, rTE. La comparación *naïve* y pos-THAG se realizó con la t de Student y la correlación de Pearson para relacionar la rTE y los factores de riesgo cardio-metabólico.

Resultados: Edad media de la muestra fue de $22,2 \pm 1,8$ años. 5/44 (11%) fumaba. El 40% se identificaban como personas trans NB. Hubo diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) pre y pos-THAG (además de los esteroides sexuales) en IMC (24,2 vs. 26,1 kg/m²), HOMA-IR (1,80 vs. 2,76), HDL (50,4 vs. 42,0 mg/dL) y triglicéridos (155,2 vs. 211,5 mg/dL). La rTE (ng/dL:pg/mL) pre-THAG fue de $0,38 \pm 0,09$ y pos-THAG $20,2 \pm 5,4$ ($p < 0,05$). La correlación entre rTE con HOMA-IR ($r = +0,79$), HDL ($r = -0,82$) y TG ($r = +0,88$) fueron estadísticamente significativas.

Conclusión: La rTE se correlaciona con marcadores metabólicos y de RCV, por lo que podría ser útil en el ajuste del tratamiento masculinizante de mantenimiento tras 2 años de THAG y para disminuir el RCV global. Es muy importante insistir en los efectos positivos de un estilo de vida saludable y cese del tabaquismo en el riesgo cardiometabólico.

37. USO TERAPÉUTICO DE CANAGLIFOZINA EN SÍNDROME DE DUMPING TARDÍO

G.L. Román Gómez, M. Pérez Pelayo, M. Fandiño García y L. Lander Lobarriñas

Hospital Universitario Severo Ochoa.

Introducción: El *bypass* gástrico en Y de Roux es uno de los procedimientos de cirugía bariátrica más conocidos y comúnmente realizados; pese a los excelentes resultados en cuanto a pérdida ponderal y mejoría de comorbilidades, no está exento de complicaciones, siendo una de ellas el síndrome de Dumping tardío o hipoglucemia hiperinsulinémica posprandial. Datos recientes sugieren un aumento del cotransportador SGLT-1 intestinal tras la cirugía. Sobre esa base se realizó un estudio valorando el uso de canaglifozina 300 mg en la respuesta a una sobrecarga de glucosa 100 g, observándose reducción de la absorción de glucosa e insulina plasmática, y por ende, disminución de la hipoglucemia hiperinsulinémica y mejoría de los síntomas.

Caso clínico: Mujer 50 años. Obesidad mórbida con comorbilidades (hipertensión, prediabetes y dislipemia). *Bypass* gástrico laparoscópico en octubre 2013. Peso máximo 110 Kg en los meses previos a la cirugía. Peso previo a cirugía 107 Kg. Peso mínimo tras cirugía 50 Kg (junio 2019). Al mes de la cirugía comienza con hipoglucemias tardías que se han intentado manejar con medidas dietéticas, acarbosa (durante 5 años sin mejoría) y metformina durante 2 meses (se retiró por más incidencia de hipoglucemias). Evolución: a finales de 2019 se intenta tratamiento con octreótide, con aparición de diarreas y molestia abdominal, sin mejoría de las hipoglucemias, por lo que también se suspende. En marzo de 2021, se coloca sistema de monitorización de glucosa intersticial Freestyle 2 con el fin de evitar hipoglucemias graves, mediante ingesta oral adecuada. Mejoría transitoria tras su uso. En noviembre, se inicia administración de canaglifozina 300 mg/día, con excelente respuesta al mes: disminución significativa de las hipoglucemias (de una media de 20-24 episodios en 14 días a 5-6 en el mismo periodo de tiempo), verificadas en el sensor. Actualmente está pendiente de valorar posibilidad de técnica endoscópica TOrE que le ayude en el manejo del Dumping tardío.

Discusión: En nuestra paciente, la administración de canaglifozina, 300 mg/día ha supuesto una mejoría significativa de los episodios y por ende, de su calidad de vida, de manera análoga a lo evidenciado en el estudio anteriormente referido. Esta mejoría se debería al efecto inhibidor de la canaglifozina sobre los SGLT-1 en el intestino delgado, sugiriendo un papel importante de estos cotransportadores en la cinética de la absorción de glucosa y la respuesta insulínica, dado que ya que se ha demostrado que estarían sobreexpresados tras la realización de un *bypass* gástrico. Así pues, la administración de canaglifozina 300 mg puede representar una nueva opción terapéutica para el síndrome de Dumping tardío tras la cirugía, al menos a corto plazo, ya que falta por conocer datos a largo plazo de su efectividad. Nuestros resultados sugieren que la canaglifozina podría ser una nueva opción terapéutica para pacientes que presentan HPH tras BGYR.

38. ESTUDIO EN VIDA REAL DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 TRATADOS CON SEMAGLUTIDA ORAL

T. Armenta Joya, C. Morales, V. Navas, M. López, C. Martínez, M. Sampedro, A. Arranz, A. Justel, M. Marazueta y M. Martínez

Hospital Universitario La Princesa, Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: Los análogos del GLP1 han supuesto una revolución en el tratamiento integral de la diabetes mellitus tipo 2

(DM2). Sus beneficios no solo se limitan al control glucémico, sino que a través de su efecto tipo incretina, han logrado excelentes resultados en el control ponderal de pacientes con obesidad. En 2020, en base a los resultados de los ensayos clínicos del programa Pioneer, se aprobó en Europa la fórmula oral de semaglutida. Nuestro objetivo fue estudiar sus beneficios en composición corporal y parámetros bioquímicos en práctica real de pacientes con DM2.

Métodos: ESTUDIO unicéntrico (Hospital Universitario Virgen Macarena) observacional, prospectivo en vida real en pacientes con DM2 que iniciaron tratamiento con Rybelsus a dosis de 3 mg/día. Se recogieron datos generales, antropométricos mediante impedanciometría y analíticos, al inicio del tratamiento y en la siguiente visita (4 ± 2 meses).

Resultados: Se realizó un estudio piloto con 50 pacientes (62% varones, 38% mujeres) de 63,8 años de edad media y un IMC medio de $34,2 \text{ kg/m}^2$ en tratamiento con antidiabéticos orales. Solo 35 pacientes disponían de datos de composición corporal pre/posttratamiento. El 25% de ellos habían sido fumadores y el 84% eran hipertensos. Un 16,7% de ellos tenían algún tipo de afectación retiniana y un 16% padecían algún grado de enfermedad renal. Del total, el 20% de ellos habían padecido alguna forma de cardiopatía isquémica y el 4% de enfermedad cerebrovascular. 5 pacientes tenían insuficiencia cardíaca diagnosticada y un 2% enfermedad arterial periférica. Hubo diferencias estadísticamente significativas en múltiples variables antropométricas y analíticas entre las que destacan la disminución de peso y de IMC, de las cifras de glucemia basales y de HbA1C, el descenso de cifras de tensión arterial sistólica, la disminución de colesterol total y de LDL-c. Respecto a la composición corporal, destaca una disminución estadísticamente significativa de la masa de grasa corporal y del área grasa visceral asociado a una disminución considerable de la masa libre de grasa y de la masa musculoesquelética. El principal efecto secundario referido fueron las molestias gástricas.

Conclusiones: La semaglutida oral se asoció a una mejoría metabólica y de parámetros de composición corporal en pacientes con DM2 con un buen perfil de seguridad.

39. HIDROCEFALIA OBSTRUCTIVA SECUNDARIA A MACROADENOMA PRODUCTOR DE HORMONA DEL CRECIMIENTO

A. García Piorno, I. Losada, A. Rivas, R. Añez, G. Collado, M. Gómez-Gordo, I. Jiménez, M. Pérez, G. Pérez, R. García y O. González

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción. La acromegalia es un síndrome clínico poco frecuente caracterizado por la hipersecreción de hormona del crecimiento (GH). Los adenomas hipofisarios secretores de GH representan la causa más común. En ocasiones, los adenomas de gran tamaño pueden producir síntomas por compresión sobre estructuras vecinas, aunque es excepcional que alteren la circulación del líquido cefalorraquídeo (LCR).

Caso clínico. Mujer de 73 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina. Remitida al servicio de Endocrinología por mal control metabólico. Presentaba cefalea, marcha inestable y pérdida de visión progresiva en ambos ojos. En la exploración se objetivó tendencia al prognatismo y marcado crecimiento acral. En base a ello, se solicitaron pruebas ambulatorias con sospecha clínica de acromegalia. En el estudio hormonal destacaron los siguientes hallazgos: GH basal $75,5 \text{ ng/ml}$, IGF-1 511 ng/ml , PRL $147,4 \text{ ng/ml}$. La RM craneal identificó una lesión sellar de $53 \times 28 \times 45 \text{ mm}$, con invasión del seno esfenoidal y efecto masa sobre el sistema óptico supraselar, suelo del tercer ventrículo y región

inferior del cuerpo caloso, condicionando hidrocefalia obstructiva. El diagnóstico fue de acromegalia secundaria a un macroadenoma hipofisario productor de GH. Se decidió el tratamiento quirúrgico para descomprimir el quiasma y el sistema ventricular. La paciente fue intervenida por vía transcraneal subfrontal con escisión parcial de la lesión. El estudio histológico identificó restos de adenoma con expresión inmunohistoquímica de GH y focal de PRL. No se identificaron figuras de mitosis y el Ki67 fue inferior al 3%. Tras la intervención mejoró la clínica neurológica. Los niveles de GH y PRL persistieron elevados a la semana de la cirugía, aunque habían descendido respecto a los valores previos: IGF-1: 395 ng/ml , GH basal $11,10 \text{ ng/ml}$, PRL $57,2 \text{ ng/ml}$. De cara al alta se decidió iniciar tratamiento médico con lanreótido para control del resto tumoral posquirúrgico.

Conclusión: La hidrocefalia obstructiva secundaria a tumores hipofisarios es excepcional. Presentamos un caso en el que la citorreducción quirúrgica permitió restablecer la normal circulación del LCR y evitar la derivación permanente. Procede prestar una especial atención a pacientes con síntomas neurológicos e indicios clínicos sugestivos de acromegalia para lograr un diagnóstico precoz.

40. INTERFERENCIA ANALÍTICA DE LOS INMUNOENSAYOS DE ESTEROIDES GONADALES COMO CAUSA DE SOSPECHA DE UN TUMOR PRODUCTOR

L. Tafur, J.A. Balsa Barro, P. Díaz Guardiola, L. Rincón García y M. Ramírez Belmar

Hospital Universitario Infanta Sofía.

Introducción: Los errores de laboratorio en la determinación de hormonas sexuales, tanto de andrógenos como estrógenos, son raros en la práctica clínica habitual. En ocasiones, niveles falsamente elevados pueden llevar a errores en el diagnóstico y, en consecuencia, en el manejo. Una causa descrita es la interferencia debida a la presencia de anticuerpos heterófilos.

Casos clínicos: Se presentan 2 casos con elevación de testosterona y estradiol en niveles de rango tumoral con clínica compatible, pero de severidad poco acorde con los hallazgos analíticos. En el primer caso, la presencia de Ac heterófilos fue la causa de la interferencia. En el segundo caso, la causa no pudo ser determinada. En ambos, se descartó la toma de dosis farmacológicas de biotina.

Discusión: Los errores en la determinación de esteroides son poco frecuentes. Debe tenerse en cuenta la interferencia analítica en el diagnóstico diferencial, sobre todo en casos de niveles de esteroides en rango tumoral en los que no se detecta patología tumoral. La presencia de anticuerpos heterófilos es una de las causas, pero no siempre puede establecerse el motivo de interferencia.

41. SÍNDROME DE HUESO HAMBRIENTO

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

Hospital Universitario de Getafe.

Introducción: El síndrome de hueso hambriento (SHH) es una entidad clínica que se caracteriza por un aumento de la captación ósea de calcio, fósforo y magnesio posterior al descenso brusco de la hormona paratiroidea; este síndrome ha sido descrito en relación a múltiples procesos de los cuales el más frecuente es la paratiroidectomía.

Determinación	Paciente 1 (varón de 30 años) MC: Ginecomastia				Paciente 2 (mujer de 15 años) MC: Acné severo y T elevada		
	Análítica 1	Análítica 2	P-PEG	LAB-Dif	Análítica 1	Análítica 2	LAB-Dif
Estradiol (pg/mL)	100	99	11,8	37,5	120	ND	
Estrona (pg/mL)	38,3	37,9			62,1	ND	
Testosterona total (ng/mL)	5,9	7,1			3,8	4,6	0,3
Testosterona libre (pg/mL)	95	120			113	131	1,8
LH (mIU/mL)	3,1	1,9			34,5	ND	
FSH (mIU/mL)	1,3	0,8			7,8	ND	
Δ 4-Androstendiona (ng/mL)	ND	4,4			5,1	3,2	
DHEAS (μ g/dL)	288	266			215	188	
β -hCG (UI/L)	<2,0	<2,0			62,06	ND	
Prolactina (ng/mL)	7	ND			11	ND	
Determinación de Estradiol o de T tras dilución de la muestra	No sugestiva de interferencia				Sugestiva de interferencia		
Neutralización de Ac heterófilos	ND				Negativo		
TC abdominal	Normal				Normal		
RM abdominal	Normal				ND		
ECO genital	Normal				Normal		
P-PEG: Precipitación del suero con PEG; LAB-Dif: Determinación del esteroide en un laboratorio diferente (con un método CLIA de otro fabricante). ND: No determinado							
Valores normales en varón: E2: 12 - 41. T: 1,69 - 6,53. T libre: 50 - 210. LH: 1,5 - 9,3. FSH: 1,4 - 18,1. Δ 4A (ng/mL) V: 0,6 - 3,1. DHEAS: 59 - 452. β -hCG: 0-10. PRL: 2,1 - 17,7. Valores normales en mujer (fase folicular): E2: 19 - 144. T: 0,1 - 0,6. T libre: 1,0 - 5,2. LH: 1,9 - 12,5. FSH: 2,5 - 10,2. Δ 4A (ng/mL) V: 0,3 - 3,3. DHEAS: 20 - 535. PRL: 2,8 - 29,2.							

Figura Comunicación 40

Caso clínico: Exponemos el caso de una mujer de 58 años derivada a consultas de Endocrinología para estudio de hiperparatiroidismo. En las pruebas de imagen se objetiva un adenoma paratiroideo con diámetro máximo de 3 cm, que presenta captación intensa en la gammagrafía ^{99m}Tc -MIBI. El curso clínico agudo, el tamaño y características de la lesión, y las determinaciones analíticas (PTH > 3.000 pg/ml, FA 2.326 U/L, bHCG 14,4 mU/mL) sugieren como primera opción origen tumoral por lo que se realiza hemitiroidectomía izquierda en bloque con hallazgos anatomopatológicos compatibles con adenoma de paratiroides. Durante el postoperatorio inmediato la paciente desarrolla hipocalcemia sintomática grave con cifras mínimas de calcio de 6,12 mg/dl (Ca iónico 3,73 mg/dl) de difícil control, hipomagnesemia e hipofosforemia requiriendo ingreso prolongado para tratamiento intravenoso hasta normalización de cifras. Actualmente la paciente mantiene cifras de calcemia en límite bajo de la normalidad con suplementos orales de calcio y vitamina D.

Discusión: Se cree que el SHH se produce debido una reducción abrupta de la concentración sérica de PTH después de una paratiroidectomía provocando un desequilibrio a favor de la formación ósea con aumento importante de la captación de calcio por el esqueleto ocasionando hipocalcemia grave, por lo que los pacientes con SHH suelen tener una reducción grave de la concentración sérica total de calcio a menos de 8,4 mg/dl y/o hipocalcemia prolongada durante más de 4 días después de la operación. También se ha relacionado la aparición del síndrome de hueso hambriento con adenomas de gran tamaño que presentan llamativa elevación de PTH y FA y en pacientes con factores de riesgo como enfermedad renal crónica, déficit de vitamina D y afectación ósea previa (tumores pardos), antecedentes que previamente presentaba nuestra paciente. La incidencia de esta patología es variable debido a que se han utilizado varias definiciones de SHH, en pacientes con hiperparatiroidismo primario, se ha informado una prevalencia de entre 4 al 87%; mientras que en hiperparatiroidismo secundario, incidencias de 27% hasta 88%. Actualmente la incidencia del síndrome del hueso hambriento tras paratiroidectomía ha ido disminuyendo debido al diagnóstico más precoz, el tratamiento apropiado preoperatorio y el buen control postoperatorio.

41. EVALUACIÓN PROSPECTIVA DE LA CALIDAD DE LOS INFORMES DE ECOGRAFÍA TIROIDEA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

P. Valderrábano Herrero, M.P. de Miguel, C. Familiar, E. Fernández, A. López, P. Martín, P. Parra, C. Tasende, M.J. Rodríguez y V. Alcázar

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Hospital Clínico San Carlos. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Hospital Universitario La Paz. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Hospital Universitario Severo Ochoa.

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. El año pasado el grupo de trabajo de cáncer de tiroides de la SENDIMAD presentó un estudio retrospectivo que sugería que la información provista en la mayoría de informes de ecografía tiroidea evaluados en consultas de endocrinología de la Comunidad de Madrid era insuficiente para decidir la actitud clínica de forma adecuada. Este estudio evalúa los mismos criterios de forma prospectiva.

Métodos: Cada uno de los 10 participantes de este estudio, aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario Ramón y Cajal, recogió de forma prospectiva datos de unos 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. Se excluyeron los informes realizados por el propio investigador en su consulta para evitar sesgos. Para calcular la media de variables correctamente descritas en cada informe, no se contabilizó las descritas "a veces" (no informada en todos los nódulos > 1 cm).

Resultados: Se analizaron 468 informes evaluados en 6 hospitales de la Comunidad de Madrid. El 94% fue informado por radiólogos, el

5% por endocrinólogos y el 0,01% por Atención Primaria. El 89% fue informado en los propios centros y el 11% por centros externos. La media de variables descritas fue de 3,5. Los informes de endocrinólogos describían más características que los de radiólogos (5,5 vs. 3,4, $p < 0,001$). La mayoría de los informes describían la composición (77%) y la ecogenicidad de los nódulos (69%). El resto de variables no se informaba adecuadamente en la mayoría de los informes. La clasificación radiológica más utilizada fue ACR-TIRADS (61%).

Conclusiones: Los hallazgos son similares a los arrojados por el estudio retrospectivo del año pasado. La información provista en la mayoría de informes de ecografía tiroidea actualmente evaluados en consultas de endocrinología de la Comunidad de Madrid es insuficiente para decidir la actitud clínica de forma adecuada.

Financiación: este trabajo ha sido financiado mediante una BECA SENDIMAD de Ayuda a la Investigación en Endocrinología, Nutrición y Diabetes 2021

43. HIPOFISARISMO SECUNDARIO A METÁSTASIS HIPOFISARIA DE CÁNCER DE MAMA: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Madrid Egusquiza, N. Brox, M. Marchán, N. Sánchez, C. García, C. Idrobo, J.M. Ruiz, E. Achote y G. Baonza

Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción: Las metástasis hipofisarias (MH) son un hallazgo infrecuente y su incidencia reportada es variable. El cáncer de mama y de pulmón son los tumores que con más frecuencia metastatizan a la hipófisis. Siendo a menudo asintomáticas, su prevalencia es mayor en las series de autopsias; además, se pueden encontrar incidentalmente durante el estudio por imágenes en pacientes con enfermedad neoplásica avanzada. Dada la ausencia de hallazgos clínicos o radiológicos patognomónicos y el riesgo de alteración hormonal derivada de la invasión del tejido hipofisario, puede ser difícil diferenciar las MH de los adenomas hipofisarios o de la hipofisitis, dado el aumento de casos en los que se utiliza inmunoterapia en este tipo de tumores.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 84 años que acude al servicio de urgencias por traumatismo craneoencefálico y desorientación. Como antecedentes personales la paciente había presentado cáncer de cérvix tratado con radioterapia y carcinoma ductal de mama tratado con mastectomía y terapia hormonal, con metástasis hepáticas y óseas que habían sido tratadas con radioterapia. En la analítica de sangre realizada en urgencias se objetiva hiponatremia grave sintomática de 111 con osmolalidad de 214 con VEC conservado y en la analítica de orina sodio urinario de 33 mmol/L y osmolalidad urinaria de 160. Ingresó por hiponatremia grave a estudio donde inicia cuadro de hipotensión refractaria, hipoglucemia y dolor abdominal que mejora tras administración de Hidrocortisona 100 mg iv, incrementando las cifras de natremia de 113 a 123 en las primeras 24 h de administración del mismo. Se extrae analítica previa a la administración de corticoterapia con cortisol sérico 5,40 ug/dL (3,7-19,4); ACTH no disponible. En este contexto, se solicita estudio hormonal donde se objetiva hipotiroidismo central (TSH 1,46, T3 1,33 y T4 0,43) e hipogonadismo hipogonadotropo (FSH 0,53, LH 0,04 y estradiol indetectable), resto de ejes conservados. El test de Synacthen con 250 µg resultó normal, probablemente por realizarse dentro de periodo agudo (cortisol 0' 7,40 ug/dL (3,7-19,4), cortisol 60' 16,30 ug/dL). Se solicita RM hipofisaria (imágenes) donde se observa un engrosamiento del tallo hipofisario compatible con metástasis hipofisarias como primera posibilidad. Dado estos hallazgos, se establece tratamiento sustitutivo con hidroaltesona oral en régimen de 15-10-5 mg y levotiroxina oral 50 ug, encontrándose pendiente de repetir nuevo test de Synacthen.

Discusión: Las MH son hallazgos raros, incluso en pacientes con una enfermedad neoplásica avanzada. El abundante suministro de

sangre de la glándula hipofisaria puede facilitar la diseminación y siembra de metástasis hematógenas. Se debe tener un alto índice de sospecha en pacientes con tumores avanzados y presencia de alteración hormonal y/o síntomas oculares o neurológicos.

44. DIFERENCIAS ENTRE EL PORCENTAJE DE MALIGNIDAD ESPERADO SEGÚN EL SISTEMA BETHESDA Y EL PORCENTAJE DE MALIGNIDAD ENCONTRADO EN LAS TIROIDECTOMÍAS CON PAAF PREVIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

R.J. Añez Ramos, A. López, A. M. Rivas, I. Losada, A. García, M. Gómez-Gordo, G. Collado, M. Pérez, I. Jiménez y E. Fernández

Servicio de Endocrinología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: El sistema de Bethesda otorga a cada categoría de PAAF un riesgo concreto de malignidad (B1: 5-10%, B2: 0-3%, B3: 10-30%, B4: 25-40%, B5: 50-75%, B6: 97-99%). En base a este riesgo se tomarán decisiones terapéuticas que influirán en la vida del paciente. Es importante comprobar si el porcentaje de malignidad obtenido en nuestra práctica clínica diaria es similar al esperable de acuerdo al Sistema de Bethesda.

Objetivos: Comprobar si el porcentaje de malignidad dentro de las PAAF realizadas en nuestro hospital es similar al esperable según el sistema de Bethesda para cada una de sus diferentes categorías.

Métodos: Se solicitó al servicio de AP el listado de tiroidectomías y hemitiroidectomías realizadas durante los años 2018 y 2019. Analizamos retrospectivamente las intervenciones que contaban con PAAF previa a la cirugía, anotando la categoría de Bethesda de cada una. Se evaluó el análisis anatomopatológico de las piezas quirúrgicas, diferenciando entre positivos y negativos para malignidad. Dentro de los positivos para malignidad, se hizo un ajuste posterior, excluyendo aquellas piezas que habían sido positivas para malignidad por presentar un hallazgo de microcarcinoma incidental en una zona del tiroides diferente a la correspondiente a la PAAF previa.

Resultados: Se recibieron 327 muestras de tiroides procedentes de tiroidectomías y hemitiroidectomías realizadas en el Hospital Gregorio Marañón. En 262 de los procedimientos se realizó PAAF previa a la intervención, distribuyéndose dichas PAAF de la siguiente manera según su categoría de Bethesda: B1 (5,72%; n = 15), B2 (49,61%; n = 130), B3 (13,74%; n = 36), B4 (9,92%; n = 26), B5 (8,39%; n = 22), B6 (12,59%; n = 33). 103 de las 327 muestras de AP fueron positivas para malignidad, contando 93 de ellas con PAAF prequirúrgica. El porcentaje malignidad en la anatomía patológica distribuidos dentro de cada categoría de PAAF fue el siguiente: B1 (40%; n = 6), B2 (12,30%; n = 16), B3 (25%; n = 9), B4 (38,46%; n = 10), B5 (86,36%; n = 19), B6 (100%; n = 33). Tras excluir microcarcinomas incidentales encontrados en la AP que no correspondían al nódulo evaluado de la PAAF previa, se obtuvo lo siguiente: B1 (40%; n = 6), B2 (10%; n = 13), B3 (19,44%; n = 7), B4 (38,46%; n = 10), B5 (81,81%; n = 18), B6 (100%; n = 33).

Conclusiones: El porcentaje de malignidad encontrado en nuestro medio, tras excluir los microcarcinomas incidentales no concordantes con la zona puncionada, es similar al esperable según el sistema de Bethesda en las categorías B3, B4 y B6, mientras que ha resultado superior el porcentaje de malignidad en nuestro medio en B1, B2 y B5.

45. FRECUENCIA DEL CÁNCER INCIDENTAL DE TIROIDES EN LAS TIROIDECTOMÍAS REALIZADAS POR PATOLOGÍA TIROIDEA BENIGNA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

I. Losada Gata, A. López, A. García, A. M. Rivas, R. J. Añez, G. Collado, M. Gómez-Gordo, Ignacio Jiménez, M. Pérez y L. González Fernández

Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: El cáncer incidental de tiroides (CIT) se ha definido como una neoplasia muy pequeña y no sospechada identificada incidentalmente mediante el examen de la anatomía patológica de una pieza de tejido tiroideo extraído de forma quirúrgica en el seno de una enfermedad benigna de tiroides.

Objetivos: Describir la frecuencia del CIT en pacientes intervenidos por patología tiroidea benigna.

Métodos: Se tomaron en cuenta 327 procedimientos de tiroidectomías y hemitiroidectomías realizados durante los años 2018 y 2019 en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se excluyeron aquellas intervenciones que tuviesen PAAF previa con Bethesda 4, 5 o 6 o con indicación de tiroidectomía por sospecha/diagnóstico confirmado de cáncer de tiroides, obteniéndose un total de 185 piezas quirúrgicas.

Resultados: El diagnóstico prequirúrgico más frecuente fue el bocio multinodular con 69,7% (n = 129), seguido de la EGB (13,0%; n = 24); hiperparatiroidismo primario (10,8%; n = 20) y el MEN2 con 4,9% (n = 9). Se encontró una incidencia de CIT del 11,9% (n = 22). El diagnóstico anatomopatológico más frecuente fue el microcarcinoma papilar (50%; n = 11); microcarcinoma medular (22,8%; n = 5); carcinoma papilar (13,7%; n = 3); carcinoma folicular (4,5%; n = 1); carcinoma medular (4,5%; n = 1) y otro (4,5%; n = 1) que correspondió al caso de una metástasis de cáncer de células renales. Se encontró una asociación significativa (chi cuadrado de 12,224; p = 0,016) entre el diagnóstico prequirúrgico y el CIT, siendo los pacientes con MEN2 quienes tuvieron mayor frecuencia de CIT con 44,4% en tiroidectomía profiláctica sin sospecha de malignidad en ecografías previas. En el análisis multivariante para CIT ajustado por edad, sexo y patología previa se encontró que los sujetos con MEN2 tienen un riesgo de ocurrencia del 5,72 (IC95%: 1,18-27,52; p = 0,030) para presentar CIT.

Conclusiones: Se ha encontrado un porcentaje similar de CIT al descrito en la literatura, los sujetos con MEN2 tiene mayor riesgo de presentar CIT, y no hubo una asociación con el sexo y edad.

46. SÍNDROME DE INSENSIBILIDAD A HORMONAS TIROIDEAS: SOSPECHA DE UNA NUEVA VARIANTE EN EL GEN DEL RECEPTOR DE HORMONAS TIROIDEAS BETA

G. Collado González¹, M. Gómez-Gordo¹, R.J. Añez¹, A.M. Rivas-Montenegro¹, A. García-Piorno¹, I. Losada-Gata¹, M. Pérez-Noguero¹, N. Jiménez-Hernando¹, A. Aguayo², M. Sambo-Salas¹, O. González-Albarrán¹

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. ²Biocruces Bizkaia Health Research Institute. CIBERDEM, CIBERER, Hospital Universitario de Cruces, UPV/EHU.

Introducción: El síndrome de insensibilidad a hormonas tiroideas (IHT) es una entidad poco frecuente caracterizada por una disminución en la sensibilidad tisular a la acción de las hormonas tiroideas (HT), causado en su mayoría por mutaciones en el gen que codifica para la isoforma beta del receptor de HT (rTH β) con herencia autosómica dominante. Presenta niveles elevados de HT y hormona tirotrópica (TSH) no suprimida con gran variabilidad fenotípica, desempeñando el estudio genético un papel importante el diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 54 años sin antecedentes de interés que fue remitida desde Atención Primaria a nuestra consulta por sospecha de hipertiroidismo primario. La paciente presentaba clínica de palpitations, temblor y pérdida de peso, con T4L elevadas y TSH en rango en analíticas repetidas. Aportaba analítica reciente con T4L de 2,32 ng/dL y TSH 0,9. Se inició tratamiento sintomático con betabloqueante y se realizó analítica en nuestro laboratorio con técnicas distintas. En dos analíticas pos-

teriores se confirmó T4L elevada (1,6 ng/dL, rango 0,7-1,5) y TSH normal, mostrando elevación de T3L de 4,51 pg/mL (1,88-3,18). Los anticuerpos antitiroideos (anti-TPO, anti-TG, anti-TSI) resultaron negativos. La ecografía cervical mostró bocio multinodular con un nódulo tiroideo (NT) de 16 mm con vascularidad mixta, con PAAF posterior compatible con nódulo folicular benigno (Categoría II de Bethesda). Se solicitó RM de hipófisis descartando patología hipofisaria, y se amplió el estudio analítico con proteína de unión a HBG (SHBG 50 nmol/L, normal 20-155) y subunidad alfa de TSH (0,67 mUI/L, normal \leq 0,67) con valores en rango, y test de supresión con T3L con resultado positivo. Ante la sospecha de IHT por mutación en rTH β , se realizó estudio genético del gen (exones 7-10) por secuenciación, encontrando en el exón 9 una variante no descrita previamente (c.1045G > T) que conduce a la sustitución de un aminoácido de alanina por glutamato en la posición 335: p.Ala335Glu. Esta variante no se encuentra en las bases consultadas, aunque sí se ha identificado una mutación que afecta al mismo codón (p.Ala335Pro) con significado patogénico.

Discusión: La IHT se presenta en su mayoría de forma paucisintomática pudiendo pasar desapercibida. La sospecha analítica es fundamental y la identificación de variantes genéticas asociadas complementa el diagnóstico, aunque muchas de ellas permanecen con significado clínico incierto, como en el caso clínico presentado. En un futuro, la ampliación de las bases genéticas disponibles podría confirmar la patogenidad de estas nuevas variantes para ofrecer un adecuado tratamiento y consejo genético.

47. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE UN NÓDULO TIROIDEO TRATADO CON RFA: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Pérez Noguero, I. Jiménez, M. Gómez-Gordo, G. Collado, A. García, I. Losada, A. M. Rivas, R. J. Añez, A. López y O. González Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: La RFA es una técnica mínimamente invasiva que se utiliza para reducir el volumen de los nódulos tiroideos en los que se aplica, consiguiendo reducciones de volumen que van desde el 50 al 75%. Hoy en día la RFA es una técnica de elección alternativa a la cirugía para el tratamiento de nódulos sólidos benignos sintomáticos, que ha demostrado ser eficaz y presentar una menor tasa de complicaciones que la cirugía convencional.

Caso clínico: Mujer de 42 años con nódulo tiroideo en LTI, con síntomas compresivos y defecto estético, que no desea intervención quirúrgica. En la ecografía se describe como un nódulo sólido, heterogéneo, de 35 x 24 x 36 mm (AP x T x S), con vascularización interna y periférica abundante. El informe de radiología lo describe como nódulo sin criterios ecográficos de malignidad. Se realiza PAAF previa a la intervención, obteniéndose resultado de Bethesda 2. En julio de 2014 se realiza técnica de radiofrecuencia del nódulo, sin complicaciones salvo leve hematoma pretiroideo en la zona de punción que se resuelve de forma espontánea. Se realizó seguimiento posterior con ecografía y revisión en consulta al mes, a los seis meses y al año, siendo las medidas de: 17 x 17 x 31 mm, 16 x 17 x 27 mm, 18,5 x 15,9 x 28,8 mm respectivamente. La reducción de volumen al año fue de un 75%. La paciente ha presentado mejoría de síntomas compresivos, con resolución completa de los mismos, por lo que es dada de alta. En 2018 acude nuevamente a nuestra consulta por haber presentado crecimiento significativo del nódulo. Medidas en ecografía de 23,1 x 24,1 x 35,1 mm (AP x T x S), lo que supone un aumento de volumen del 155% respecto a la última ecografía. Se realiza PAAF para descartar malignidad en 3 ocasiones, obteniéndose resultado Bethesda 1 en todas ellas. Se decide realizar gammagrafía para valorar naturaleza del nódulo, objetivándose nódulo hipocaptante, por lo que se decide derivar a cirugía. En 2019 se realiza hemitiroidectomía. La biopsia muestra un carcinoma fo-

licular mínimamente invasivo (2,5 × 2,5 × 2 cm), sin invasión vascular ni extratiroidea, y márgenes quirúrgicos respetados; pT2 pNx pMx. Se presentó en comité de tumores donde se decidió seguimiento. En sucesivas revisiones la paciente no ha presentado recidiva tumoral, manteniéndose asintomática.

Discusión: Nuestro centro comenzó a realizar RFA en 2014, siendo este uno de los primeros casos. En dicho momento no contábamos con guías de consenso sobre el manejo de los nódulos a tratar con RFA. En nuestro caso se realizó una única PAAF para descartar malignidad, en un nódulo que ecográficamente era más alto que ancho. Hoy en día se han publicado nuevas guías que aconsejan la realización de dos PAAF previas para evitar realizar el procedimiento en nódulos malignos, dado la tasa de falsos negativos que puede existir con una única PAAF. La RFA no está indicada como tratamiento de primera elección en nódulos malignos.

48. COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS DE LAS TIROIDECTOMÍAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

M.M. García González, J. Modamio, M. Zubillaga, L. Zeng, V. Triviño, M. Llaverro, O. Meizoso, I. Huguet, I. Moreno, I. Martín, M.Á. Gargallo y C. Sevillano

Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción: La tiroidectomía es una intervención quirúrgica indicada en lesiones benignas y en las neoplasias de la glándula tiroideas. Sus complicaciones posquirúrgicas más destacadas son lesiones del nervio laríngeo recurrente, hematomas en el lecho quirúrgico y el desarrollo de hipocalcemia o hipoparatiroidismo posoperatorio.

Objetivos: Exponer las complicaciones postquirúrgicas de las tiroidectomías llevadas a cabo desde enero de 2021 hasta septiembre de 2022 en el Hospital Universitario Infanta Leonor.

Métodos: Estudio observacional de tipo descriptivo retrospectivo. Variables estudiadas de 75 pacientes sometidos a cirugía tiroidea en el período 2021-2022: edad, género, técnica quirúrgica, servicio quirúrgico, complicaciones: hipocalcemia e hipoparatiroidismo posoperatorio, parálisis de cuerdas vocales, hematoma posquirúrgico y disfonía.

Resultados: 75 pacientes, edad media: 51,31 años. Sexo: 74,7% mujeres y 25,3% hombres. 67 tiroidectomías totales, el resto hemitiroidectomías ± istmo. Servicio de Cirugía General: 57,3% cirugías. Otorrinolaringología: 42,7% cirugías. 25,3% hipocalcemia posoperatoria, 24% hipoparatiroidismo transitorio y 8% permanente. 3 casos de parálisis de las cuerdas vocales, 2 hematomas y 9 disfonías.

Conclusiones: El hipoparatiroidismo es una complicación frecuente después de realizar una tiroidectomía total, pero la mayoría de los pacientes recuperan la función de las glándulas paratiroides a los meses de la cirugía. Actualmente, existen diferentes series publicadas de la prevalencia de hipoparatiroidismo transitorio, entre

el 10% y el 40%; mientras que la del permanente o crónico varía del 0,12% al 16,2%. Para prevenir estas complicaciones consideramos necesario tener en cuenta los factores predictores bioquímicos y quirúrgicos asociados al paciente, y contar con un cirujano experto en la práctica de tiroidectomías.

49. HIRSUTISMO EN UNA MUJER POSTMENOPÁUSICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Zeng, O. Meizoso, J. Modamio, M. Zubillaga, M. García, I. Moreno, I. Martín, I. Huguet, V. Triviño, M. Llaverro, M. Gargallo y C. Sevillano

Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción: El hirsutismo en mujeres posmenopáusicas supone un reto diagnóstico, siendo crucial descartar los tumores productores de andrógenos, de origen adrenal u ovárico.

Caso clínico: Mujer de 63 años con hipertensión arterial y dislipemia que consulta por hirsutismo progresivo de 2 años de evolución. En la exploración física destaca vello terminal en varias áreas andrógenos dependientes con una puntuación de 21 en la Escala de Ferriman Gallwey. En el análisis de sangre inicial destaca testosterona total de 1.02 ng/ml (0,06-0,25), testosterona libre de 15,8 pg/ml (1,0-8,5), con androstendiona, 17-hidroxi progesterona, sulfato de dehidroepiandrosterona y globulina transportadora de hormonas sexuales normales. Estradiol 19 pg/ml, folitropina 42,00 mUI/ml y lutropina 30,80 mUI/ml, normales para mujer posmenopáusica. Ante la elevación llamativa de testosterona se solicita TAC abdominal para valoración de patología adrenal y ovárica sin evidenciarse alteraciones significativas. Se solicita posteriormente ecografía ginecológica que tampoco muestra lesiones ováricas. Dada la ausencia de hallazgo tumoral en las pruebas de imagen que justifique la elevación de testosterona, se decide administrar análogo de GnRH (Triptorelina 3,75 mg intramuscular) con determinación semanal de niveles de testosterona libre mostrándose los siguientes resultados: basal 25 pg/ml, 1ª semana 19,9 pg/ml, 2ª semana 4 pg/ml, 3ª semana nivel indetectable. La supresión de testosterona tras administración de análogo de GnRH orienta a un origen ovárico como responsable de hiperandrogenismo. Por lo que, tras comentar la situación con paciente y Ginecología se decide realizar anexectomía bilateral laparoscópica, manteniéndose niveles de testosterona total indetectables tras la misma. Finalmente, la anatomía patológica arroja datos de hiperplasia estromal ovárica bilateral inespecífica, con células estromales luteinizadas.

Discusión: El efecto inhibitor de GnRH sobre los tumores productores de andrógenos de origen ovárico al suprimir la producción de gonadotropinas endógenas ha sido descrito previamente en la literatura. Esto podría sugerir la utilidad de su uso diagnóstico y terapéutico para este tipo de tumores, dado que, en muchas ocasiones, son tumores de tamaño milimétrico y de difícil diagnóstico mediante las pruebas de imagen convencionales.

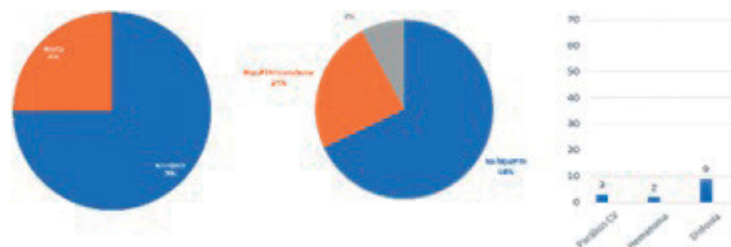


Figura Comunicación 48

50. RIESGO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES Y COMPLICACIONES CLÁSICAS EN EL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO NORMOCALCÉMICO. ¿CÓMO AFECTA LA PARATIROIDECTOMÍA EN EL DESARROLLO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES?

M. López Ruano, L. Delgado Burdalo, C. Martínez Otero, T. Armenta Joya, V. Navas Moreno, J. Jiménez Díaz, F. Sebastián Valles, M. Marazuela Azpíroz, M. Sampedro Núñez y J.L. Muñoz de Nova

Hospital Universitario de La Princesa.

Introducción: Las guías clínicas actuales recomiendan considerar el tratamiento quirúrgico en todos los casos de hiperparatiroidismo primario normocalcémico (HPPNC) que desarrollan sintomatología clásica. A diferencia de lo que ocurre en el hiperparatiroidismo primario hipercalcémico (HPPHC), son pocos los pacientes que precisan cirugía siguiendo estas recomendaciones. Sin embargo, el riesgo cardiovascular parece estar aumentado en estos pacientes, de forma similar a lo que ocurre en el HPPHC, lo que sugiere que la PTH pueda ser un factor de riesgo cardiovascular y, por tanto, que la cirugía pueda tener un papel en la disminución de este riesgo.

Objetivos: El objetivo del estudio fue describir las complicaciones (clásicas y cardiovasculares) que aparecen durante los primeros 4-7 años de seguimiento en pacientes diagnosticados de HPPNC entre 2015 y 2017, así como comparar la incidencia de eventos cardiovasculares entre operados y no operados.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico, que incluye 113 pacientes diagnosticados de HPPNC entre enero de 2015 y diciembre de 2017. Se recogen parámetros bioquímicos, manifestaciones clínicas y características de manejo al diagnóstico, así como la incidencia de complicaciones clásicas y de eventos cardiovasculares (síndrome coronario agudo, accidente cerebrovascular y/o arteriopatía periférica) desde el diagnóstico hasta octubre de 2022.

Resultados: Un 77,8% de los pacientes de la muestra fueron mujeres. La edad media al diagnóstico fue de 64 años; 37,2% eran hipertensos, 12,4% diabéticos, 62,2% presentaban hipercolesterolemia (colesterol total > 200 mg/dl), 3,5% algún antecedente de evento cardiovascular, 28,3% osteoporosis y 15% nefrolitiasis. Se empleó GG/SPECT en el 59,3% de los casos, con hallazgo de adenoma paratiroideo en 30 (26,5%) e hiperplasia en 3 (2,6%). Se optó por tratamiento quirúrgico en 19 pacientes (16,8%). En cuanto al desarrollo de complicaciones, 8,3% de los casos presentaron hipercalcemia, 5,4% osteoporosis y 5,9% litiasis renales. Solo 7 pacientes (6,2%) desarrollaron eventos cardiovasculares y no se observaron diferencias significativas al comparar entre operados y no operados.

Conclusiones: El riesgo de complicaciones a los 4-7 años desde el diagnóstico fue del 5,4 al 8,3%. No se observaron diferencias entre grupos en cuanto al desarrollo de eventos cardiovasculares.

51. IMPLICACIONES DEL METABOLISMO FOSFOCÁLCICO EN EL DIAGNÓSTICO DE CRIBADO DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

Á. Fernández Sánchez, D. Meneses, J.G. Ruiz-Sánchez, R. Alegre, V. Pérez de Arenaza, C. Vázquez y J. Cárdenas-Salas

Hospital Fundación Jiménez Díaz.

Introducción: El hiperaldosteronismo primario (HAP) constituye la principal causa de hipertensión secundaria, caracterizada por un marcado aumento del riesgo cardiovascular, aunque constituye una entidad infradiagnosticada en nuestro medio. Numerosos estudios sugieren que la hipersecreción autónoma de aldosterona podría alterar la homeostasis cálcica, incrementando la calciuria y pérdida fecal de este ion y provocando una forma aproximada de hiperpara-

tiroidismo secundario, independiente incluso del desarrollo de enfermedad renal crónica (ERC). Algunos modelos evidencian la presencia de receptores para la angiotensina II y receptor mineralocorticoide en el tejido de las glándulas paratiroides que podría explicar esta relación. Sin embargo, el riesgo cardiovascular añadido por una elevada cosecreción de PTH al diagnóstico en individuos con HAP no ha sido todavía completamente establecido.

Métodos: Tras aplicar a nuestra población como criterios de exclusión tener un diagnóstico previo de hiperparatiroidismo primario o secundario a hipovitaminosis D, ERC superior a G3a y toma de suplementos que afectaran al metabolismo fosfocálcico, se contrastaron entre un grupo de pacientes con diagnóstico de HAP (n = 35) y otro de pacientes con HTA esencial (HE) (n = 32) las determinaciones de PTH, calcemia y perfil renal, correspondientes al inicio del estudio analítico para causas de HTA secundaria. Conjuntamente se realizó un estudio transversal y descripción muestral de los pacientes con posterior diagnóstico confirmatorio de HAP.

Resultados: Se arrojaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a cifras de PTH plasmática entre ambos grupos (p = 0,004), con mayores valores para aquellos pacientes que serían posteriormente diagnosticados de HAP frente al grupo de pacientes con HE. Existían además diferencias significativas para menores niveles de calcemia en el grupo de HAP, donde además se demostró que estas cifras de PTH no guardaban una correlación directa con los niveles de FGe ($r^2 = -0,54$) o 25-OH-VitD plasmáticos ($r^2 = -0,01$). En sujetos de ambos grupos con enfermedad cardiovascular ya establecida al diagnóstico, se halló con mayor frecuencia niveles de PTH fuera del rango de la normalidad (χ^2 con p = 0,018) frente al grupo control y mayores niveles de aldosterona plasmática con una p < 0,001. Como conclusión, una elevada cosecreción de PTH objetivada en el cribado de HAP podría vincularse a mayor presencia de LOD, ECV establecida y daño asociado a HTA en el momento del diagnóstico.

52. PRUEBAS DE CONFIRMACIÓN DE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: EXPERIENCIA EN UN CENTRO TERCIARIO.

I. Mantellini González, P. Parra, S. Rogic, T. Rojas, I. Aguilar, P. Martín y C. Álvarez.

Hospital Universitario La Paz.

Introducción: El hiperaldosteronismo primario (HAP) es la causa más frecuente de hipertensión arterial (HTA) secundaria. Se asocia a alto riesgo cardiovascular y está infradiagnosticado actualmente. El proceso diagnóstico no siempre se completa ya que suele precisar cambio de la medicación antihipertensiva para su correcta interpretación. Sin embargo, es rentable el cribado y la confirmación de los casos sospechosos para la detección de una patología relativamente frecuente y potencialmente curable.

Objetivos: Describir los resultados de las pruebas confirmatorias de HAP realizadas en el Hospital Universitario La Paz el primer año tras la protocolización del test de captopril y la sobrecarga salina.

Métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de los resultados de las pruebas confirmatorias de HAP realizadas en nuestro centro entre junio de 2021 y junio 2022. Se obtuvieron datos de la historia clínica de manera retrospectiva y se procedió a realizar un análisis descriptivo.

Resultados: Se estudiaron 39 pacientes, de los cuales 66,66% eran mujeres. 28,2% de la muestra tenía entre 55 y 60 años. El 48,71% de los pacientes tenía HTA grado 3 y solo 9 pacientes (28,20%) habían presentado hipocalemia. De las 45 pruebas confirmatorias para HAP realizadas en los 39 pacientes, un 66,66% fueron test de captopril. Se confirmó HAP en 18 pacientes y se descartó en 16. Inicialmente se obtuvieron 10 resultados indeterminados, por lo que se realizó

una segunda prueba confirmatoria en 6 de ellos. De estos, resultaron 2 positivos, 3 negativos y 1 indeterminado. El 87,17% de los pacientes recibía medicación antihipertensiva, que se cambió al menos 4 semanas antes de la prueba. De estos, la mayoría precisó doble terapia, siendo la combinación de calcioantagonistas no dihidropiridínicos + doxazosina la más utilizada (70,58% de los pacientes con anti-HTA). Solo una paciente acudió a Urgencias por crisis hipertensiva tras el cambio, coincidiendo con el olvido de la dosis de doxazosina de rescate, siendo de fácil manejo y sin consecuencias clínicas.

Conclusiones: 1. Obtuvimos un 74,35% de resultados concluyentes con una única prueba confirmatoria, subiendo a 87,17% tras realizar un segundo test en 6 pacientes. 2. En nuestra muestra, la prevalencia de Hiperaldosteronismo Primario fue del 46,15%. Esta es mayor a la de la población general con HTA, ya que los pacientes de la muestra tenían alta probabilidad pretest para HAP. 3. La hipopotasemia no fue frecuente (28,20%), por lo que consideramos que no debe ser necesaria para la sospecha clínica. 4. El cambio de medicación antihipertensiva es seguro, con una única complicación leve y de fácil manejo en la muestra. 5. Las pruebas de confirmación para hiperaldosteronismo primario son seguras y eficientes para el diagnóstico de una patología potencialmente curable.

53. OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA TIPO V

M.F. Reinoso Gomezcoello, I. Pavón, A. Bueno, V. Viedma, R. Vegara, H. Urriza, A. Salguero, G. Guijarro, M. Merino. J. Rosado y P. Iglesias.

Hospital Universitario de Getafe.

Introducción: La osteogénesis imperfecta es una displasia esquelética fenotípica y genéticamente heterogénea caracterizada por fragilidad ósea, deficiencia del crecimiento y deformidad esquelética; causado por defectos no solo en la estructura del colágeno sino también en los genes que afectan el plegamiento del mismo, la modificación y el procesamiento postraduccionales, la mineralización ósea y la diferenciación de osteoblastos. Los tipos I a IV clásicos de OI, son causados por defectos estructurales o cuantitativos en los genes que codifican el colágeno tipo I; pero en los últimos años, el descubrimiento de nuevas formas de OI condujo a investigar las vías críticas involucradas en el metabolismo óseo, siendo dos de estos genes recientemente identificados responsables de formas heredadas autosómicas dominantes de OI: IFITM5 (OI tipo V) y WNT1 (OI Tipo XV).

Caso clínico: Exponemos el caso de una paciente de 36 años derivada a la consulta de Endocrinología en 2007 para seguimiento de OI diagnosticada a los 18 meses, cuyo estudio genético realizado en 2021 identificó la variante patogénica c.-14C>T en el gen IFITM5 en heterocigosis, una mutación *de novo*; la paciente presentaba app de restricción respiratoria en relación a escoliosis, clínica de hiperlaxitud ligamentaria, escleras azules, sin dentinogénesis imperfecta, talla: 136 cm; al momento ha presentado 13 fracturas sin formación posterior de callos hiperplásicos, y en rx se evidencia calcificación de la membrana interósea del antebrazo, última DMO T-score -1,8 en radio. Actualmente en tratamiento con zolendronato e hidroferol.

Discusión: La OI tipo V es causada por una mutación AD recurrente en el 5'-UTR de la proteína IFITM5, que codifica una proteína (BRIL) que se expresa específicamente en el esqueleto y ejerce un papel positivo en la mineralización de los osteoblastos. La OI tipo V fue descrita clínicamente el año 2000 como una condición que no estaba asociada a mutaciones en el colágeno tipo I. Generalmente es una forma moderada de OI que se caracteriza por la formación de callos hiperplásicos después de fracturas, calcificación de la membrana interósea del antebrazo (54%) y una banda metafisaria

hiperdensa en el antebrazo (92%); las luxaciones de la cabeza radial (13%) también es frecuente y la escoliosis está presente en aproximadamente 2/3 de los casos (46%), generalmente los pacientes no suelen presentar esclerótica azul ni dentinogénesis imperfecta. Cabe destacar que, a pesar de que se ha identificado algunos pacientes con mutaciones IFITM5, hasta la fecha se ha demostrado que todos ellos tienen la misma mutación heterocigota (c.- 14C>T). La OI tipo V no se suele sospechar en algunos pacientes antes de la secuenciación del ADN. La variabilidad fenotípica, incluso entre pacientes con la misma mutación, es una de las características distintivas de la OI y aún no se comprende bien.

54. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DE LOS PACIENTES CRÍTICOS TRAS EL ALTA POR COVID-19

C. de la Cuerda, M. Maiz, S. Palma, J. Álvarez, C. Gil, C. Marcuello, M. Merino, M. Blanca, M.A. Sampredo, I. Galicia, I. Gonzalo, V. González, N. Modroño, A. Ramos, P. Díaz, V. Cervalos, F.J. Pérez
y Grupo de Investigación NUTRICOVID de SENDIMAD

Hospital Gregorio Marañón. Hospital 12 de Octubre. Hospital La Paz. Hospital Príncipe de Asturias. Hospital Central de la Defensa. Gómez Ulla. Hospital Clínico San Carlos. Hospital de Getafe. Hospital Rey Juan Carlos. Hospital de La Princesa. Hospital de Torrejón. Hospital de Fuenlabrada. Hospital de Alcorcón. Hospital Infanta Elena. Hospital de Móstoles. Hospital Infanta Sofía. Hospital Severo Ochoa, Outcomes'10.

Introducción: Los supervivientes a la COVID-19 ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) muestran peor calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) a corto plazo tras el alta hospitalaria en comparación con la población general. La CVRS se asocia a desnutrición y sarcopenia, condiciones con alta prevalencia en pacientes hospitalizados por COVID-19.

Objetivos: Describir la evolución de la CVRS un año tras el alta hospitalaria de pacientes críticos supervivientes a la COVID-19 y explorar el impacto del estado nutricional y funcional en la CVRS.

Métodos: Estudio de cohorte observacional, ambispectivo en 16 hospitales de Madrid con supervivientes a la COVID-19 ingresados en la UCI durante la primera ola de la pandemia (estudio NUTRICOVID). Se recogieron datos sociodemográficos, riesgo de desnutrición (MUST), sarcopenia (SARC-F) y CVRS (EQ-5D-5L, escala analógica visual [VAS] e índice de utilidad normalizado para la población española) al alta hospitalaria y a 12 meses. Se realizó un análisis comparativo del índice de utilidad según el riesgo de desnutrición y sarcopenia (STATA v.14). Solo se presentan p-valores con suficiente potencia estadística ($\geq 70\%$).

Resultados: Se incluyeron en el estudio 199 pacientes (70% hombres; media \pm DE de 61 ± 10 años). La media de la EQ-VAS fue de 39 ± 21 al alta y de 73 ± 20 a los 12 meses. La media del índice de utilidad fue de $0,25 \pm 0,41$ al alta y de $0,80 \pm 0,25$ a los 12 meses ($p < 0,01$). Al alta, los pacientes con alto riesgo de desnutrición tenían una media del índice de utilidad de $0,22 \pm 0,42$, mientras que los de riesgo bajo-medio tenían $0,40 \pm 0,37$. A los 12 meses, la CVRS en estos pacientes aumentó hasta $0,79 \pm 0,26$ y $0,85 \pm 0,18$ ($p = 0,80$), respectivamente. Al alta, los pacientes con riesgo de sarcopenia tenían una media del índice de utilidad de $0,19 \pm 0,40$, y sin riesgo de $0,69 \pm 0,22$ ($p < 0,01$). A los 12 meses, la CVRS en estos pacientes aumentó a $0,79 \pm 0,26$ y a $0,92 \pm 0,14$ ($p < 0,01$), respectivamente.

Conclusiones: Al alta, los pacientes con mayor riesgo de desnutrición o sarcopenia mostraron peor CVRS que aquellos con menor riesgo. Doce meses tras el alta, la CVRS global mejoró sustancialmente en toda la población, aunque con puntuaciones más bajas en pacientes con riesgo alto de desnutrición y/o sarcopenia. Estudio financiado por Nutricia.

55. DE LUMBALGIA A SÍNDROME DE CUSHING, A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Zubillaga Gómez, V. Triviño, I. Martín, J. Modamio, L. Zeng, M. García, M. Llaveró, I. Moreno, O. Meizoso y C. Sevillano

Hospital Universitario Infanta Leonor.

Introducción: Presentamos el caso de una mujer de 44 años con síndrome de Cushing secundario a adenoma suprarrenal, diagnosticado a raíz de aplastamientos vertebrales múltiples y osteoporosis secundaria a hipercortisolismo. En el posoperatorio inmediato de suprarrenalectomía, desarrolló diabetes insípida (DI) central transitoria.

Caso clínico: Mujer 44 años. Acude a urgencias por lumbalgia mecánica atraumática de 6 meses de evolución. A la exploración destaca HTA, *livedo reticularis* en piernas, fragilidad capilar, edema facial, hirsutismo en cara, espalda y glúteos. Las pruebas de imagen (Rx y TC de columna) confirman fracturas compresivas de todas las vértebras entre D12 y L5, osteopenia difusa y aumento de tamaño suprarrenal derecha. En las pruebas complementarias, tendencia a la hipernatremia e hipopotasemia leve, ACTH < 5 pg/mL, cortisol 26,8 µg/d, Cortisol tras 1mg dexametasona 23,00 µg/dl y cortisol libre en orina 24h > 598,0 µg/L. Se realiza TC abdominopélvico que confirma la presencia de lesión nodular en glándula suprarrenal derecha (2,6 × 3,2 × 3,1), que cumple criterios radiológicos de adenoma suprarrenal. La densitometría es compatible con osteoporosis en fémur total y osteopenia vertebral y en radio distal. Se realiza suprarrenalectomía derecha laparoscópica, y se inicia tratamiento con hidrocortisona. El diagnóstico AP es adenoma cortical suprarrenal. El día siguiente a la cirugía, la paciente presenta poliuria de 7 litros. En las pruebas complementarias destaca hipernatremia, osmolaridad plasmática 300 mOsm/kg y osmolaridad urinaria 235 mOsm/kg. Ante la sospecha de DI, se realiza test de respuesta a desmopresina, con aumento de la osmolaridad urinaria aumenta a 580 mOsm/kg (>50%), por lo que se concluye que existe un déficit central de ADH. Sin embargo, en las 48 horas posteriores, sin recibir nuevas dosis de desmopresina, la paciente no presenta un aumento del ritmo de diuresis, lo cual apunta a un cuadro de DI transitoria tras inicio de tratamiento corticoideo.

Discusión: La osteoporosis es frecuente en pacientes con síndrome de Cushing y aumenta el riesgo de fracturas, comorbilidad y discapacidad. Algunos pacientes con déficit de corticoides, al introducir nuevamente corticoterapia, pueden desarrollar inicialmente una DI central transitoria. Posiblemente sea el caso de esta paciente en el postoperatorio de la suprarrenalectomía cuando se introdujo el tratamiento con hidrocortisona.

56. HIPONATREMIA, LA GRAN SIMULADORA

M. Mediero Benítez, G. Castillo Carvajal y N. Aguirre Moreno

Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Introducción: La hiponatremia es una de las alteraciones hidroelectrolíticas más frecuentes. Dentro de sus causas, el SIADH se caracteriza por una excesiva secreción de hormona antidiurética (ADH) en ausencia de un estímulo fisiológico que lo justifique, cursando con hiponatremia, osmolaridad plasmática baja y osmolaridad elevada en orina. **Caso clínico:** Mujer de 28 años, con ingreso en Jun/22 en Medicina Interna por hiponatremia (Na 121 meq/L, no disponible OsmP, NaO 27 mEq/L, OsmO 873 mOsm/kg), refiriendo la paciente clínica de cefalea, astenia y malestar general. Inicio reciente de tratamiento con escitalopram. Se inicia restricción hídrica y se suspende escitalopram, con lo que remonta progresivamente cifras de Na. Al alta (Na 131 mEq/L), se interpreta hiponatremia en contexto de SIADH en relación a tratamiento con

ISRS, agravado por vómitos. En revisión de Jul/22 de Medicina Interna, asintomática, Na 140 mEq/L. Evolución: acude de nuevo a Urgencias en Agosto/22, refiriendo en la última semana pérdida progresiva de agudeza visual en OI y cefalea, con escasa respuesta a analgesia. Valorada por OFT: atrofia de nervio óptico OI y edema de papila OD (sd. de Foster Kennedy). RM craneal con lesión compatible con probable meningioma vs neuroblastoma olfatorio. En analítica Na 118 mEq/L, OsmP 257 mOsm/kg, NaO 148 mEq/L, OsmO 689 mOsm/kg. Descartados ISRR e hipotiroidismo. Se inicia tto con suero salino hipertónico, consiguiéndose una corrección en 24h de 7 meq/L (NaP 125 meq/L). Se pauta posteriormente restricción hídrica a 1 litro al día y urea 3 sobres al día. Mejoría sintomática franca. Al alta Na 128 meq/L, manejo con urea y restricción hídrica. Intervenido en agosto/2022 mediante resección parcial del tumor para disminuir el efecto masa y descomprimir el nervio óptico ipsilateral, persistiendo resto intracraneal y en seno etmoidal. AP compatible con carcinoma neuroendocrino. Octreoscan con captación local a nivel de hueso frontal y en región etmoidal. Reintervenida en Oct/22. Iniciado recientemente tratamiento con RT. Cifras de Na en mejoría hasta 132 meq/L.

Discusión: Junto con las neoplasias e infecciones, los fármacos son una causa habitual, y con incidencia en aumento del SIADH. Respecto a la causa tumoral, esta supone un 50% de las etiologías de este síndrome, entre las cuales se encuentra principalmente el ca. pulmón (fundamentalmente el microcítico), ca. de cabeza y cuello y TNE extrapulmonares. Respecto a la patología del SNC encontramos el TCE, hemorragias, tumores, ictus/AIT, meningitis, encefalitis... En estos últimos casos, la clínica puede confundirse en ocasiones con la propia del SIADH, por lo que es importante filiar adecuadamente el diagnóstico del SIADH y, en base a ello, realizar un adecuado y completo estudio complementario, aunque la sospecha de patología orgánica sea baja.

57. FACTORES DE RIESGO DE HIPOPARATIROIDISMO POSQUIRÚRGICO TRAS TIROIDECTOMÍA

A. Maricel Rivas Montenegro, A. López, R.J. Añez, A. García, I. Losada, M. Gómez-Gordo, G. Collado, M. Pérez, I. Jiménez y E. Fernández.

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Introducción: El hipoparatiroidismo es una de las complicaciones conocidas tras la tiroidectomía. Los niveles de hormona paratiroidea (PTH) se miden después de la cirugía y se utilizan para detectar pacientes con riesgo de hipoparatiroidismo posquirúrgico. Nuestro objetivo fue evaluar el punto de corte en la disminución de la PTH intraquirúrgica como factor predictor de hipoparatiroidismo y determinar los factores de riesgo asociados a hipoparatiroidismo permanente (HPP) y transitorio (HPT).

Métodos: Estudio retrospectivo de tiroidectomías realizadas por Cirugía General, Otorrinolaringología, Cirugía de tórax y Cirugía pediátrica durante 2018 y 2019. Con diagnóstico prequirúrgico de patología benigna y maligna.

Resultados: Se incluyeron a 327 pacientes, de los cuales 74,6% fueron mujeres. Los diagnósticos prequirúrgicos fueron: bocio 40,1%, nódulo tiroideo de sospecha 26%, cáncer de tiroides 15,9%, EGB 7,6% e hiperparatiroidismo primario 6,1%. Fueron reintervenidos 26 pacientes. Con respecto, al tipo de cirugía: tiroidectomía total 64,1%, hemitiroidectomía 31,6% y paratiroidectomía 2,8%. Linfadenectomía 18,7%. Se reportaron 79 casos de HPT y 20 casos de HPP. Según la curva COR de la PTH intraquirúrgica, la reducción del 80,34% tiene S 82% y E 68% para HPP con AUC 0,85 (p < 0,001) y la reducción del 80,32% tiene S 81% y E 85% para HPT con AUC de 0,87 (p < 0,001). Al realizar el análisis multivariante para determinar los factores

relacionados a HPT e HPP ajustado por sexo, diagnóstico prequirúrgico, tipo de cirugía, linfadenectomía, visualización de paratiroides en cirugía, visualización de paratiroides en anatomía patológica, reducción de PTH intraquirúrgica se encontró que las variables asociadas a HPT fueron: diagnóstico prequirúrgico de cáncer de tiroides (OR = 8,74; IC95% 1,81-42,21; p = 0,007), visualizar paratiroides en la cirugía (OR = 4,41; IC95% 1,10-17,64; p = 0,035), reducción de PTH mayor del 80% (OR = 24,29; IC95% 10,04-58,77; p < 0,001). La reducción de PTH mayor del 80% fue un factor de riesgo para HPP (OR = 12,57; IC95% 3,07-51,45; p < 0,001).

Conclusiones: La evaluación de la PTH sérica postoperatoria temprana ayuda a predecir el desarrollo posterior de HPP e HPT. Esto permite una suplementación temprana, selectiva y adecuada para reducir el riesgo de síntomas o complicaciones de hipocalcemia.

58. DESDIFERENCIACIÓN DE RESTOS A LA ESPERA DE RADIOYODO. A PROPÓSITO DE UN CASO DE CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES

Á.M. Chávez Villegas, L. Pérez-Olivares, E. García, G. Martínez-Guerra y M. León

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Introducción: El carcinoma anaplásico de tiroides (ATC) es uno de los tumores sólidos más agresivos. Supone entre el 1,6-5% de las neoplasias tiroideas y tiene una supervivencia media en el primer año de 10-20%. La presentación clínica habitual es una masa cervical de rápido crecimiento, con invasión locorregional y/o a distancia desde el diagnóstico. El tratamiento es la tiroidectomía total (cuando es reseccable) con radio (RT) y quimioterapia (QT) neoadyuvantes, si bien las posibilidades terapéuticas han evolucionado con el desarrollo de la inmunoterapia y la terapia dirigida a mutaciones en casos susceptibles a las mismas.

Caso clínico: Se presenta el caso una mujer de 79 años con antecedente de carcinoma papilar de tiroides intervenido, derivada a nuestro centro por masa cervical de rápido crecimiento. La paciente es conocida por nuestro servicio por derivación para administración de I-131 tras tiroidectomía total en otro centro en noviembre de 2021. En la histopatología de la pieza quirúrgica se objetivan dos focos de carcinoma papilar clásico, uno en hemitiroides derecho 1,3 cm con afectación del borde quirúrgico y otro en hemitiroides izquierdo de 2,6 mm (Estadio T1b). En abril de 2022, acude al hospital por disfonía y disfagia progresivas por masa cervical creciente de un mes de evolución. A la exploración: palpación de masa cervical derecha pétreo, sin adenopatías. Se realiza nasofibroscopia, donde se descarta compromiso de la vía aérea. En analítica, perfil tiroideo normal y tiroglobulina de 23 ng/ml. Se solicita TC de cuello, donde se objetiva masa cervical de 3,8 × 4,2 × 4 cm en lecho tiroideo derecho, con signos de necrosis intralesional e infiltración de estructuras vecinas vasculares y esófago cervical, además de adenopatías en nivel IVa derecho y metástasis pulmonares bilaterales. Dadas la rápida evolución y la forma de presentación clínica, se solicita biopsia con aguja fina, cuyo estudio histológico confirma el diagnóstico de ATC con BRAF V600E mutado. Se inicia radioterapia con intención paliativa. Dada buena situación basal, mutación BRAF y no progresión tras RT, se inicia tratamiento sistémico compasivo con dabrafenib y trametinib. A día de hoy, la paciente mantiene seguimiento estrecho con endocrinología, oncología médica y cuidados paliativos, permaneciendo con buena situación clínica general.

Discusión: El ATC es una neoplasia infrecuente, aunque altamente agresiva, por lo que el diagnóstico y manejo precoz son vitales. El abordaje multidisciplinar, con el endocrinólogo como coordinador de recursos, ayuda a mejorar la calidad de vida de los pacientes. Si bien las opciones terapéuticas son limitadas, estas avanzan a gran velocidad.

59. PANHIPOPITUITARISMO CAUSADO POR NEUROCISTICERCOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

N. Brox Torrecilla, E. Pascual, A. Bayona, B. Ugalde, T. Ruiz, L. Montáñez, G. Baonza, P. Valderrábano, E. de la Calle y M. Araujo
Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Introducción: La neurocisticercosis (NCC) es la enfermedad parasitaria más común que afecta el sistema nervioso central (SNC), la cisticercosis puede surgir en casi cualquier parte del SNC (por ejemplo, intraparenquimatosa, cisternal o intraventricular) y en casos raros se ha descrito en la región selar o supraselar. Se han informado menos de 10 casos en la literatura de afectación hipofisaria o hipotalámica. Además, el hipopituitarismo como complicación de la neurocisticercosis es extremadamente raro con menos de 5 casos descritos en la literatura.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 53 años, natural de Bolivia, que debuta con clínica de polidipsia y poliuria en 2015 asociado a astenia, hipotensión y dolor abdominal. La paciente presentaba antecedentes personales de neurocisticercosis (2009) tratada con praziquantel y dexametasona en dos ocasiones. Además, mantiene tratamiento profiláctico con levetiracetam por crisis comiciales. Se realiza estudio hormonal completo donde destaca ACTH < 3,87 pg/mL (4,7-48,8), Cortisol basal 2,90 ug/dL (3,7-19,4), TSH 0,003 uUI/mL (0,35-4,95), T4 libre 0,43 ng/dL (0,7-1,6), FSH 0,37 mUI/mL, LH 0,04 mUI/mL, estradiol < 24,00 pg/mL, GH 0,18 ng/mL (0,06-6,88), IGF-I 12,8 ng/mL (51-236), prolactina 52,39 ng/mL (5-26,5), osmolalidad orina 231 mOsm/Kg, osmolalidad plasmática 280 mOsm/Kg, sodio plasmático 144 mmol/L (135-145). Se confirma hipopituitarismo y se inicia sustitución hormonal con hidroaltesona 20 mg/24 h y levotiroxina 125 µg/24 h. Se realiza test de deshidratación con confirmación de diagnóstico de diabetes insípida central y se inicia terapia con desmopresina 120 µg/12h. Se solicita RM hipofisaria donde se objetivan múltiples lesiones intraparenquimatosas, supra- e infratentoriales, en relación con neurocisticercosis. La mayoría de ellas son quísticas con realce en anillo, correspondiendo a fase coloide-vesicular en evolución hacia la fase granuloma-nodular con edema vasogénico perilesional. Destaca una lesión hipotalámica/retroquiasmática, con realce sólido y efecto de masa que alcanza unos diámetros de 12 × 17 × 16 mm (L × AP × T). La paciente relataba episodios de cefalea sin clínica oftalmológica concomitante. Ante estos hallazgos, se decidió tratamiento médico con disminución del tamaño de las lesiones.

Discusión: Describimos un caso raro de NCC en asociación con hipopituitarismo. Hasta donde sabemos, este es el quinto informe en la literatura. Los trastornos hormonales han sido presentaciones raras de neurocisticercosis, y los pacientes con cisticercos intraselares o supraselares pueden presentar trastornos oftalmológicos y endocrinológicos similares a los producidos por los tumores hipofisarios. Por ello, en pacientes procedentes de regiones endémicas, la neurocisticercosis siempre debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las lesiones ocupantes de espacio quístico en la silla turca.

60. MASTOPATÍA DIABÉTICA: SIMULADOR DE CÁNCER DE MAMA EN DIABÉTICOS

C.M. Pastor Ochoa, M.Á. Sáez García, Á. Izquierdo Hernández, M.E. Mendoza Sierra e I. Crespo Hernández

Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.

Introducción: La mastopatía diabética es una entidad poco frecuentemente caracterizada por ser una lesión fibroinflamatoria de la mama. Aparece predominantemente en mujeres premenopáusicas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) de larga evolución, aunque también puede aparecer de forma excepcional en hombres. En ocasiones puede presentarse como un nódulo mamario palpable, por lo que es fundamental su adecuado diagnóstico para diferenciarla de patología maligna.

Caso clínico: Mujer de 39 años en seguimiento en consultas externas (CEX) de Endocrinología por DM1 diagnosticada en 2011, con buen control metabólico habitual y sin complicaciones crónicas conocidas. No otros antecedentes personales de interés. Acude a CEX de Ginecología tras objetivar bultoma palpable en mama derecha (mama DER) desde los 2 meses previos a consultar. Asocia dolor mamario derecho no relacionado con el momento del ciclo menstrual. No telorrea ni otra sintomatología. Se solicita mamografía y ecografía de mama, objetivando nódulo en mama derecha de 11 mm de baja sospecha (BIRADS 4a) e imagen de calcificaciones en mama izquierda de la que recomiendan control. Ante dichos hallazgos, se realiza biopsia con aguja gruesa (BAG) ecoguiada de nódulo de baja sospecha retroareolar en mama derecha de aspecto fibromatoso, siendo el diagnóstico anatomopatológico (AP): B2 displasia mamaria. En ecografía mamaria de control a los 6 meses se objetiva un aumento del tamaño de la lesión en mama DER realizando nueva BAG ecoguiada (BIRADS 4a mama DER), así como aumento de tamaño de la lesión objetivada en unión de cuadrantes superiores de mama DER, y se biopsia también agrupación de microquistes en CSE de mama izquierda BAG de la misma (BIRADS 4b). El resultado AP definitivo de BAG mama DER: B2 displasia mamaria de predominio fibroso con focos compatibles con mastopatía diabética. BAG mama izquierda: B2 displasia mamaria fibrosa.

Discusión: La mastopatía diabética representa una entidad infrecuente, con una frecuencia estimada inferior al 1% de las lesiones mamarias benignas. Las manifestaciones clínicas y radiológicas de esta enfermedad hacen difícil el diagnóstico diferencial con otras lesiones mamarias, incluyendo el cáncer de mama. Por ello, es fundamental el conocimiento de esta entidad y su diagnóstico histológico adecuado para evitar la realización de procedimientos y/o tratamientos más invasivos innecesarios.

61 HIPOTIROIDISMO CENTRAL Y DISLIPEMIA MIXTA INDUCIDOS POR BEXAROTENO: A PROPÓSITO DE UN CASO

L.A. Herráiz Carrasco, T. de Grado Manchado, R. Penso Espinoza, M. Gutiérrez Oliet, C. López Nevado, M. Contreras Angulo, I. Crespo Hernández y M.E. Mendoza Sierra

Hospital Central de La Defensa Gómez Ulla-CSVE.

Introducción: El bexaroteno es un retinoide sintético selectivo del receptor X, que actúa regulando diferenciación, proliferación y apoptosis celular. Está indicado en tratamiento del linfoma cutáneo de células T (LCCT) avanzado y resistente, al menos, a un tratamiento sistémico.

Caso clínico: Paciente de 73 años en seguimiento previo en consultas de Endocrinología por hipertiroidismo por adenoma tóxico tratado con radioyodo en junio 2015, con función tiroidea normal de forma posterior. Diagnosticada en 2017 de LCCT tipo micosis fungoide estadio T2b N0, habiendo recibido tratamiento con UVB, PUVA, acitretino y metotrexate con escasa respuesta. Se inicia tratamiento con bexaroteno en agosto de 2020 a dosis de 375mg al día, requiriendo aumento posterior hasta 525 mg al día. A los 14 días de inicio de tratamiento, se realiza análisis en el que se objetiva aparición de hipotiroidismo central: TSH 0,68 $\mu\text{U/ml}$ [0,35-4,94], T4L 0,43 ng/dL [0,70-1,80], y de dislipemia mixta: colesterol total 266 mg/dl [110-200], cLDL 158 mg/dL [0-130], triglicéridos 357 mg/dl [30-150]. No otras alteraciones analíticas. Se inicia levotiroxina 50 μg al día, requiriendo aumento progresivo hasta 100 μg al día para conseguir normalización de hormonas tiroideas. Asimismo, requiere inicio de estatina y fenofibrato para control de dislipemia. Se mantienen tratamientos con buen control hasta que en abril de 2021 precisa suspensión de bexaroteno por síndrome depresivo secundario. De forma simultánea a suspensión, se suspenden levotiroxina, fenofibrato y estatina, realizando análisis de control a las dos sema-

nas, en el que se objetiva remisión de hipotiroidismo y dislipemia: TSH 1,32 $\mu\text{U/ml}$, T4L 1,11 ng/dL, colesterol total 145 mg/dl, cLDL 63 mg/dL, triglicéridos 60 mg/dl. Se realiza nuevo control analítico a los 6 meses de suspensión, persistiendo normalización analítica: TSH 2,53 $\mu\text{U/ml}$, T4L 1,36 ng/dL, colesterol total 181 mg/dl, cLDL 63 mg/dL, triglicéridos 80 mg/dl.

Discusión: Durante el tratamiento con bexaroteno es muy frecuente el desarrollo de hipotiroidismo central (40-80%) y dislipemia mixta con elevación de triglicéridos y cLDL (> 70%). Ambos efectos aparecen en las primeras semanas de tratamiento, son dependientes de dosis y reversibles al suspender bexaroteno. Se recomienda realización de analítica basal e inicio de tratamiento previo en caso de precisarlo, evitando el uso de gemfibrozilo concomitante al bexaroteno. Posteriormente, se recomienda monitorización periódica de hormonas tiroideas (mensual) y lípidos (semanal el primer mes, posteriormente mensual).

62. GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA: EXPERIENCIA RETROSPECTIVA DE UN CENTRO HOSPITALARIO DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

S. Barra Malig, P. Lois, S. Doejo, P. Ferreira, R. Astuñague y V. González

Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

La gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) es el método de elección para la alimentación enteral a largo plazo. A pesar de ser una técnica segura, debemos tener en cuenta una adecuada selección de los pacientes. El propósito de este trabajo es caracterizar a los pacientes sometidos a Gastrostomía Endoscópica Percutánea (PEG), en un Hospital de la comunidad de Madrid. Se incluyeron pacientes que acudieron al servicio de radiología intervencionista del Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Hospital de segundo nivel) para colocación o revisión de PEG durante los años 2021-2022. Analizamos una cohorte de 67 pacientes, de los cuales un 51% eran mujeres y 49% varones, con una edad promedio de $73,2 \pm 19,5$ años en el momento de la colocación de PEG. Las principales indicaciones de colocación de PEG fueron las Enfermedades neurológicas (59,7%), seguidas de las enfermedades Neoplásicas de la esfera ORL y Digestiva alta. Destacamos además que un 8,9% de las indicaciones eran el resultado de disfagia postintubación prolongada en pacientes Covid. Analizamos las complicaciones y las dividimos en complicaciones precoces (menos de 30 días) y a medio-largo plazo (mayor a 30 días), siendo la fuga y la infección de la sonda las más frecuentes en los primeros 30 días. En cuanto a complicaciones tardías, si bien la fuga se mantuvo como el evento más frecuente, también se observaron casos de obstrucción de la sonda. La mortalidad ascendió al 40,2% de la muestra, en su mayoría por causas de la patología de base y no asociada a la desnutrición. La duración media del tratamiento nutricional con PEG fue de 472 días. Los pacientes mejoraron su nivel de Albúmina en 0,2 g/dL y su peso disminuyó en un promedio de 6 kg a los 6 meses de seguimiento. Un importante número de pacientes falleció antes de 1 año desde la colocación de PEG, en su mayoría por causas relacionadas con la patología base que padecían y no asociadas a la nutrición.

63. COMPARACIÓN DE LA PUNTUACIÓN SPACE CON EL CATETERISMO DE VENAS ADRENALES PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

M. Pazos Guerra, X. Pérez, L. Ávila, J. Ruiz, M. Cuesta, J. Méndez, M. Sáez, S. Gómez, A Calle e I. Runkle

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: La elevada morbimortalidad asociada al hiperaldosteronismo primario hace esencial identificar a los pacientes con lateralización en la secreción de aldosterona (LAT) y por tanto candidatos a curación/gran mejora con cirugía, siendo el cateterismo de venas adrenales (AVS) el estándar de oro para ello. La puntuación "SPACE" ha sido propuesta como alternativa sencilla al AVS. El objetivo es comparar los resultados obtenidos con ambos métodos.

Métodos: Retrospectivo. Se disponía de datos necesarios para el cálculo SPACE y comparación con AVS en 55/117 pacientes diagnosticados de HAP con test de captopril (CCT), 01/2012 a 01/2022. Cálculo puntuación SPACE (tabla 1). Interpretación SPACE: LAT sí puntuación >16. No LAT si < 8,5. Hacer AVS si entre 8,5 y 16. LAT AVS: índice de lateralización (IL) ≥ 4 o 3-4 con índice de supresión (CSI) < 1.

Resultados: Edad (años): 56 [47-64], 40% mujeres, AVS halló LAT en 21/55, no LAT en 34/55. En pacientes con LAT en AVS, SPACE clasificó 5/21 como unilaterales y 13/21 como bilaterales, con 3/21 indeterminados (tabla 3). SPSS 22.

VARIABLES	CATEGORIA	PUNTOS
Aldosterona al cribado (ng/dl)	>25	0.5
Kalemia nadir (mEq/L)	<3.4	5
	3.4-3.9	1.5
Aldosterona post CCT (ng/dl)	15.1-19.9	1
	>o=20	2
Nódulo TC	Si	4
Nódulo (mm)	11-30	1
	>30	2
Hallazgos TC	Bilateral anormal	4.5
	Unilateral anormal	6.5

Tabla 1. Puntuación SPACE.

	LATERALIZA AVS	
	SI (21)	NO (34)
ALD cribado (pg/ml)	23,4 [17-28,7]	23,4 [17,1-29,8]
ALD 2H CCT (pg/ml)	18,1 [13,5-22,1]	14,8 [12,6-17,7]
K nadir (mmol/L)	3,3 [3,05-3,75]	3,7 [3,47-4]
Nódulo (presencia)	7 (33,3%)	8 (23,5%)
Tamaño	15 [13-18]	14 [10-24]
HALLAZGO TAC		
Bilateral normal	12 (57,1%)	19 (55,9%)
Bilateral anormal	3 (14,3%)	6 (17,6%)
Unilateral anormal	6 (28,6%)	9 (26,5%)

Tabla 2. Características basales. Mediana [RIQ] y %

RESULTADOS DE SPACE SEGÚN RESULTADOS DE AVS			
		LATERALIZA AVS	
		SI (21)	NO (34)
SCORE SPACE	PROBABLE HAP LATERALIZA, n (%)	5 (23,8%)	1 (2,9%)
	INDETERMINADO, REALIZAR AVS, n (%)	3 (14,3%)	9 (26,5%)
	PROBABLE HAP BILATERAL, n (%)	13 (61,9%)	24 (70,6%)

Tabla 3. NUMERO DE CASOS DE SPACE SEGUN PUNTUACION EN CADA CATEGORÍA/ CASOS AVS SEGÚN LAT (%)

Conclusión: En esta serie la puntuación "SPACE" identificó a menos de la cuarta parte de los pacientes candidatos a cirugía. Dado que la adrenalectomía en pacientes con hiperaldosteronismo y secreción unilateral en AVS reduce la morbimortalidad cardiovascular de forma marcada, la puntuación SPACE no debe ser utilizada como alternativa al AVS.