

**COMUNICACIONES**

**AL**

**XXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE  
ENDOCRINOLOGÍA, NUTRICIÓN Y DIABETES  
DE LA COMUNIDAD DE MADRID**



**Hotel Occidental Aranjuez  
Aranjuez (Madrid)  
Noviembre – 2023**

**XXII CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE  
ENDOCRINOLOGÍA, NUTRICIÓN Y DIABETES DE LA  
COMUNIDAD DE MADRID  
24 y 25 de noviembre 2023**

**JUNTA DIRECTIVA Y COMITÉ CIENTÍFICO**

**Presidente:**

**Dr. Héctor F. Escobar Morreale**

**Vicepresidente 1º:**

**Dr. Garcilaso Riesco Eizaguirre**

**Vicepresidente 2º:**

**Dra. M<sup>a</sup> Pilar Matía Martín**

**Secretaria:**

**Dra. Alba Martín González**

**Vicesecretaria:**

**Dra. Iris de Luna Boquera**

**Tesorero:**

**Dra. Gloria Canovas Molina**

**Vocales:**

**Dra. Paola Andrea Parra Ramirez**

**Dr. Rogelio García Centeno**

**Dra. Araceli Ramos Carrasco**

**Dr. Víctor Luis González Sánchez**

**Dra. Irene Crespo Hernández**

**Dra. Isabel Huguet Moreno**

**XXII Congreso SENDIMAD.**  
**“Importancia del laboratorio en la práctica de la  
Endocrinología y Nutrición”**  
**24 y 25 de noviembre 2023**  
**Hotel Occidental Aranjuez (Madrid)**

**Viernes, 24 de noviembre**

**8:45-9:15 h** Entrega de documentación

**9:30–11:30 h** Mesa Redonda: Tema de Nutrición....

**Moderadora: Dra. Iris Mercedes de Luna Boquera**

Servicio de Endocrinología y Nutrición

CM Sanitas Alcorcón y Clínicas Auramed Madrid.

- **Interpretación de resultados de vitaminas y minerales: ¿qué estamos midiendo?**

**Dras. Irene Bretón Lesmes y Montserrat González Estecha**

Servicio de Endocrinología y Nutrición y Laboratorio

Hospital Universitario Gregorio Marañón.

- **Interpretación de parámetros nutricionales de laboratorio: albúmina, prealbúmina, colesterol, cocientes PCR/prealb y PCR/albúmina.**

**Dra. Rocío Campos del Portillo**

Servicio de Endocrinología y Nutrición

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda

- **Actualización en el manejo del sobrecrecimiento bacteriano (SIBO).**

**Dra. Samara Palma Milla**

Servicio de Endocrinología y Nutrición

Hospital Universitario La Paz

**11:30–12:15 h** Café.

**12:15–13:00 h** Presentación del premio de investigación SENDIMAD 2020,

**Dr. Jorge Gabriel Ruiz Sánchez.**

Servicio de Endocrinología y Nutrición

Hospital Fundación Jiménez Díaz

**13:00–13:45 h** Presentación del premio de investigación SENDIMAD 2020,

**Dra. Pilar Matía Martín**

Servicio de Endocrinología y Nutrición

Hospital Clínico San Carlos

**14:00–15:30 h** Comida

**15:30–17:30 h Mesa Redonda: Tema de diabetes**

**Moderadora: Dra. Gloria Cánovas Molina**

Servicio de Endocrinología y Nutrición

Hospital Universitario de Fuenlabrada

- **Diabetes de origen genético-Interpretación clínica de los informes genéticos.**

**Dr. Ángel Campos Barros**

Instituto de Genética Médica y Molecular (INGEMM)

Hospital Universitario La Paz, Madrid

- **Medicina de precisión en enfermedad renal diabética: diferencias diagnósticas-evolutivas-terapéuticas en DM1 y DM2.**

**Dr. Alberto Ortiz Arduan**

Servicio de Nefrología

Hospital Fundación Jiménez Díaz

- **MCG en pacientes con DM2, ¿es superponible a la MCG en el paciente con DM1?**

**Dr. Miguel Ángel Brito Samfiel**

Servicio de Endocrinología y Nutrición

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

**17:30–18:00 h Café**

**18:00–18:45 Encuentro con el Experto**

Presenta: Dr. Héctor Escobar Morreale

Presidente de la Sociedad

**Exceso androgénico en la menopausia: lo bueno, lo malo y lo peor**

**Dr. Manuel Luque Ramírez**

Servicio de Endocrinología y Nutrición

Hospital Universitario Ramón y Cajal

**18:45–19:45 h Conferencia Magistral**

Presenta: Dr. Héctor Escobar Morreale

Presidente de la Sociedad

Importancia de los métodos de determinación hormonal en el desarrollo de la Endocrinología: desde la cromatografía y el inmunoensayo a la HPLC/MSMS

**Dra. Gemma Sesmilo León**

Servicio de Endocrinología

Hospital Universitari Quiron - Dexeus

**19:45-20:30 h Asamblea General de la SENDIMAD**

**21:30 h Cena**

**23:00 h. Entrega Premios SENDIMAD**

## **Sábado, 25 de noviembre**

**9:30 –10:15 h Reunión de los Grupos de Trabajo**

**10:15 – 11:15 Presentación oral de los posters elegidos para el premio Sendimad**

**11:15–12:00 h Café**

**12:00–14:00 h Mesa Redonda: Tema de Endocrinología**

**Moderador: Garcilaso Riesco Eizaguirre**

Servicio de Endocrinología y Nutrición

Hospital Universitario de Móstoles

- **Actualización para endocrinos de la tercera edición de la clasificación Bethesda para citología tiroidea,**  
**Dr. Fernando Schmitt,**  
Departamento de Patología e Oncología  
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- **Variabilidad en la determinación de los niveles de vitamina D (inmunoensayos, métodos directos como la cromatografía, medición de vitamina D libre) y su importancia en la práctica clínica diaria**  
**Dra. Maria Luisa González Casaus**  
Análisis Clínicos  
Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla.
- **Nuevas guías de incidentaloma suprarrenal 2023 presentadas en la ECE.**  
**Dra. Marta Araujo Castro**  
Servicio de Endocrinología y Nutrición  
Hospital Universitario Ramón y Cajal

**14:00 – 14:10 h Entrega Premios a los mejores Posters SENDIMAD 2023**

**14:10 h Acto de Clausura**

# **1. ENFERMEDAD DE GRAVES RECURRENTE TRAS TIROIDECTOMÍA**

Inés de Castro-Dufourny

HU del Sureste, Arganda del Rey

La enfermedad de Graves es una causa frecuente de hipertiroidismo en mujeres jóvenes. Su tratamiento inicial suele realizarse con fármacos antitiroideos orales mantenidos a lo largo de 12-24 meses. Si persiste el hipertiroidismo tras este periodo o si vuelve a presentarse tras un periodo libre de enfermedad, el segundo escalón terapéutico puede ser la cirugía o el Yodo radiactivo. Presentamos el caso de una paciente con enfermedad de Graves recidivante tras tiroidectomía total. *Historia Clínica:* Paciente diagnosticada de hipertiroidismo por enfermedad de Graves con fracaso del tratamiento antitiroideo. Se realiza una tiroidectomía total sin datos de malignidad, quedando la paciente hipotiroidea. Tras cuatro años de estabilidad, presenta un claro hipertiroidismo a pesar de suspender la levotiroxina. TSH 0,01mcU/mL (0,35-5,5), T4 normal, T3 2,9 pg/mL (normal hasta 1,9 pg/mL), TSI 36U/L (negativo <1). En la ecografía se observan restos tiroideos en LTI de 10\*5 mm y en LTD de 17\*10 mm. Se descarta la producción ectópica de hormonas tiroideas (beta hCG y ecografía ovárica normal). Se diagnostica de enfermedad de Graves recidivante sobre restos tiroideos tras tiroidectomía total. Se solicita una punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía de los restos tiroideos. Se confirma la existencia de restos tiroideos con anatomía patológica de tejido tiroideo normal. Sin embargo, en la gammagrafía con SPECT TAC se visualiza captación en lecho quirúrgico y en tiroides ectópico en mediastino. La TAC pone de manifiesto un resto tiroideo de 8,5 mm en lado izquierdo y de 1,5 cm en lado derecho y en región pretraqueal un nódulo en línea media de 2 cm. En mediastino anterosuperior, en línea media se visualiza un nódulo hipodenso de 1,5 cm que corresponde con la captación ectópica hallada en la gammagrafía. *Evolución:* se administra radioyodo (20 MCi) evolucionando a hipotiroidismo. *Diagnóstico:* Hipertiroidismo por recidiva de Enfermedad de Graves sobre restos tiroideos postquirúrgicos y tejido tiroideo ectópico. *Conclusiones:* Ante un hipertiroidismo tras tiroidectomía hay que descartar un hipertiroidismo iatrogénico. La segunda causa es la recidiva sobre un remanente quirúrgico. Hay que tener en mente la posible, aunque poco frecuente, existencia de tejido tiroideo ectópico que puede desarrollar las mismas patologías que el tejido tiroideo normal y complicar el manejo de estos pacientes si no se sospecha. El motivo por el cual en nuestro caso no se detectó el tejido tiroideo ectópico en la primera gammagrafía puede ser porque la imagen se limitó a la zona cervical, o porque previo a la cirugía ese tejido era menos voluminoso. En efecto, se ha descrito que la extirpación quirúrgica del tiroides eutópico puede estimular el crecimiento del tejido tiroideo ectópico.

## **2. USO Y PERCEPCIÓN SOBRE LA UTILIDAD DEL YODO RADIOACTIVO (NAI[131]) COMO TRATAMIENTO ADYUVANTE EN EL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES POR MÉDICOS ESPECIALISTAS QUE EJERCEN EN ESPAÑA**

C. Garcia-Regal (1), G. Ruiz, A. Muriel (1), I. Madrid (1), N. Brox (1), J. Gómez (2), P. Luengo (1), T. Alonso (1), A. Martínez (1), P. Valderrábano (1)

Hospital Universitario Ramón y Cajal (1), Hospital Universitario La Paz (2)

Las guías recomiendan el uso selectivo de tratamiento adyuvante con NaI[131] en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides y riesgo bajo o intermedio de recidiva. Desconocemos el seguimiento de estas recomendaciones y la percepción con respecto a su utilidad por médicos especialistas que ejercen en España.

Se desarrolló una encuesta en REDCap con aprobación del Comité de Ética, a la que se dio difusión a través de sociedades científicas nacionales y autonómicas entre 01/2022 y 07/2022.

Hubo un total de 96 respuestas (65% mujeres; mediana de edad 44 años; 72% endocrinólogo, 16% médicos nucleares y 12% cirujanos generales). Más del 50% de los pacientes atendidos por CDT recibe I131 en las instituciones de 2/3 de los encuestados. El 96% consideró que la tolerancia al tratamiento adyuvante es buena o muy buena; y el balance riesgo/beneficio se consideró como positivo/muy positivo por el 44% en tumores de riesgo bajo y el 90% en tumores de riesgo intermedio. El 13% indicó que trataba rutinariamente con dosis adyuvantes el CDT de bajo riesgo. Sin embargo, cuando se preguntó por escenarios específicos de bajo riesgo en 15/18 de ellos más del 30% de los encuestados indicaría este tratamiento. Estos porcentajes alcanzaron entre el 60 y 90% para papilares T2 o T3a y para foliculares u oncocíticos mínimamente invasivos >4.5cm o angioinvasivos (2 vasos). De media, se consideró que el tratamiento adyuvante en riesgo intermedio (20% de probabilidad de recidiva) debería evitar el 45% de los casos (9/20 recidivas).

El balance riesgo/beneficio del tratamiento adyuvante con NaI[131] se percibe como positivo por muchos especialistas para tumores de riesgo bajo e intermedio, lo que probablemente hace que se utilice en exceso en nuestro país.

### **3. USO DE BOLSAS MULTICAMERALES COMERCIALES VS. INDIVIDUALIZADAS EN NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA EN PACIENTES CON CÁNCER AVANZADO**

J.I. Botella-Carretero, M. Fernández-Argüeso, E. Gómez-Bayona, B. Ugalde, B. Vega, M. Gil, F. Longo, R. Pintor.

Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

**INTRODUCCIÓN:** La nutrición parenteral domiciliaria (NPD) se prescribe cada vez más para pacientes con cáncer avanzado. Esta terapia mejora la masa magra, la calidad de vida y la supervivencia, pero no está exenta de complicaciones, especialmente la sepsis relacionada con el catéter (SRC). El uso de bolsas multicamerales comerciales en la NPD no se ha explorado

ampliamente en pacientes oncológicos y su asociación con las posibles complicaciones de la nutrición parenteral no se conoce bien.

**MÉTODOS:** Estudio de cohorte prospectivo con 130 pacientes con cáncer avanzado y NPD. El objetivo principal fue comparar los efectos de las bolsas individualizadas (n = 87) frente a las bolsas multicamerales comerciales (n = 43) en cuanto a tasa de SRC en un análisis de no inferioridad. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Ramón y Cajal (111/15-E2018) y se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes.

**RESULTADOS:** No hubo diferencias en ninguna complicación, incluida la trombosis ( $P > 0,05$ ). Hubo 0,28 episodios de SRC por cada 1000 días de catéter en el grupo de bolsas individualizadas y 0,21 en el grupo de bolsas multicamerales ( $P > 0,05$ ). Los reservorios tuvieron la tasa más alta de SRC (1,13 por cada 1000 días de catéter) en comparación con los catéteres Hickman o PICC (0,23 por cada 1000 días de catéter,  $P = 0,037$ ). Treinta y cuatro pacientes suspendieron la NPD por tolerancia oral, 22 con bolsas individualizadas y 12 con bolsas multicamerales ( $P = 0,749$ ). En cuanto a la supervivencia mientras estaban en NPD, el grupo con bolsas individualizadas mostró una mediana de 98 días con un IC del 95% de 49-147, mientras que el grupo con bolsas multicamerales mostró una mediana de 88 días con un IC del 95% de 43-133 ( $P = 0,913$ ). Finalmente, se realizó un análisis multivariante con la prueba de riesgos proporcionales de Cox en la que se introdujeron la edad, el sexo, el tipo de neoplasia (gastrointestinal, ginecológica u otra), el tipo de bolsa de NPD (individualizada o multicameral), el tipo de catéter (PICC, tunelizado o reservorio), el estado ECOG basal y las líneas de quimioterapia después del inicio de la NPD como covariantes. En este modelo ( $\chi^2 = 15,333$ ,  $P < 0,001$ ), solo el número de líneas de quimioterapia que los pacientes recibieron después del inicio de la NPD se asoció a mejor supervivencia ( $HR = 0,649$ , IC del 95% = 0,498-0,845 para la mortalidad).

**CONCLUSIÓN:** El uso de bolsas multicamerales comerciales para la NPD en pacientes con cáncer avanzado no es inferior al uso de bolsas individualizadas en cuanto a la aparición de complicaciones y la supervivencia de los pacientes en ambos grupos fue similar.

#### **4. ¿SIEMPRE ES NECESARIO EL CATETERISMO DE VENAS ADRENALES (CVA) PARA DIFERENCIAR ENTRE HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO UNILATERAL Y BILATERAL?**

P. Parra Ramírez; P. Martín Rojas-Marcos; M. Paja Fano, A. García Cano; J. Ruíz Sánchez; R. Ferreira; I. García Sanz; P. Díaz Guardiola; R. García Centeno; M. Calatayud; M. González Boillos; F. Hanzu; M. Araujo-Castro

H.U. La Paz, H.U. de Basurto; H.U. Ramón y Cajal; H.U. Fundación Jiménez Díaz; H.U. Rey Juan Carlos; H.U. La Princesa; H.U. Infanta Sofía; H.U. Gregorio Marañón; H.U. Doce de Octubre; H.U. de Castellón; H.Clinic de Barcelona.

**Objetivo:** Evaluar si las características clínicas, bioquímicas y radiológicas de los pacientes con hiperaldosteronismo primario (HAP) pueden predecir los subtipos de HAP (unilateral/bilateral).

**Métodos:** Estudio multicéntrico retrospectivo de paciente con HAP seguidos en 27 hospitales terciarios españoles (Registro SPAIN-ALDO). Se incluyeron pacientes con HAP unilateral o bilateral

confirmado mediante CVA y/o curación bioquímica tras adrenalectomía entre enero de 2018 y diciembre de 2022. Mediante regresión logística multivariante se desarrolló un modelo predictivo de HAP unilateral (UHAP). Solo las variables con <30% de datos perdidos fueron incluidos en modelo. El análisis de la curva ROC fue realizado para el modelo con mayor precisión diagnóstica.

**Resultados:** Se incluyeron 328 pacientes [270 UHAP (82.3%) y 58 HAP bilateral (BHAP, 17.7%)]. La mediana de edad fue de 53.1 años (27.2-75.3 años) y el 45.1% (n=147) eran mujeres. Al diagnóstico, el grupo UHAP tuvo mayor prevalencia de hipopotasemia (68.2 vs 50.9%, p=0.013), mayores niveles de tensión arterial sistólica (TAS) ( $152.8 \pm 22.4$  vs.  $144.5 \pm 19.3$  mmHg, p=0.006) y menores niveles de potasio sérico ( $3.6 \pm 0.6$  vs.  $3.8 \pm 0.5$ , p= 0.001); mientras que el grupo BHAP padecían más frecuentemente de dislipemia (56.1 vs. 34.8%, p= 0.003), apnea del sueño (SAHS) (22.8 vs. 10.3%, p=0.010) e hipertrofia ventricular izquierda (HVI) (69.0 vs. 43.2%; p=0.012) que los UHAP. Las variables incluidas en el modelo predictivo fueron: dislipidemia, eventos cerebrovasculares, SAHS, hipopotasemia, TAS, tensión arterial diastólica, aldosterona plasmática (PAC), lesión unilateral adrenal > 1 cm en TC/RM. El modelo con mayor precisión diagnóstica para diferenciar UHAP del BHAP combinaba las variables de dislipemia, enfermedad cerebrovascular, SAHS, TAS, hipopotasemia, y lesión adrenal > 1cm en la TC/RM con un área bajo la curva 0.825 [0.764-0.886]. En base al modelo, el grupo de pacientes con mayor probabilidad de UHAP fueron aquellos sin comorbilidades asociadas, con hipopotasemia, TAS > 160 mmHg, PAC > 40 ng/dL y una lesión unilateral adrenal > 1cm en la prueba de imagen (probabilidad 98.5%). Por otra parte, los pacientes con comorbilidades, sin hipopotasemia, con TAS entre 140-150 mmHg, PAC < 10 ng/dL y sin evidencia de lesión adrenal tenían una probabilidad del 8.5% de tener UHAP.

**Conclusión:** Una combinación de PAC alta, TAS > 160 mmHg, potasio sérico bajo, presencia de nódulo adrenal unilateral en ausencia de comorbilidades podría predecir la forma unilateral de HAP con una precisión del 98.5%.

## 5. HIPERNATREMIA ADÍPSICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Carolina. Sager, E. Carrillo, M. López Ruano, C. Martínez, T. Armenta, V. Navas, J. Raposo, M. Tapia, F. Sebastián, M. Marazuela

Hospital Universitario de La Princesa

### INTRODUCCIÓN.

La etiología de la diabetes insípida central es variada, siendo la causa más frecuente la etiología idiopática, seguida por procesos infiltrativos o tumorales. La mayoría de los pacientes tienen intacta la sensación de sed. Sin embargo, en un pequeño porcentaje la lesión causante de la deficiencia de ADH (hormona antidiurética) también daña los osmorreceptores del hipotálamo anterior, induciendo adiposidad y conllevando un manejo más dificultado. Presentamos un caso de panhipopituitarismo secundario a linfoma cerebral que asocia diabetes insípida central con adiposidad.

## CASO CLÍNICO.

Paciente mujer de 45 años con antecedente de linfoma de células B tratado en 2013 y en remisión desde entonces. Acude a urgencias por clínica neurológica consistente en desorientación, alteración de la conducta y bajo nivel de consciencia, presentando en la analítica una hipernatremia de 168 mEq/L. Durante el estudio de hipernatremia se objetiva en RMN cerebral recidiva de linfoma cerebral afectando a la región hipotalámica con extensión a cerebelo y quiasma óptico. Analíticamente se realizó estudio de ejes hormonales compatible con panhipopituitarismo (TSH 0,67 uU/mL, T4L 0,47 ng/dL, cortisol basal a las 8:00h de 0.3 ug/dL, LH 0,06 mUI/mL, FSH 0,52 mUI/mL, PRL 76.42 ng/mL), iniciándose tratamiento sustitutivo de eje corticoideo y tiroideo. No presentaba otros datos de síndrome hipotalámico. Clínicamente la paciente al inicio del cuadro se mostraba reacia a la ingesta de líquidos y negaba sensación de sed. Se inició control de la natremia mediante balance hídrico (diuresis horaria, ingesta de líquidos por vía oral y administración intravenosa), y desmopresina subcutánea hasta una dosis máxima de 300 mcg diarios. Fue dada de alta con control de diuresis e ingesta diarias, y una dosis de 300 mcg/día de minurin sublingual. Tras iniciar quimioterapia por parte de servicio de Hematología la paciente presenta mejoría clínica de la adiposidad en los tres primeros meses, manteniendo una hipodipsia a los 6 meses del debut que ha permitido ir disminuyendo progresivamente la dosis de desmopresina.

## CONCLUSIONES.

La adiposidad conlleva una dificultad para el manejo de la diabetes insípida, debiendo realizar el paciente un minucioso balance hídrico cuantificando peso, ingestas y diuresis para obtener niveles de sodio en rango.

## 6. HIPOCALCEMIA SEVERA POR DENOSUMAB EN CANCER DE MAMA METASTÁSICO

M.S. Tapia Sanchiz, J. J. Raposo López, E. Carrillo López, C. Sager, M. López Ruano, C. Martínez Otero, S. Amar, S. González Castañar, V. Navas Moreno, F. Sebastián Valles, M. Sampedro Núñez, M. Marazuela Azpiroz.

Hospital Universitario de La Princesa

Los varones con cáncer de próstata metastásico pueden presentar **hipocalcemia** severa tras el tratamiento con **denosumab**, con requerimientos de calcio intravenoso que pueden llegar a mantenerse hasta 90 días, tal y como se ha descrito en la literatura. En estos pacientes los factores de riesgo más importantes para desarrollo de hipocalcemia son: la presencia de metástasis osteoblásticas activas, la deficiencia de vitamina D, insuficiencia renal e hipomagnesemia. No hay recogido ningún caso de hipocalcemia severa por denosumab en otros cánceres. Presentamos una paciente con **cáncer de mama metastásico con afectación ósea múltiple** con hipocalcemia severa tras denosumab.

Mujer de 66 años con antecedentes de trastorno de la conducta alimentaria (TCA) de tipo anorexia nerviosa que es diagnosticada en abril de 2023 de carcinoma ductal infiltrante de mama derecha, luminal B. RE 99%, RP 80%, Ki67 25-30%. HER2 negativo. pT4a cN2a M1. En tratamiento

oncológico de primera línea con letrozol (mayo 2023), palbociclib (junio 2023) y denosumab (1ª y única dosis el 10/07/23). Acude a urgencias a los 4 días de la administración de denosumab por presentar parálisis espástica de miembros superiores de 12 horas de evolución con Chvostek y Trousseau positivos. En la analítica presenta una hipocalcemia grave (calcio total 4.2 mg/dL, albúmina 4.3 g/dL, fósforo inorgánico 5.0 mg/dL, magnesio 1.96 mg/dL) con QT alargado en el ECG sin fenómenos arrítmicos. Se decide iniciar reposición intravenosa de calcio.

Una vez ingresada, al revisar analíticas previas se detectan cifras de calcio en límite bajo de la normalidad (8,5mg/dL). En el control de ingreso 17/07 se objetiva calcio total 6.1 mg/dL, albúmina 4.4 mg/dL, magnesio 2.49 mg/dL fósforo inorgánico 3.3 mg/dL y vitamina D 11 ng/mL; con **una PTH inapropiadamente normal de 39 pg/mL**. Nos encontramos ante un probable hipoparatiroidismo y déficit vitamínico por desnutrición grave en contexto de TCA de larga evolución. Se confirma la sospecha el 20/07 con calcio total 6.3 mg/dL y PTH 50 pg/mL. A lo largo del ingreso presenta altos requerimientos de calcio. En todas las ocasiones en las que se trata de reducir la perfusión la paciente recidiva con hipocalcemias graves con tetania. Finalmente, permanece estable con unos **requerimientos diarios de 115mg/día de calcio intravenoso, más suplementos orales** de calcitriol y calcio (**hasta 3600mg calcio oral**), con calcio plasmático en todo momento de 8.0-8.5 mg/dL y con calciurias controladas. La paciente permanece con **tratamiento intravenoso 44 días**, hasta que fallece por covid-19 el 29/08. En conclusión, nos encontramos ante el primer caso recogido acerca de hipocalcemia por denosumab y su manejo en el cáncer de mama metastásico.

## **7. MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE TUMOR NEUROENDOCRINO ILEAL CON SÍNDROME CARCINOIDE Y AFECTACIÓN VALVULAR TRICUSPÍDEA**

M.Gómez-Gordo Hernanz, G. Collado González, A. García Piorno, I. Losada Gata, I. Jiménez Hernando, M. Pérez Noguero, A.M. Rivas Montenegro, R.J. Añez Ramos, L. González Fernández, O. González Albarrán.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**INTRODUCCIÓN:** en España los tumores neuroendocrinos más frecuentes son los de intestino delgado (55%). Un 20% de ellos se presentan en forma de síndrome carcinoide debido a la producción excesiva de serotonina u otros mediadores en presencia de enfermedad hepática extensa. El 50% asocia enfermedad valvular carcinoide.

**CASO CLÍNICO:** varón de 71 años con antecedentes de HTA y cardiopatía isquémica crónica. Debuta en 2017 con síndrome carcinoide consistente en episodios de flushing facial y diarrea con buen control sintomático tras inicio de somatulina 120 mg/28 días sc. En ecocardiograma al diagnóstico se objetiva afectación carcinoide de la válvula tricuspídea con insuficiencia moderada-severa, FEVI conservada. En TAC body **engrosamiento mural ileal con adenopatías mesentéricas y retroperitoneales** patológicas así como masa sólida hipervascular **hepática**. Cromogranina A inicial pre cirugía: 95 nmol/L (< 3), 5HIAA 145mg/24h (0,7 - 8,2). Intervenido en 2018 de **resección ileal, hepatectomía derecha y metastasectomía**. Anatomía patológica: TNE bien diferenciado KI67 <2% (G1) tanto en 1º ileal como en pieza de resección hepática, TNM (8ª Ed): pT3 pN1 pM1c. Tras intervención reanuda somatulina 120 mg sc/28 días que mantiene desde 2018 hasta la actualidad. En PET-TC-68Galio de 2021 progresión tumoral hepática y ósea, tras lo que se decide en comité multidisciplinar aumentar el ritmo de somatulina a 120 mg C/14 días. En 2022 progresión tumoral en PET-TC-68Galio) con **múltiples implantes tumorales en miocardio, hepáticos y adenopatías** en región

hiliomediastínica. Se decide entonces tratamiento con 4 dosis de lutecio-177, administrado sin efectos secundarios ni incidencias. En PET-TC-Galio postratamiento **respuesta excelente** aunque persiste expresión patológica de receptores de somatostatina en **metástasis hepática en SIVa, tabique miocárdico y metástasis óseas**. En último ecocardiograma de control no presentaba insuficiencia tricúspide significativa. En la actualidad presenta estabilidad de la enfermedad.

**CONCLUSIONES:**

- El manejo de tumores neuroendocrinos en unidades especializadas es importante para un diagnóstico temprano así como para la individualización del tratamiento en cada momento de la enfermedad.
- El tratamiento general de TNE ileales comprende la cirugía, análogos de somatostatina, agentes biológicos así como empleo de lutecio-177 en tumores bien diferenciados (G1 y G2) localmente avanzados o metastásicos que expresen receptores de somatostatina.
- La cardiopatía carcinoide requiere seguimiento anual, tratamiento sintomático de insuficiencia cardiaca y en casos seleccionados recambio valvular.

**8. EVOLUCIÓN EN EL CONTROL DE DISLIPEMIA (DL) EN LA POBLACIÓN CON DIABETES MELLITUS (DM) DEL HOSPITAL CLINICO SAN CARLOS (HCSC)**

Blanca Bernaldo, S. Mera; L. Ávila; N. Sánchez-Maroto; T. Rueda; L. Martínez; P. Espinosa de los Monteros; M. Cuesta; M. Pazos

Hospital Clínico San Carlos

**INTRODUCCIÓN:** La creciente evidencia científica conlleva unos objetivos de LDL cada vez más estrictos. Nuestro propósito es valorar si ha mejorado el cumplimiento de dichos objetivos en una población seleccionada de pacientes con diabetes mellitus (DM).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo con 70 pacientes con DM, recogiendo datos de 2016 y 2023

**RESULTADOS:** Un 72,5% fueron DM2 y un 52% mujeres. La edad media fue de 69 ± 12,7 años, con una evolución de DM de 19 ± 12 años. La comorbilidad más frecuente fue HTA y aumentaron los casos de cardiopatía isquémica y complicaciones microvasculares asociadas a DM.

	<b>2016</b>	<b>2023</b>
<b><u>COMORBILIDADES (%)</u></b>		
Hipertensión arterial; HTA	<b>77,1</b>	<b>78,6</b>
Fumador	17,1	
Enfermedad vascular periférica	7,1	

Cardiopatía isquémica	11,4	<b>12,9</b>
Accidente cerebrovascular	5,7	
Neuropatía diabética	12,9	<b>18,6</b>
Retinopatía diabética	21,4	<b>28,6</b>
Nefropatía diabética	10	<b>17</b>
<u>CUMPLIMIENTO LDL OBJETIVO (%)</u>	<b>20</b>	<b>37,1</b>
<u>TIPO DE ESTATINA (%)</u>		
Simvastatina	33,3	17,5
Atorvastatina	44,4	47,6
Rosuvastatina	13	<b>34,9</b>

El colesterol LDL medio fue mayor en 2016 ( $90,21 \pm 25,1$  VS  $71,47 \pm 25,4$ ; **p 0,000**) y los objetivos menos estrictos (<100: 21,4% VS 2,9%; <70: 30% VS 24,3%, < 55: 48,6% VS 72,9%). La toma de estatinas fue más frecuente en 2023 (90% VS 77,1%) así como el cumplimiento del objetivo de LDL, siendo la diferencia estadísticamente significativa (p 0,017)

CONCLUSIONES: La consecución de los objetivos LDL sigue siendo insuficiente, no obstante, el empleo de hipolipemiantes más potentes ayudadas en su obtención.

## **9. HIPOPARATIROIDISMO SECUNDARIO A INMUNOTERAPIA: UNA ENDOCRINOPATÍA POCO CONOCIDA.**

R. A. Niddam Sánchez (1); E. Atienza Sánchez (1,3) , A. E. Ortiz (1,3), L. Cabezón Gutiérrez (2) I.M. Galicia Martín (1,3)

1. S. Endocrinología y Nutrición (Hospital Universitario de Torrejón) ; 2. S. Oncología (Hospital Universitario de Torrejón) ; 3. Universidad Francisco de Vitoria

**Introducción:** Se presenta el caso de un paciente que desarrolla hipoparatiroidismo secundario a inmunoterapia (IT) y se revisan situaciones clínicas similares publicadas. El uso cada vez más extendido de la IT en el tratamiento del cáncer ha supuesto la aparición de más endocrinopatías asociadas. Las más conocidas son el hipotiroidismo primario (HT) y la hipofisitis. Menos frecuente es el desarrollo de diabetes autoinmune o la insuficiencia suprarrenal primaria y, anecdóticas, la lipodistrofia generalizada o la hipocalcemia aguda por hipoparatiroidismo (HP).

**Descripción del caso:**

Se presenta el caso de un varón de 70 años, con cáncer de laringe avanzado, que inicia tratamiento con IT (pembrolizumab) y quimioterapia (QT) tras progresión de su enfermedad a pesar de QT-RT. Tras 8 semanas de tratamiento el paciente desarrolla hipocalcemia severa subaguda asintomática con niveles de PTH en rango y límite bajo de la normalidad inicialmente y, tras meses de evolución, disminuidos. Se descartaron otras causas de hipocalcemia y la afectación local tumoral como causa de hipofunción paratiroidea. De manera paralela, desarrolló HT franco. Se inició tratamiento sustitutivo crónico, con levotiroxina, calcio, colecalciferol y calcitriol que tras 18 meses de seguimiento sigue precisando.

**Revisión del caso y literatura:** Se presenta el caso de un paciente con desarrollo de HP de forma subaguda y paucisintomática, paralelo al desarrollo de HT. El pembrolizumab es un antiPD1 cuya principal afectación endocrina es el HT. Sin embargo, existen pocos casos descritos de HP. El origen aún es desconocido, si bien procesos autoinmunes e inflamatorios pudieran estar implicados. Su aparición se produce de forma habitual en los tres primeros meses de tratamiento, fundamentalmente con la terapia combinada de Ipilimumab y Nivolumab; en menor frecuencia, por pembrolizumab en monoterapia. Como en nuestro ejemplo, otros casos cursaron con niveles de hipocalcemia severa, aunque su desarrollo fue agudo y sintomático. Si bien el curso fue crónico, hay casos descritos con duración limitada del HP o mejoría del mismo.

**Conclusiones:** El HP asociado a IT es una afectación endocrinológica muy poco habitual. Es imprescindible conocer y sospechar el riesgo de su aparición pues la hipocalcemia severa secundaria supone un riesgo vital. Se debe incluir la medición de calcemia en el cribado periódico de complicaciones asociadas a IT.

## **10. PACIENTE MAYOR QUE DEBUTA CON DIABETES MELLITUS EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: MOTIVOS DE INGRESO Y ESTANCIA HOSPITALARIA**

**Diego. Muñoz Moreno, M. Gómez-Gordo, G. Collado, L. González Fernández, F. J. Martín, A. Galdón, O. González, N. Aguirre, Á. Amengual, S. Fuentes**

**1. Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles (Madrid). 2 Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid). 3 Departamento de Estadística, Universidad de Salamanca (Castilla y León).**

Más de la mitad de la población con diabetes mellitus (DM) en nuestro país tiene más de 65 años. En las personas mayores, las formas más frecuentes de detección de la diabetes son: descubrimiento ocasional en la práctica rutinaria, presencia de sintomatología inespecífica (clínica cardinal, infecciones, de complicaciones metadiabéticas...) y por aparición de complicaciones metadiabéticas agudas. La hospitalización por cualquier motivo puede ser el momento del diagnóstico de debut diabetes para el paciente anciano, además de una oportunidad para realizar escalas geriátricas y adecuar el tratamiento así como los objetivos de control glucémico tanto durante el ingreso como en

la transición al alta. Se revisaron las historias clínicas de pacientes mayores de 70 años con diagnóstico de debut de DM atendidas por las interconsultas de Endocrinología del Hospital Universitario Gregorio Marañón entre enero de 2018 y abril de 2021. Del total de 36 pacientes adultos mayores estudiados, el 55.6% (n=20) fueron mujeres, con una media de edad de 78.6±6.5 años. A destacar que en 10 de los 36 pacientes (un 27%) el propio debut de DM fue la causa de la hospitalización, si bien 2 de ellos fueron atendidos de forma precoz en Urgencias, otro a cargo de Endocrinología en la unidad de prehospitización y se evitó el ingreso. El motivo de ingreso principal más frecuente fue la patología respiratoria (infección respiratoria y reagudización de EPOC), seguido por el propio debut de DM. Los pacientes restantes ingresaron por motivos muy variados (ver tabla 1). Las especialidades a cargo del paciente también fueron muy diversas (ver gráfico 1): Neumología n=8, Medicina Interna n=8, Endocrinología n=4, Cardiología n=3, Urgencias n=2, Geriátrica n=2, Digestivo n=2, Cirugía General n=2, Oncología n=2, otras especialidades n=3. La estancia hospitalaria media fue de 14,6 días (rango 0-75 días). Dos pacientes fallecieron en el hospital (5.5%). Conclusiones: La DM de inicio en el anciano, dado su carácter silente e insidioso, suele diagnosticarse en un control analítico rutinario o durante un ingreso hospitalario por cualquier proceso agudo intercurrente. La hiperglucemia durante el ingreso se asocia a aparición múltiples complicaciones y por lo tanto a estancias hospitalarias más prolongadas y una mayor mortalidad. En nuestro estudio, en el 27% de los pacientes que debutaron con DM éste fue el motivo principal de ingreso, siendo un diagnóstico secundario en el resto de casos. El ingreso fue a cargo de Endocrinología sólo en el 11% de los casos. Por lo tanto, el papel del endocrinólogo interconsultor es clave dentro del equipo multidisciplinar, pudiendo incluso evitar el ingreso en planta de hospitalización si se establece un plan de tratamiento y de seguimiento adaptado a las necesidades del paciente mayor.

## **11. HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: DIAGNÓSTICO SIN NECESIDAD DE CAMBIAR LA MEDICACIÓN ANTIHIPERTENSIVA**

Jorge G. Ruiz-Sánchez, Diego Meneses, Álvaro Fernández, Jersy Cárdenas-Salas, Clotilde Vázquez

H.U. Fundación Jiménez Díaz

El Hiperaldosteronismo primario (HAP), principal causa de hipertensión (HT), es muy prevalente, aunque subdiagnosticado debido a dificultades para su evaluación. Una de ellas es la necesidad del cambio de medicación anti-HT para su diagnóstico. No existen puntos de corte ni datos clínicos que permitan el diagnóstico de HAP sin la necesidad del cambio de anti-HT. Determinamos la posibilidad de realizar el diagnóstico del HAP a pesar del uso de anti-HT durante el screening. **MÉTODOS:** Análisis retrospectivo de 367 casos estudiados por HTA endocrina entre 2021-2023. Categorización según diagnóstico de HAP, uso de fármacos anti-HT, hidroclorotiazida (HCZ), calcioantagonistas (CA), inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (Ag)(IECA), antagonistas del receptor de Ag-2 (ARA2), beta bloqueantes (BB), antagonistas del receptor mineralocorticoide (ARM), o combinaciones de ellos. Se determinó la rentabilidad diagnóstica para HAP del ratio

aldosterona/renina (ARR) durante el uso de anti-HT, con curvas ROC. Se evaluó el valor predictivo positivo (VPP) para HAP de la renina (Ren) baja (<1ng/ml/h), hipocalcemia (HipoK), ARR elevado, y combinación de ellos. **RESULTADOS:** 265 casos incluidos: 187/265 (70%) con screening positivo para HAP, y 122/265 (46%) con HAP confirmado. El 73% de la cohorte usó algún anti-HT en el screening (HCZ: 27%, CA: 49%, IECA: 21%, ARA2: 33%, BB: 17%, ARM: 5%). La Tabla muestra el área bajo la curva (AUC) del ARR, y el VPP de las características estudiadas, en el global de la cohorte y en los evaluados durante el uso de anti-HT habituales.

* p<0,05	Global	Anti-HT global	HCZ	ARM	HCZ+ IECA o ARA2	CA+ IECA o ARA2	Solo: HCZ+C A +IECA o ARA2	Con: HCZ+CA +IECA o ARA
<b>ARR.AUC</b>	0.86*	0.88*	0.95*	0.92*	0.96*	0.91*	0.95*	0.94*
ARR> 50	70.9%	77.5%	93.5%	87.5%	93.3%	86%	90.9%	90.9%
Ren<1	63.9%	69.1%	85.7%	90%	85%	80.7%	84.6%	86.2%
HipoK	83.7%	80.6%	77.8%	100%	80%	87.5%	60%	75%
Ren<1+HipoK	91.7%	89.7%	92.3%	100%	91.7%	92.9%	75%	83.3%
ARR> 50+HipoK	93.9%	92.6%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

**CONCLUSIÓN:** Es factible, y con alta precisión el diagnóstico de HAP usando el ARR y/o otros datos clínicos mientras el paciente mantiene su tratamiento anti-HT habitual.

## 12. IMPACTO DEL COLESTEROL REMANENTE EN EL CONTROL GLUCÉMICO DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 USUARIAS DE SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA

Juan José Raposo López, María Sarta Tapia Sanchiz, Víctor Navas Moreno, José Alfonso Arranz Martín, Mónica Marazuela, Fernando Sebastián Vallés

Hospital Universitario La Princesa

## **Introducción**

El objetivo de este trabajo fue estudiar la relación que existe entre el colesterol remanente (C-REM), las métricas de glucosa y las complicaciones crónicas en personas con diabetes tipo 1 (DM1) portadores de sistemas flash de glucosa (FGM).

## **Material y métodos**

Se realizó un estudio observacional que incluyó pacientes DM1 portadores habituales de sistemas FGM. Se recogieron variables clínicas y las métricas de glucosa. Se realizaron modelos estadísticos de regresión multivariante para estudiar la asociación del C-REM con las métricas de glucosa y las complicaciones de la DM1.

## **Resultados**

Se incluyeron 383 personas con una edad media de  $48.3 \pm 16.2$  años, 54.1% mujeres, con un C-REM de  $16 \pm 10$  mg/dL. Los modelos de regresión multivariable mostraron que el C-REM se asocia a menor tiempo en rango ( $p=0.015$ ) y mayor tiempo por encima de rango ( $p=0.003$ ). La nefropatía diabética fue la única complicación que se asoció a un C-REM mayor a 30 mg/dL (OR 8.93;  $p<0.001$ ).

## **Conclusión**

El C-REM se asocia de forma independiente a peores métricas de glucosa y a la nefropatía diabética en personas con DM1. Serán necesarios nuevos trabajos para profundizar en estos hallazgos.

## **13. DE TORMENTA A TRAGEDIA TIROIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Juan Carlos. Lorite. M. Pérez

Hospital Universitario Severo Ochoa

CASO CLÍNICO: Mujer de 39 años. Remitida a Urgencias desde Atención Primaria por disnea de moderados esfuerzos y edema en miembros inferiores de una semana de evolución. Como antecedentes personales solo consta obesidad (IMC 32 kg/m<sup>2</sup>) y un aborto espontáneo hace 12 años. No tratamientos habituales. A su llegada a Urgencias, pasa directamente al box vital por fibrilación auricular a 190 lpm. Se avisa a UCI, y al intentar inducción para realizar ventilación mecánica no invasiva, entra en parada cardiorrespiratoria, que consigue revertirse a los 8 minutos. Se realiza diagnóstico de shock cardiogénico por disfunción sistólica biventricular severa. En TC tóraco-abdominal se objetiva trombo en la orejuela izquierda, patrón pulmonar intersticial bilateral y adenopatías hiliares. En los análisis muestra disfunción hepática con coagulopatía e hipoglucemia con acidosis mixta y elevación de reactantes de fase aguda. Se solicita además perfil tiroideo con los siguientes resultados: TSH  $< 0.008$  mcU/mL [0.35-5.00], T4 libre  $> 5$  ng/dL [0.70-1.50], antiTPO  $> 1000$  U/mL [0-6], TSI  $> 40$  UI/mL [0-4]. Ante la sospecha de tormenta tiroidea, alcanzándose los 60

puntos según la escala de Burch-Wartofsky, se inicia tratamiento con solución de lugol, metimazol, esteroides y colestiramina. Ante el empeoramiento progresivo, se deriva a la paciente a centro de referencia para soporte circulatorio extracorpóreo. Finalmente, a pesar de la mejoría clínica y analítica del hipertiroidismo, la paciente fallece a la semana por fracaso multiorgánico, secundariamente al shock cardiogénico por tormenta tiroidea precipitada por probable cuadro infeccioso, en contexto de enfermedad de Graves no conocida con anterioridad.

**DISCUSIÓN:** La tormenta tiroidea o crisis tirotóxica es un cuadro infrecuente pero potencialmente mortal, con clínica consistente en desmesurados signos y síntomas de tirotoxicosis. Su incidencia anual es de 0.20 a 0.76 cada 100.000 habitantes según la serie.

Si bien puede desencadenarse en pacientes con hipertiroidismo de cualquier etiología no tratado de larga evolución, también puede producirse por un evento agudo como un traumatismo, infección, cirugía (tiroidea o no tiroidea), gran ingesta de yodo o el parto.

La instauración de un tratamiento antitiroideo, etiológico y de soporte con la mayor celeridad posible es fundamental, pues esta entidad tiene una mortalidad considerable (del 10 al 30%).

**CONCLUSIÓN:** A pesar del fatal desenlace de este caso clínico, es evidente la importancia del conocimiento de esta entidad para establecer un diagnóstico y tratamiento precoz para disminuir su mortalidad.

## **14. DIFERENCIAS EN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EN LOS RESULTADOS QUIRÚRGICOS ENTRE LOS TUMORES NEUROENDOCRINOS HIPOFISARIOS SECRETORES DE GH Y LOS COSECRETORES DE GH Y PRL.**

Marta Araujo Castro, E. Menéndez Torre<sup>1</sup>, M.D. Moure Rodríguez<sup>2</sup>, C. Fajardo<sup>3</sup>, E. Pascual-Corrales<sup>4</sup>, R. Cámara<sup>5</sup>, A. Vicente<sup>6</sup>, L. González<sup>7</sup>, Iria Novoa-Testa<sup>8</sup>, F. Cordido<sup>9</sup>, L. Ollero<sup>10</sup>, M Puig-Domingo<sup>11</sup>, B. Biaggeti<sup>12</sup>

1 HU Central de Asturias, 2H de Cruces, 3 HU de La Ribera, 4 HU Ramón y Cajal, 5 HU y Politécnico La Fe. 6 HU de Toledo, 7 H Gregorio Marañón, 8 HU de Bellvitge, 9 HU de Coruña, 10 HU de Navarra, 11 H Germans Trias Pujol, 12 H Vall d'Hebrón,

**Objetivo:** Evaluar si existen diferencias en la forma de presentación de la acromegalia y en los resultados del tratamiento quirúrgico entre los tumores neuroendocrinos hipofisarios secretores de GH (TNE-HGH) y los cosecretores de GH y PRL (TNE-HGHPRL). **Métodos:** Estudio retrospectivo multicéntrico de 651 pacientes con acromegalia en seguimiento en 31 hospitales terciarios entre 2003 y 2023. Los pacientes se clasificaron en dos grupos según los niveles séricos de PRL al diagnóstico y la inmunohistoquímica (IHQ) para GH y PRL: a) TNE-HGH si los niveles de PRL eran normales (n=447) y b) TNE-HGHPRL cuando los niveles de PRL estaban por encima del límite superior de la normalidad y la IHQ para GH y PRL era positiva o los niveles de PRL eran >100 ng/dL

independientemente de la IHQ de PRL (n=120). Los pacientes sin información histológica y/u hormonal suficiente para determinar el grupo o que no cumplieron criterios para entrar en ninguno de los dos grupos fueron excluidos (n=84). **Resultados:** El 21.2% (n=120) de los pacientes con acromegalia tuvieron TNE-HGHPRL y el 78.8% restante (n=447) fueron TNE-HGH. La edad media fue menor en los TNE-HGHPRL que los TNE-HGH (43.3±15.2 vs. 51.4±14.0 años, P<0.001). Los TNE-HGHPRL fueron con mayor frecuencia macroadenomas (92.4% vs. 73.4%, P <0.001) e invasivos (56.3% vs. 39.9%, P=0.002) que los TNE-HGH. Además, se presentaron con hipopituitarismo prequirúrgico con mayor frecuencia que los TNE-HGH (OR 4.1, 95% CI 2.7-6.6). Estas diferencias continuaron siendo estadísticamente significativas tras ajustar por tamaño y por invasividad (OR 3.4, 95% CI 2.0-5.7). Se objetivó una correlación positiva entre los niveles de PRL al diagnóstico con el tamaño tumoral (r=0.30, P<0.001) y con el grado Knosp (r=0.18, P=0.001), pero no entre los niveles de IGF1 con el tamaño ni con el grado Knosp (P>0.05). No hubo diferencias en los niveles de GH ni de IGF1 entre ambos grupos (P>0.05). Tampoco se encontraron diferencias en la tasa de curación bioquímica posquirúrgica inmediata (42.1% vs. 46.4%, P=0.426) ni a largo plazo (50.9% vs. 49.2%, P=0.751) entre grupos. No obstante, hubo una tendencia a una mayor tasa de complicaciones en el grupo de TNE-HGHPRL (15% vs. 9.8%, P=0.064), principalmente a expensas de un mayor número de casos de diabetes insípida permanente (7.6% vs. 2.2%, P=0.008). **Conclusiones:** Los TNE-HGHPRL son responsables de un 20% de los casos de acromegalia. Estos tumores son más invasivos y de mayor tamaño que los TNE-HGH y causan hipopituitarismo con mayor frecuencia que los TNE-HGH. La tasa de curación bioquímica es similar entre ambos grupos, pero los pacientes con TNE-HGHPRL tienden a presentar con mayor frecuencia complicaciones postquirúrgicas

## 15. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA REALIZACIÓN DE TIROIDECTOMIAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M.Gómez-Gordo Hernanz, G. Collado González, A. García Piorno, I. Losada Gata, M. Pérez Noguero, I. Jiménez Hernando, B. Farache Suberviola, A. Morales Jaurrieta, A.M. Rivas Montenegro, A. López Guerra y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Introducción:** las complicaciones mayores de la cirugía tiroidea incluyen; la lesión del nervio laríngeo recurrente que puede causar disfonía y dificultad respiratoria aguda, el hematoma postquirúrgico, la infección y el hipoparatiroidismo que a su vez puede ser transitorio (HPT) o permanente (HPP). **Objetivo:** analizar las complicaciones observadas tras la realización de cirugía tiroidea con distintos diagnósticos prequirúrgicos en nuestro centro.

**Métodos:** estudio descriptivo retrospectivo de tiroidectomías realizadas durante los años 2018 a 2021 por los servicios de Cirugía General, Otorrinología, Cirugía Torácica y Cirugía pediátrica del Hospital Gregorio Marañón.

**Resultados:** se incluyeron un total de 624 pacientes, siendo un 69.6 % mujeres. Los diagnósticos prequirúrgicos fueron: BMN (36.1%), hiperparatiroidismo (14.6%), nódulo sospechoso de malignidad (4.5%), cáncer de tiroides (24.8%), EGB (7.1%) y otros (5%). 47 pacientes (7.5%) fueron reintervenidos. Se realizó tiroidectomía total en un 56.4%, seguida de hemitiroidectomía derecha en un 19.2%, hemitiroidectomía izquierda en un 11.5%, paratiroidectomía en 2.4% y otras en 1.4%. El 80.3% de las cirugías fueron realizadas por Cirugía General, un 5.6% por Otorrinología, 2.4% por Cirugía torácica, 3% por otros servicios. La linfadectomía se llevó a cabo en un 18.3%. De los pacientes intervenidos 6 de ellos (1%) presentaron hipoparatiroidismo prequirúrgico. Tras la cirugía, el **21.5%** de los pacientes presentó **HPT**, siendo esta la complicación más frecuentemente observada y un **5.8% HPP**. En más del 60% de los pacientes se visualizaron ambos nervios laríngeos recurrentes y se realizó neuromonitorización. En un 61% se determinó la PTH intraoperatoria además de la pre y postoperatoria. En relación a la **parálisis recurrencial** fue **transitoria** en un **7%** y **permanente** en un **3.4%**. Se documentaron 26 casos (**4.2%**) de **hematoma postquirúrgico** y 6 casos (**1%**) de **infección**.

**Conclusiones:** la complicación postquirúrgica más frecuente fue el HPT (21.5%) seguida de la parálisis recurrencial transitoria (7%). La determinación intraoperatoria de la PTH es un factor predictivo de desarrollo de hipoparatiroidismo. La neuromonitorización durante la cirugía ayuda a la preservación de los nervios recurrentes. El desarrollo de complicaciones postquirúrgicas es mayor en pacientes intervenidos por cáncer tiroideo, en la tiroidectomía total y en gran medida depende de la experiencia del centro y de los cirujanos.

## **16. CONCORDANCIA ENTRE LA VSG Y LOS CRITERIOS GLIM PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DRE EN EL ÁMBITO DE LA HOSPITALIZACIÓN. ANÁLISIS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL.**

Paula Vázquez Pérez, R M. García, I. Borrego, L. Mola, M G. Llaro, G. Miñón, I. Mantellini, S. Rogic, S. Palma

Hospital Universitario La Paz

**INTRODUCCIÓN:** La Desnutrición Relacionada con la Enfermedad (DRE) tiene una prevalencia mayor al 30% en los hospitales españoles y se asocia a una mayor morbimortalidad, por lo que es fundamental su diagnóstico y tratamiento precoz. Ninguna herramienta de cribado está aceptada universalmente. Con respecto al diagnóstico, la Valoración Global Subjetiva (VGS) cuenta con mayor antigüedad y extensión de uso que los criterios GLIM, siendo actualmente el *gold standard* con el que comparar nuevas herramientas. **OBJETIVO:** Analizar la concordancia entre la VGS y los criterios GLIM para el diagnóstico de DRE. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trata de un estudio transversal, realizado en pacientes ingresados en el H.U La Paz, entre abril y septiembre de 2022. En la primera valoración de Nutrición se incluyó la VSG y los criterios GLIM (realizados por enfermería de Nutrición y por el Endocrinólogo, respectivamente). El criterio GLIM de baja masa muscular se

valoró mediante circunferencia de la pantorrilla (CP) o circunferencia muscular del brazo (CMB), y el de inflamación en base a la Proteína C Reactiva (PCR). Se analizó la concordancia entre VGS (categorías A, B y C) y GLIM (categorías normoalimentado, desnutrición moderada y severa) a la hora de diagnosticar DRE y el grado de la misma. Para el análisis se utilizó el estadístico Kappa de Cohen y el Software IBM SPSS Statistics. RESULTADOS: Se incluyeron 274 pacientes (62.4% varones), con media de edad de  $65\pm 17$  años y los siguientes motivos de ingreso: cirugía (46.4%), patología digestiva (12%), neurológica (12%), complicaciones del tratamiento oncológico (10.6%) y otros (19%). El 69.4% presentó DRE según criterios GLIM (33.6% moderada y 35.8% severa). La VSG fue A en 25.9% de pacientes, B en 44.9% y C en 29.2%. La concordancia entre VGS y GLIM en global fue buena (K 0.709,  $p < 0.001$ ). De los 84 pacientes sin DRE según GLIM, el 78.6% fue clasificado como VSG A y 21.4% B. De los pacientes con DRE moderada según GLIM, el 5.4% presentó VSG A, 88.1% B y 6.5% C. De aquellos con DRE severa el 24.5% se clasificó como VSG B y el 75.5% como C. Con respecto al análisis por subgrupos según el motivo de ingreso, la concordancia fue para cirugía (K 0.702), para oncología (K 0.625), para patología neurológica (K 0.725) para digestiva (K 0.718) y para otras patologías (K 0.734) siendo en todos los subgrupos  $p < 0.001$ . CONCLUSIONES: Nuestros resultados demuestran buena concordancia entre los criterios GLIM y la VGS para diagnosticar DRE. Esta concordancia se mantuvo en el análisis por subgrupos, siendo levemente inferior en los pacientes oncológicos. Por tanto, concluimos que los criterios GLIM son una herramienta adecuada para utilizar en la práctica clínica habitual, a la hora de diagnosticar precozmente la DRE en el ámbito de la hospitalización.

## **17. RETINOPATÍA PARANEOPLÁSICA ASOCIADA A MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES.**

S. González Castañar, S. Amar, C. Sager, E. Carrillo López, M. Tapia Sanchiz, J. Raposo López, M. López Ruano, C. Martínez Otero, V. Navas Moreno, M. Marazuela Azpíroz

Hospital Universitario de la Princesa

Un síndrome paraneoplásico (SPN) es aquella afección que ocurre en el contexto de una neoplasia sistémica que no se debe a la presencia de metástasis, alteraciones metabólicas/nutricionales, infecciones o efectos secundarios del tratamiento. Dentro de los SPN, los visuales son entidades infrecuentes, normalmente inmunomediados, siendo la retinopatía paraneoplásica asociada a cáncer (CAR) el más frecuente.

La CAR afecta a conos y bastones, además de producir una disminución del calibre de arteriolas retinianas. Ésta cursa con fotofobia, pérdida de agudeza visual y escotomas en el campo visual de rápida evolución. La neoplasia más frecuentemente asociada es el carcinoma microcítico de pulmón, pero se ha descrito en multitud de tumores.

Se presenta un caso de microcarcinoma papilar de tiroides diagnosticado tras presentar síntomas visuales de evolución larvada.

Se trata de una mujer de 41 años sin antecedentes personales de interés que es derivada a Oftalmología por pérdida de agudeza visual y fotofobia progresivas de 3 años de evolución. Se solicita electroretinograma que muestra una alteración funcional leve de células bipolares del ojo izquierdo, así como anticuerpos antirretinianos y antirrecoverina que resultan positivos. Saltan las alarmas por lo que se solicita Tomografía Axial Computarizada (TAC) cérvico-toraco-abdominopélvica en la que únicamente presenta lesiones a nivel tiroideo. La ecografía tiroidea muestra 2 nódulos altamente sospechosos de malignidad, el mayor de ellos en LTD y otro de menor tamaño en LTI, ambos TI-RADS 5. Se realiza PAAF guiada por ultrasonidos de ambos, resultando el localizado en LTD Bethesda 5, mientras que el localizado en LTI resultó Bethesda 2. Tras los hallazgos, se realiza tiroidectomía total con linfadenectomía derecha profiláctica confirmándose el diagnóstico de microcarcinoma papilar tiroideo en nódulo derecho, así como benignidad del nódulo izquierdo. A nivel visual, se objetivó mejoría de la campimetría y de la electroretinografía, así como negativización de anticuerpos sin tratamiento específico para la afectación oftalmológica.

Discusión:

Se estima que hasta la mitad de los pacientes con CAR pueden debutar con síntomas visuales antes del diagnóstico del tumor primario, por lo que una sospecha y diagnóstico precoz pueden aumentar la probabilidad de supervivencia. Se recomienda ante la sospecha solicitar anticuerpos antirretinianos y ampliar estudio con TAC para localización de la neoplasia subyacente. El tratamiento del tumor primario suele mejorar los síntomas oftalmológicos, aunque se han descrito casos en los que se ha precisado inmunoterapia o corticoterapia.

## **18. VALORACIÓN DE LA INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON IPCSK9 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL**

Ana M. Álvarez O'Dogherty, N. Sánchez Ramírez (1); I, Madrid Esgusquiza (1); B. Ugalde Abiega (1); FJ. Arrieta Blanco (1,2,3)

Hospital Universitario Ramón y Cajal (1). Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRY-CIS) (2). Unidad de errores congénitos del metabolismo (3)

**Introducción:** los IPCSK9 producen reducciones importantes de LDL colesterol, con niveles por debajo de los planteados en las guías clínicas. Bajos niveles de colesterol se han asociado a la aparición de deterioro neurocognitivo, cataratas e ictus hemorrágico.

**Objetivo:** valorar la personalización del tratamiento con IPCSK9 para evitar niveles de LDL colesterol inferiores a los planteados en las guías de práctica clínica.

**Material y métodos:** estudio transversal retrospectivo de pacientes tratados con IPCSK9 con diferente potencia en el descenso de LDL colesterol (Evolocumab 140 mg y Alirocumab 75 mg) y seguimiento a corto y largo plazo. Determinación en suero tras 12 horas de ayuno de los niveles de

lípidos (colesterol total (CT), LDL colesterol (LDL-c), HDL colesterol (HDL-c), triglicéridos (TG)), LP (a) y HbA1c. Para el estudio estadístico se usó el programa informático STATA 11.

**Resultados:** 57 pacientes tratados con Evolocumab (E) y Alirocumab (A). Edad:  $57 \pm 62,36$  años. 61,40% varones. Se observó una reducción global al año de CT ( $251,79 \pm 80,85$  vs  $140,94 \pm 44$ ,  $p=0,000$ ), LDL-c ( $169,58 \pm 74,66$  vs  $71,90 \pm 44,42$ ,  $p=0,000$ ) y TG ( $127,23 \pm 80,03$  vs  $99,86 \pm 47,59$ ,  $p=0,018$ ) estadísticamente significativa, un descenso de LP (a) ( $48,76 \pm 49,16$  vs  $44,75 \pm 43,97$ ) y HbA1c ( $5,87 \pm 0,88$  vs  $5,79 \pm 0,90$ ), y un leve ascenso de HDL-c ( $49,33 \pm 11,70$  vs  $52,14 \pm 12,03$ ), sin significación estadística.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de tratamiento en los niveles basales de CT ( $267,67 \pm 79$  vs  $185,36 \pm 42$ ,  $p=0,003$ ) y LDL-c ( $181,28 \pm 77$  vs  $120,63 \pm 35$ ,  $p=0,001$ ), siendo mayores los del grupo tratado con E.

El 6,52% (n=3) de los pacientes presentó cifras de LDL-c < 30 mg/dl. Los 3 pacientes pertenecen al grupo de tratamiento con E.

**Conclusiones:** el efecto hipolipemiante de Evolocumab 140 mg es más potente que el de Alirocumab 75 mg y causa reducciones de LDL colesterol inferiores a 30 mg/dL, cuyo efecto a largo plazo desconocemos, siendo necesario en muchas ocasiones ajustar el tratamiento.

En nuestra muestra no apreciamos un descenso significativo de los niveles de LP (a) al año de haber iniciado el tratamiento.

Destacamos la importancia de individualizar el tratamiento y disponer de alternativas terapéuticas para el control de la hipercolesterolemia.

## 19. LUMBALGIA COMO SINTOMA DE ALARMA EN EL EMBARAZO Y/O LACTANCIA

M<sup>a</sup> del Mar García González, Mikaela Zubillaga, Luyi Zeng, Laura Rambla, Vanessa Triviño, María Llaveró, Inmaculada Moreno, Olalla Meizoso, Isabel Huguet, Iciar Martín, Javier Modamio, Manuel Ángel Gargallo, Cristina Sevillano.

Hospital Universitario Infanta Leonor

**INTRODUCCIÓN:** La osteoporosis relacionada con el embarazo y la lactancia (PLO, en inglés) es una presentación rara, precoz y severa de osteoporosis en mujeres jóvenes. Presentan fracturas espontáneas o de bajo impacto, manifestadas típicamente en forma de fracturas vertebrales múltiples u osteoporosis transitorias de cadera durante el último trimestre de embarazo o en el periodo precoz postparto durante la lactancia.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 33 años puérpera, con fecha de parto en marzo 2023 y como antecedente relevante de hipotiroidismo primario autoinmune, que acude a Urgencias por lumbalgia con mal

control del dolor de inicio en mayo de 2023. Se objetivan múltiples fracturas vertebrales en radiografías de columna dorsolumbar por lo que ingresa para estudio y tratamiento. A la exploración física, ausencia de hirsutismo, fascies luna llena, miopatía proximal, estrías catabólicas o acantosis nigricans. IMC normal. Durante el ingreso se realizan pruebas de imagen como RMN y TAC abdominopélvico en las que se objetiva rectificación de lordosis cervical, fracturas agudas/subagudas por insuficiencia con acuñaamiento de la vértebra lumbar L2 y hundimiento de las vértebras D11, L3, L4 y L5, sin signos de afectación secundaria. Signos de osteoporosis en la densitometría ósea en cuello femoral y vértebras lumbares con un Z score total de -3.3. Se realizar pruebas complementarias con el objetivo de descartar causas secundarias de osteoporosis:

- Test de Nugent negativo y cortisoluria/24h normal por lo que se descarta hipercortisolismo. Glándulas suprarrenales normales en TAC abdominopélvico.
- Metabolismo óseo normal: PTH, calcemia, fosforemia, calciuria/24h y vitamina D en rango.
- Función tiroidea normal en tratamiento con Levotiroxina. Diagnóstico de prediabetes y glucemia basal alterada durante ingreso sin precisar medicación.
- Ausencia de enfermedad hematológica o neoplasia en pruebas de imagen/analíticas: proteinograma en suero, inmunoglobulinas y B2 microglobulina normal.
- Se descartan cuadros malabsortivos, amenorrea, artritis reumatoide, lupus, etiología infecciosa, ausencia de clínica de mastocitosis o causa farmacológica.

Tras el diagnóstico probable de PLO severa se decide iniciar tratamiento anabólico con Teriparatida una inyección diaria durante 2 años junto con suplementación de calcio y vitamina D debido al aumento de los requerimientos durante la lactancia.

**CONCLUSIÓN:** La lumbalgia persistente a pesar de tratamiento analgésico y/o de medidas higiénico-dietéticas en el último trimestre de embarazo y/o durante la lactancia nos debe hacer sospechar sobre esta enfermedad a pesar de su baja incidencia.

## **20. REACCIÓN DE HIPERSENSIBILIDAD TRAS INYECCIÓN SUBCUTÁNEA DE ANÁLOGO DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 1: UNA REACCIÓN ADVERSA POCO FRECUENTE.**

S. Mera-Carreiro, R. Moreno-Borque; B. Bernaldo-Madrid; P. Espinosa de los Monteros-Sicilia; A. Ávila Antón; N. Sánchez-Maroto; G. Guhl- Millán; MA. Rubio-Herrera; M. Pazos-Guerra.

Hospital Clínico San Carlos (Endocrinología y Nutrición / Dermatología)

**Introducción:** Liraglutide es el único análogo del péptido similar al glucagón tipo 1 (aGLP1) aprobado en España para obesidad. Semaglutida también aGLP1 está indicado para obesidad y diabetes. Se administran en forma de inyección subcutánea en abdomen, muslo o brazo.

**Caso clínico 1:** Mujer de 56 años con antecedentes de prediabetes, hipertrigliceridemia, hipertensión arterial, reflujo gastroesofágico y rinitis alérgica. En tratamiento con fenofibrato, candesartan/hidroclorotiazida, omeprazol, bilastina y bromuro de ipratropio. Consulta por obesidad grado III y se inicia tratamiento con liraglutida 0.6 mg/día con incremento de 0.6 mg semanalmente. A las cuatro semanas de tratamiento la paciente presenta placas eritematosas y pruriginosas en el abdomen coincidiendo con el sitio de inyección del fármaco por lo que es derivada a consultas de dermatología. En la exploración física se objetivan al menos 5 placas en diferentes estadios de evolución. Se realiza biopsia de las lesiones que muestra epidermis sin alteraciones y dermis con moderado infiltrado inflamatorio perivascular compuesto principalmente por linfocitos y eosinófilos aislados, compatibles con una reacción de hipersensibilidad tipo toxicodermia. Por ello se decide la suspensión del fármaco y se objetiva mejora progresiva de las lesiones en las semanas sucesivas.

**Caso clínico 2:** Mujer de 57 años con antecedentes de obesidad grado III, prediabetes, hipercolesterolemia y hernia de hiato. En tratamiento con simvastatina y esomeprazol. Inicia tratamiento con liraglutida 0.6 mg/día y tras dos semanas aparecen placas eritematosas en el punto de inyección, por lo que se suspende el fármaco. No se realizó biopsia. Tras resolución de las lesiones se inicia semaglutida 0.5 mg semanal sin reacciones adversas cutáneas.

**Discusión:** Los efectos adversos más comunes asociados a los aGLP1 son los gastrointestinales (náuseas, vómitos y diarrea). En el estudio ESCALE diabetes y ESCALE obesity las reacciones cutáneas más frecuentes fueron el dolor y hematoma (5.7%), mientras que las reacciones cutáneas de hipersensibilidad fueron infrecuentes y muy leves. Sin embargo, en el caso de nuestras pacientes la aparición de las lesiones dermatológicas condicionó la suspensión del fármaco. Hay casos descritos en la literatura en los que se objetivan reacciones de anafilaxia con exenatida y lixenatida; y reacciones de hipersensibilidad generalizada y dermatosis vesiculopustulosa asociada a tratamiento con liraglutide. Aunque liraglutide y semaglutide son derivados de la misma molécula se han descrito casos (caso clínico 2) en los que no se objetivan reacciones cruzadas de hipersensibilidad entre ambos fármacos. Por todo ello parece útil realizar pruebas de alergia intradérmicas y epicutáneas para evaluar la tolerancia de semaglutide en aquellos pacientes con alergia cutánea liraglutide u otros aGLP1.

## **21. RESULTADOS METABÓLICOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y OBESIDAD**

Isabella Mantellini Gonzalez, Elena García Pérez de Sevilla, Miriam Zapatero Larrauri, Beatriz Barquiel, Ruth Gaspar La Fuente, Noemi Repilado, Óscar Moreno Domínguez, Samara Palma Milla, Noemí González Pérez de Villar.

Hospital Universitario La Paz

**INTRODUCCIÓN.** La prevalencia de obesidad está en aumento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1). La cirugía bariátrica (CB) en personas con DM1 y obesidad parece no mejorar el

control glucémico a pesar de la pérdida ponderal y la disminución de las necesidades de insulina. **OBJETIVO.** Describir el impacto de la CB en el patrón alimentario, control glucémico, dosis diaria total (DDT) de insulina, hipoglucemias, peso y comorbilidades en personas con DM1 y obesidad. **MATERIALES Y MÉTODOS.** Estudio descriptivo y retrospectivo. Incluimos pacientes con DM1 atendidos en nuestro centro e intervenidos de CB en 2022. Obtuvimos datos de la historia clínica electrónica y de la monitorización continua de glucosa/sistemas de infusión subcutánea de insulina (ISCI) pre y postcirugía. **RESULTADOS.** Presentamos 2 casos, ambas mujeres de edad media, con DM1 de larga evolución y obesidad grado III previo a CB. **CASO A:** 45 años, DM 1 de 43 años de evolución, usuaria de MiniMed 780G con buen control metabólico. Bypass gástrico realizado en otro centro con IMC 40kg/m<sup>2</sup>. Pérdida ponderal de 24% del peso precirugía (preqx) a los 12 meses (12m). Se observa disminución de la ingesta de carbohidratos desde el preoperatorio y reducción proporcional de DDT de insulina. Los primeros 12 meses postcirugía presentó pocas hipoglucemias, la mayoría a las 3 horas postingesta, precisando ajuste de ratios y aumento de duración de la insulina activa de 2h a 2:45h. El control glucémico a los 12m fue similar al preqx: 81%, 2% y 6.5% preqx vs 85%, 3% y 6.2% postcirugía (Tiempo en rango o TIR, Tiempo en hipoglucemia o TBR y HbA1C respectivamente). **CASO B:** 41 años, DM 1 de 23 años de evolución, hipertensión y dislipemia. Tratamiento con insulina basal/bolo e inicio de ISCI MiniMed 780G a los 15 meses postcirugía. Bypass gástrico realizado con IMC 47.6 kg/m<sup>2</sup>. Reducción del 50% de la DDT de insulina durante protocolo preoperatorio con dieta muy baja en calorías. Pérdida ponderal llamativa (43% del peso preqx) a los 18 meses (18m). Abundantes hipoglucemias a pesar de la disminución de la DDT de insulina, mejorando tras inicio de sistema integrado programado con 2:30h de duración de insulina activa y 110mg/dl de objetivo. Evolución glucométrica: TIR 53%, TBR 6% y HbA1C 7.1% vs 45%, 9% y 6.3% vs 77%, 2% y 5.5% (preqx, 12m y 18m postcirugía respectivamente). A los 18m destaca reducción de >50% de la DDT de insulina, retirada de hipolipemiente y alta satisfacción de la paciente. **CONCLUSIONES.** En nuestra muestra el Bypass Gástrico consiguió pérdida ponderal de >20% y disminución de la DDT de insulina en pacientes con DM1 y obesidad, coincidiendo con la literatura. Es precisa la coordinación multidisciplinar y el seguimiento estrecho por el alto riesgo de hipoglucemias tanto pre como postoperatorias. La CB es segura y puede mejorar comorbilidades y la calidad de vida en pacientes con DM1 a pesar de no mejorar significativamente el control glucémico.

## 22. COMPLICACIÓN POSTQUIRÚRGICA DE ADENOMA PARATIROIDEO

Blanca Farache Suberviola, A. Morales, M. Pérez, I. Jiménez, M. Gómez-Gordo, G. Collado, I. Lo-sada, A. García, E. Fernández, O. González

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Introducción:** Una de las complicaciones de la cirugía por adenoma paratiroideo es el síndrome de hueso hambriento; se trata de una entidad clínica poco habitual cuya causa más frecuente es la

paratiroidectomía como tratamiento del hiperparatiroidismo primario. La base fisiopatológica consiste en que, tras la cirugía, el estímulo de la PTH se retira bruscamente, ocasionando un hipoparatiroidismo funcional y el cese de la actividad osteoclástica excesiva, mientras que la actividad osteoblástica se mantiene provocando un desbalance entre formación y resorción ósea. Se produce un aumento de captación a nivel óseo de magnesio, calcio y fosfato, provocando una disminución de su concentración sérica.

**Presentación del caso:** Mujer de 60 años, sin antecedentes personales de interés que ingresa a cargo de Cirugía Endocrinometabólica por hipercalcemia sintomática. Al inicio del ingreso la paciente presenta calcemia >15 mg/dL, hipomagnesemia e hipofosfatemia. PTH de hasta 1400 ng/L. Se realiza ecografía, gammagrafía y TAC cervical con contraste, donde se observa un adenoma paratiroideo inferior izquierdo de 11.9x15.2x13.1mm. Durante el ingreso recibió sueroterapia, diuréticos de asa y Ac zolendrónico 4 mg i.v. Se realiza hemitiroidectomía izquierda + paratiroidectomía inferior izquierda, la PTH intraoperatoria de 287 ng/L con una caída del 70% a los 10 minutos. A su salida de quirófano sin signos de hipocalcemia, con Ca 8,7 mg/dL. Es dada de alta en el 4º día del postoperatorio con Caosina y Rocaltrol. En el día 6 postcirugía vuelve a ingresar por parestesias peribucales, en MMSS. En la As Ca 9,7 y PTH 31. Se inicia perfusión con gluconato cálcico sin reaparición de síntomas de hipocalcemia. En la As de control presenta Calcio 9.6 mg/dL, Fosfato 2.8 mg/dL. Es dada de alta con caosina 2,5 mg c/12 horas y Rocaltrol 0.25 mcg/día. En control analítico al mes repunte de hiperPTH con 224 ng/L y Ca 8,4 mg/dL asintomático. En los controles posteriores PTH y Calcio en rango.

**Conclusión:** Los factores de riesgo (FR) son elevados niveles de calcio, PTH y FA, edad avanzada, tamaño elevado de adenoma y osteítis fibrosa quística. Comúnmente, el nadir de calcio aparece entre las 24-72 horas y la caída de los niveles de PTH es más precoz.

En nuestro caso, la paciente curso con síntomas de hipocalcemia, a pesar de tener tratamiento preventivo, sin datos analíticos a favor. Debido a la clínica sugestiva y los FR se decidió iniciar tratamiento con perfusión i.v objetivándose una mejoría clínica.

## **23. DIABETES INSÍPIDA CENTRAL EN CONTEXTO DE ENFERMEDAD NEOPLÁSICA AVANZADA**

Elena Carrillo López, C. Sager, M. López Ruano, V. Navas, M.C. Martínez, T. Armenta, M. S. Tapia, J. J. Raposo, M. Marazuela.

Hospital Universitario de La Princesa

**INTRODUCCIÓN:** la incidencia de metástasis a nivel hipofisario es sumamente rara, siendo excepcional la localización neurohipofisaria y el desarrollo de diabetes insípida (DI) debido a esto.

**DESCRIPCIÓN DEL CASO:** presentamos el caso de una paciente de 69 años con un cáncer

microcítico de pulmón estadio IVB, con metástasis cerebrales, en tratamiento activo con quimioterapia junto con inmunoterapia (Atezolizumab) desde abril 2023. La paciente comienza de forma progresiva, desde al menos febrero 2023, con poliuria persistente de hasta 6-7 litros al día, polidipsia compensadora en torno a 5 litros diarios, natremia en el límite superior de la normalidad, natriuresis disminuida y osmolaridad en orina muy baja (158 mosm/kg). Se sospecha por ello que la paciente presente una DI por lo que se inicia tratamiento con desmopresina sublingual. Tras su inicio se logra disminuir la polidipsia, así como mejorar la diuresis (presentando en torno a 2 litros) y normalizar la natremia. Tras observar esto confirmamos el origen central de la DI. La paciente aporta una resonancia magnética (RMN) cerebral de circuito privado, al diagnóstico de la enfermedad en abril de 2023, en la que ya se observan metástasis cerebrales y en la que se describe una lesión hipocaptante de 6x8x7 mm (CCxTxAP) a nivel de la hipófisis en situación posteromedial, compatible con un posible microadenoma. Debido a esto, se solicita en nuestro hospital un control analítico con perfil hipofisario en el que no se observan alteraciones a nivel hormonal. **RESOLUCIÓN DEL CASO:** dado que el inicio de la clínica precede al comienzo de la inmunoterapia se descarta el origen autoinmune (hipofisitis) de la DI. Se realiza una RMN hipofisaria en nuestro hospital para categorizar mejor la lesión hipofisaria que se observaba en la RMN previa. En esta nueva RMN se describen realces nodulares puntiformes en la superficie inferior del tuber cinereum y quiasma óptico, que coinciden con el origen del tallo infundibular, siendo compatible con una posible carcinomatosis meníngea. Además, se observan también varias metástasis óseas en la RMN, una de ellas localizada el margen derecho del dorso de la silla turca que probablemente infiltra el margen posterior de esta y que provoca una alteración de la hiperintensidad característica de la neurohipófisis en la secuencia T1 basal de la RMN. Gracias a la mejoría de la sintomatología con el aporte de desmopresina junto con lo descrito en la RMN hipofisaria realizada se confirma el origen central de la DI, siendo difícil dilucidar si realmente se debe a una carcinomatosis meníngea o a una metástasis ósea que infiltra la neurohipófisis por contigüidad. **CONCLUSIÓN:** es poco frecuente el origen metastásico de la DI, aunque ha de sospecharse ante una clínica compatible y la presencia previa de un tumor en estadios avanzados. El tratamiento de la misma se realiza mediante desmopresina de forma superponible a como se lleva a cabo ante otras causas de diabetes insípida central.

## **24. HEMANGIOMA CAVERNOSO SUPRARRENAL, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO**

Alberto García Piorno, I. Losada, M. Gómez-Gordo, G. Collado, M. Pérez, I. Jiménez, G. Pérez, L. González.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Introducción:** Los hemangiomas cavernosos (HC) son tumores vasculares benignos, frecuentes en piel o hígado, que representan una causa excepcional de masa adrenal. Se identifican habitualmente de manera incidental, y forman parte del diagnóstico diferencial de los adenomas suprarrenales. Por lo general, son tumores esporádicos, unilaterales, no funcionantes y asintomáticos. Presentamos un

caso de hemangioma cavernoso suprarrenal que ilustra los desafíos asociados al diagnóstico de estos tumores. **Caso clínico:** Mujer de 58 años, remitida a endocrinología por el hallazgo incidental de un nódulo suprarrenal izquierdo en ecografía realizada para la evaluación de un cólico renoureteral. No presentaba palpitations, sudoración, cefalea ni otros síntomas. Exploración física sin hallazgos. En el TC de abdomen se objetivó una lesión exofítica sólida con captación heterogénea del contraste de 4x3.5cm, de bordes bien definidos, sugestiva de adenoma con complicación hemorrágica. Se solicitó una resonancia magnética (RM): masa suprarrenal de características inespecíficas. Hemograma, coagulación y bioquímica sin alteraciones. Elevación en los niveles de dopamina y noradrenalina en orina de 24 horas, que no se confirmó en controles posteriores. Resto de estudio de funcionalidad negativo. Con estos hallazgos se realizó una gammagrafía con MIBG que no mostró captación del radiotrazador. Se decidió realizar seguimiento de la lesión, indeterminada desde el punto de vista radiológico, que se mantuvo estable en los sucesivos controles. En el último TC, realizado 6 años después del diagnóstico, se observó un aumento en las dimensiones del nódulo adrenal, con medidas de 5x5.4cm. Presentaba focos de grasa macroscópica compatibles con mielolipoma, así como una calcificación focal de 5mm de nueva aparición. Se presentó en comité de tumores, donde se decidió la realización de una suprarrenalectomía izquierda laparoscópica dado el crecimiento de la lesión. El estudio histopatológico reveló el diagnóstico de hemangioma cavernoso adrenal, sin atipias citológicas. La paciente se recuperó sin complicaciones relacionadas con la cirugía, preservando la función adrenal. **Conclusión:** Los hemangiomas cavernosos se caracterizan radiológicamente por imágenes heterogéneas, con zonas grasas y calcificaciones (28-87%). Estos hallazgos pueden ser comunes e indistinguibles de otras lesiones como el angiomiolipoma, el feocromocitoma o el carcinoma suprarrenal, lo que conlleva con frecuencia a la necesidad de cirugía para descartar malignidad. En la mayoría de casos, el diagnóstico definitivo se logra a través del estudio histopatológico. Por todo ello, es esencial considerar el hemangioma cavernoso en el diagnóstico diferencial de las masas suprarrenales, especialmente cuando presentan signos radiológicos sugestivos.

## **25. MANEJO DE ILEOSTOMÍA DE ALTO DÉBIDO EN DOMICILIO CON UN SISTEMA DE INFUSIÓN SUBCUTÁNEO.**

Elena Carrillo López, A. Justel, C. Sager, M. López Ruano, F. Sebastián, M. S. Tapia, J. J. Raposo, S. Almar, S. González Castañar, M. Marazuela.

Hospital Universitario de La Princesa

**INTRODUCCIÓN:** la administración de sueroterapia subcutánea (sc) se emplea de forma habitual en pacientes en seguimiento por cuidados paliativos para facilitar su hidratación en domicilio. El uso de esta vía alternativa en pacientes con mayor esperanza de vida está menos extendido en la práctica clínica habitual, aunque existe evidencia científica que lo avala. **DESCRIPCIÓN DEL CASO:** mujer de 54 años intervenida a finales de julio 2023 por una obstrucción intestinal inflamatoria de origen desconocido con implantación de ileostomía terminal de descarga en un primer tiempo. Se

observa alto débito sin respuesta a múltiples terapias farmacológicas, entre ellas el uso de análogos de somatostatina. Cuatro semanas después persiste un débito en torno a 2200-2500 ml a pesar de optimización con inhibidores de bomba de protones, altas dosis de loperamida y codeína, módulos de fibra, resincolestiramina y suero oral. Presenta de forma secundaria malabsorción de micronutrientes (magnesio, fósforo, etc), con necesidad de suplementación oral diaria e intravenosa (IV) semanal. Se observa oligoanuria con diuresis entre 300-500 ml diarios a pesar de sueroterapia adicional sistémica diaria de 500 ml con suero salino fisiológico (SSF) 0.9%. Puesto que la reconstrucción del tránsito intestinal no es posible a corto plazo se plantea la opción de alta a domicilio en septiembre 2023 en espera de intervención quirúrgica en unos 3 meses. Dada la necesidad de sueroterapia sistémica de mantenimiento se decide implantar un sistema de infusión subcutáneo en abdomen que aporte al menos 500 ml de SSF 0.9% y se instruye a la paciente en su administración. **EVOLUCIÓN DEL CASO:** la paciente no presenta incidencias inicialmente, observándose una mejoría de la diuresis (500-700 ml diarios), disminuyendo el débito por la ileostomía 1600-1900 ml al día. Transcurridos 25 días se realiza recambio del sistema de infusión, presentando 3 días después una celulitis subcutánea en zona de inserción de catéter, que obliga a su retirada, iniciándose antibioterapia oral con resolución de la misma. Dado que mantiene diuresis aceptables, se decide pasar a régimen de fluidoterapia IV cada 4 días (1000 ml SSF 0.9%) en hospital de día. Tras un mes, permanece estable, sin otras incidencias ni deterioro de función renal, en espera de cirugía. Se realiza valoración nutricional mediante impedanciometría y ecografía nutricional del músculo recto anterior del cuádriceps que mostró una estabilización de la masa magra. **CONCLUSIÓN:** la administración de sueroterapia sc se muestra como una opción eficaz en la hidratación domiciliar de pacientes con ileostomía de alto débito, al menos durante las primeras semanas postquirúrgicas, hasta que se logre una adecuada adaptación intestinal que permita espaciar la necesidad de hidratación IV, mejorando la calidad de vida, manteniendo su funcionalidad y actividad física, reduciendo el coste hospitalario y la desnutrición asociada en este tipo de pacientes hasta la realización de la cirugía. de reconstrucción.

## **26. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON MODULADORES DE CFTR A NIVEL DE COMPOSICIÓN CORPORAL EVALUADA MEDIANTE TAC EN SUJETOS CON FIBROSIS QUÍSTICA.**

Víctor Navas Moreno, Fernando Sebastián Valles, Víctor Rodríguez Laval, Carolina Knott Torcal, Mónica Marazuela, Nuria Sánchez de la Blanca, José Alfonso Arranz Martín, Rosa María Girón, Miguel Antonio Sampedro-Núñez.

Servicios de Endocrinología y Nutrición, Radiodiagnóstico, y Neumología del Hospital Universitario de la Princesa.

Introducción:

El tratamiento con moduladores del gen regulador de conductancia transmembrana (CFTR) en sujetos con Fibrosis Quística (FQ) ha supuesto un cambio en el pronóstico de estos pacientes mejorando la

FEV1% (Forced Expiratory Volume in 1 second) así como la disminución de exacerbaciones. Asimismo, se conoce que producen aumento de peso en estos sujetos. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar la respuesta del tratamiento con moduladores de CFTR a nivel de composición corporal medido en tomografía axial computarizada (TAC) y comparar la misma con resultados previos con bioimpedanciometría (BIA) y variables clínicas.

## Métodos

Se reclutan los sujetos adultos con FQ en seguimiento en el Hospital Universitario de la Princesa de una cohorte prospectiva previa a la que se le realizó composición corporal con BIA antes y después del tratamiento con moduladores CFTR. Todos ellos a tratamiento con Elexacaftor-Tezacaftor-Ivacaftor (ELX/TEZ/IVA). Se realiza análisis de composición corporal mediante TAC utilizando el programa abierto ImageJ cotejándose con los datos de espirometría realizados antes y después del tratamiento, así como su correlato con BIA

## Resultados:

Nuestra muestra está compuesta por 26 sujetos adultos con FQ. Observamos aumento del área corporal total (corporal 207.9 a 217,7;  $p < 0,001$ ) a expensas, fundamentalmente, de masa grasa tanto total (27,9 a 35,7;  $p < 0,001$ ), subcutánea (13.6 a 18.5;  $p < 0.001$ ), visceral (13,6 a 19,6,  $p = 0,002$ ), como intramuscular (4,3 a 4,6;  $p = 0,022$ ). EL único compartimento muscular en el que se objetiva un aumento es el de muy baja densidad (2,9 a 3.0,  $p = 0,032$ ). El tratamiento con ELX/TEZ/IVA mejora la FEV1 de manera independiente, a mayor músculo de muy baja densidad previo al tratamiento se objetiva un menor FEV1 final y menor mejoría de esta. El correlato de composición corporal entre BIA y TAC es significativo.

## CONCLUSIÓN

El tratamiento combinado con moduladores de CFTR con ELX/TEZ/IVA produce mejoría de FEV1 independiente de la composición corporal. EL aumento de masa corporal se da a expensas sobre todo de masa grasa en todos sus compartimentos. El TAC torácico es una técnica válida para medir composición corporal cuyos resultados se correlacionan con BIA. La composición corporal en pacientes con FQ es necesaria para establecer estrategias de abordaje nutricional y de ejercicio que evite el aumento de masa grasa e intentar mejorar la composición corporal de estos sujetos.

## **27. HIPERANDROGENISMO POSMENOPAUSIA: ¿ORIGEN OVÁRICO O SUPRARRENAL?**

Cristina Maria Pastor Ochoa, Juan Diaz Guiterrez, Irene Crespo Hernandez, Maria Elena Mendoza Sierra, Lorea Angelica Herraiz Carrasco

Hospital Central De La Defensa (Centro Sanitario De Vida Y Esperanza)

**INTRODUCCIÓN:** El hiperandrogenismo (HA) es un problema clínico infrecuente en la mujer posmenopáusica.

**CASO CLÍNICO:** Mujer 71a; HTA, preDM, Antecedentes ginecológicos: G1-A0-V1. Ciclos regulares. Menopausia 1990 tras histerectomía. Tratamiento habitual con Enalapril. No otros fármacos, suplementos ni productos de herbolario.

Remitida desde AP por HA con aumento de vello corporal de 3 años de evolución. Exploración Física: alopecia frontal, hirsutismo (10 puntos en escala Ferriman-Gallwey), obesidad central y facies redondeada, sin otros hallazgos.

Análisis: FSH 85  $\mu$ U/ml, LH 40 mU/ml, Testosterona total (TT) 2.46 ng/mL (VN: 0,1-0,41), Testosterona Libre (TL) 2.05 pg/ml (VN: 0-4,2), insulina 71  $\mu$ U/ml (2,6-25), HOMA 30 (0-3). Resto de andrógenos, test de Nugent e IGF-1 normales; no otros hallazgos de interés.

Fue valorada por Ginecología realizando ecografía transvaginal sin alteraciones.

Se realiza RM abdomen-pelvis: adenoma 21mm suprarrenal izquierdo, ovarios normales. Ante los hallazgos radiológicos, se realizaron pruebas funcionales para discernir HA de origen ovárico vs suprarrenal: test con dexametasona 1mg cada 8 horas durante 5 días sin observar descenso de TT; test con análogos GnRH (1 dosis de Tryptorelina 3,75mg) mostrando supresión de TT a las 4 semanas del fármaco y confirmando producción de testosterona dependiente de LH.

Se realizó anexectomía bilateral con resolución clínica, normalización de TT, TL y mejoría de resistencia insulínica. AP: sin hallazgos histológicos relevantes.

**DISCUSIÓN:** El HA es un diagnóstico relativamente infrecuente en mujeres posmenopáusicas, siendo el origen ovárico el más habitual (hipertecosis ovárica y tumores ováricos productores de andrógenos). Entre las causas suprarrenales se encuentran el carcinoma suprarrenal y de forma muy infrecuente el adenoma suprarrenal. Por ello, en pacientes con incidentaloma adrenal coexistente o pruebas de imagen normales, puede ser necesario realizar cateterismo de venas suprarrenales y ováricas o pruebas funcionales para valorar el origen del HA, aunque con heterogeneidad en los protocolos e interpretación de los resultados. En nuestro caso, no disponíamos de posibilidad de realización de cateterismo y las pruebas funcionales orientaron a origen ovárico, por lo que se optó por realización de anexectomía, con resolución clínica y analítica tras la intervención.

## **28. FACTORES DE RIESGO PARA LA PRESENCIA Y PROGRESIÓN DE LA DISFUNCIÓN CARDIOAUTONÓMICA EN UNA COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 1.**

José Manuel Ruiz-Cánovas (1), Antonio Carlos Michael-Fernández (2), Alejandra Quintero-Tobar (3), Beatriz Dorado-Avenidaño (1), Sara de Lope Quiñones (3), Mar Lorenzo-Moñino (1), Estefanía Achote-Rea (1), Lía Nattero-Chávez (1,3)

1: Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Ramón y Cajal; 2: Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Ramón y Cajal ; 3: Grupo de Investigación en Diabetes, Obesidad y Reproducción Humana del IRYCIS. CIBERDEM.

**OBJETIVO:** Examinar la evolución de la neuropatía autonómica cardiovascular (CAN) y los factores de riesgo cardiometabólico relacionados una cohorte de pacientes con diabetes tipo 1 (DM1)

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio longitudinal prospectivo. Se evaluaron la CAN y los factores de riesgo cardiometabólico en una cohorte de pacientes con DM1 (ClinicalTrials.gov NCT04950634) con un seguimiento medio de  $47 \pm 11$  meses ( $n = 195$ ). Se obtuvieron pruebas de reflejos autonómicos cardiovasculares (CART) y factores de riesgo cardiometabólico en la visita basal y final. La CAN se definió según una puntuación de Ewing  $\geq 1$ , mediante las pruebas estandarizadas de la variabilidad de la frecuencia cardíaca tras la bipedestación, respiración profunda y maniobra de Valsalva. Se utilizó un modelo general lineal de medidas repetidas para la progresión de las pruebas de CART y factores de riesgo cardiometabólico. Las variables relacionadas con CAN se estudiaron mediante una regresión logística binaria.

**RESULTADOS:** La edad media de la cohorte fue de  $46 \pm 13$  años, con un tiempo de evolución de la DM1 de  $22 \pm 11$  años al final del seguimiento. La prevalencia global de CAN en la visita basal fue de 25,5% [19,8 - 32,2] y en la visita final de 29,2% [23,3 - 35,97]. La puntuación total de Ewing aumentó de  $0,49 \pm 0,48$  en la visita basal a  $0,61 \pm 0,52$  al final del seguimiento,  $P < 0,001$ ; siendo esta progresión significativamente mayor para los pacientes con CAN (de  $0,68 \pm 0,54$  en la visita basal a  $1,25 \pm 0,42$  al final del seguimiento,  $P < 0,001$ ). No se objetivaron cambios en control metabólico en términos de A1c ( $7,1 \pm 0,9$  en la visita basal vs  $7,0 \pm 0,9\%$  al final del seguimiento,  $P = 0,283$ ), observando una mejoría del TER basal de  $62 \pm 16\%$  a  $69 \pm 19\%$ ,  $P < 0,001$ , al final del estudio. El IMC y el perímetro abdominal aumentaron de manera global en la cohorte al final del estudio. Sin embargo, ni el control metabólico ni el peso o el perímetro abdominal mostraron un empeoramiento más marcado en los pacientes con CAN al final del estudio, en comparación a los pacientes con exploración cardioautonómica normal. El modelo de regresión logística ( $R^2$  de Nagelkerke = 0,285,  $P < 0,001$ ) retuvo como principales determinantes de CAN a la edad [ $\text{Exp}\beta = 1,065$  (1,030; 1,101)], el IMC [ $\text{Exp}\beta = 1,104$  (1,009; 1,207)] y la A1c [ $\text{Exp}\beta = 1,917$  (1,272; 2,889)].

**CONCLUSIONES:** Nuestros datos sugieren que la hiperglucemia, la ganancia ponderal y la edad están relacionados con la prevalencia de CAN. A pesar una mejoría del control metabólico en nuestra cohorte de pacientes con DM1, se objetivó un empeoramiento de la puntuación global de Ewing con una progresión más marcada de las pruebas CART en pacientes con CAN, resaltando la importancia de la prevención primaria en la ganancia ponderal de pacientes con DM1.

## 29. HALLAZGO DE UN GASTRINOMA EN LOCALIZACIÓN ATÍPICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. Pérez Noguero, I. Jiménez, B. Farache, A. Morales, M. Gómez-Gordo, G. Collado, I. Losada, A. García Piorno, J.C. Percovich

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Introducción:** la presencia de gastrinomas en ganglios linfáticos es controvertida, en cuanto a si estos casos representan una enfermedad metastásica de un tumor primario aún no identificado o la aparición de un gastrinoma de novo en un ganglio linfático. **Caso clínico:** Mujer de 78 años con epigastralgia de meses de evolución. En la gastroscopia, gastritis atrófica con metaplasia enteroide, y gastroduodenitis erosiva. Sin evidencia de *Helicobacter pylori*. Tras dos años estable con Omeprazol, reaparece clínica de epigastralgia refractaria, diarrea y vómitos. En el TC abdominal: adenopatía en hilio hepático y alteraciones en cuello pancreático, por lo que se ingresa para estudio. Se repite la gastroscopia, con úlceras duodenales múltiples. En la ecografía abdominal: lesión en la cabeza del páncreas 2 cm. En la RM abdominal: adenopatía peripancreática e infiltración grasa pancreática. Ante la sospecha de tumor neuroendocrino (TNE) se solicita PET-TC con <sup>68</sup>Galio- DOTATOC, con sobreexpresión patológica de receptores de somatostatina en la adenopatía sospechosa y foco de captación del octreótide en la segunda porción duodenal, que podría ser una posible lesión primaria. En la ecoendoscopia: lesión redondeada, hipoecogénica en el hilio hepático, que no depende de la pared gástrica, ni del páncreas, ni del parénquima hepático. Se realiza PAAF, con inmunohistoquímica (IHQ) positiva para cromogranina, sinaptofisina y CD-56, con un índice de proliferación celular (Ki67) < 2%. La lesión sólida en hilio hepático es caracterizada como TNE, probablemente gastrinoma-G1. Valores de gastrina y de cromogranina A: 2500 y 1900, respectivamente. No se descartó MEN-1 por la avanzada edad de la paciente y la ausencia de otras endocrinopatías. En el Comité de Tumores se decide intervenir a la paciente y se extirpa la adenopatía positiva en PET-TC, con inspección del triángulo de gastrinoma, sin hallazgo de un tumor primario duodenal o pancreático, ni de otras masas. La anatomía patológica muestra 5 mitosis/2 mm<sup>2</sup> e IHQ positiva para cromogranina, sinaptofisina, enolasa y CD56; Ki-67 10%. Tras la intervención, la paciente permaneció asintomática y sin necesidad de tratamiento con Omeprazol. Estudios postoperatorios: gastrina de 141 y cromogranina A de 530. Se realizaron controles endoscópicos y TC abdominal tras la cirugía, sin hallazgo de masas plausibles con un tumor primario oculto. Se postuló que la adenopatía pudiese ser el origen primario del gastrinoma. **Conclusiones:** ante la sospecha diagnóstica de gastrinoma primario en un ganglio linfático, es importante un estudio preoperatorio exhaustivo y una adecuada exploración quirúrgica. Tras la intervención, es muy importante el seguimiento a largo plazo para descartar la presencia de un tumor primario oculto, dado que se han documentado recurrencias hasta décadas después.

## 30. PREVALENCIA DE CARCINOMA DE TIROIDES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW QUE SON SOMETIDOS A TIROIDECTOMÍA TOTAL

A. M. Chávez, N. Jiménez, G. Allo, M. D. Gómez, I. Blanco, M.L. Partida, M. León

Hospital Universitario 12 de Octubre

**Introducción:** La incidencia de carcinoma de tiroides se ha incrementado a nivel mundial. La enfermedad de Graves-Basedow (EGB) es la causa más frecuente de hipertiroidismo, siendo algunos de estos pacientes candidatos a tratamiento definitivo con tiroidectomía total (TET). Estudios recientes sugieren la asociación entre enfermedad de Graves-Basedow y carcinoma de tiroides, a pesar de que todavía no se ha dilucidado su asociación patogénica.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de malignidad en pacientes intervenidos con tiroidectomía total como tratamiento definitivo de enfermedad de Graves-Basedow.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de una cohorte de 41 pacientes con indicación de tiroidectomía total como tratamiento definitivo de la EGB entre febrero de 2021 y diciembre de 2022 en el Hospital 12 de Octubre.

**Resultados:** Las características demográficas fueron: sexo femenino 31/41 (75.6%), edad promedio  $55 \pm 14.3$  años. A 39 (95,1%) pacientes se les realizó ecografía de cuello previa la cirugía, con presencia de nódulos tiroideos en 21 (53,8%) pacientes, enfermedad tiroidea difusa sin nódulos en 6 (15,3%) y estructura tiroidea normal en 12 (30,7%). En 7 (17,9%) pacientes se realizó eco-PAAF, con 4 resultados Bethesda II, 1 Bethesda I, 1 Bethesda III y 1 Bethesda IV. El diagnóstico anatomopatológico de carcinoma papilar de tiroides sucedió en 3 de 41 pacientes (1,23%), dos de ellos mujeres, en dos de ellos existía patología nodular ecográfica y en el caso restante la ecografía fue normal. No se encontraron otro tipo de neoplasias tiroideas en el resto de las piezas quirúrgicas. De los 41 pacientes intervenidos, presentaron complicaciones postquirúrgicas 13 pacientes (31,7%), 6 hipoparatiroidismo transitorio, 6 hipoparatiroidismo permanente y 1 lesión del nervio laríngeo recurrente.

**Discusión y Conclusiones:** La prevalencia de carcinoma de tiroides entre pacientes con EGB intervenidos de TET en nuestra cohorte fue del 1,23%, similar a la descrita en otras series y mayor que la descrita en la población general, aunque quizás debido a un aumento de los diagnósticos por la realización frecuente de TET en estos pacientes. El diagnóstico de carcinoma tiroideo no siempre se asoció a la presencia de patología nodular. Además, debe tenerse en cuenta que la cirugía en presencia de EGB supone una glándula inflamada e hipervascularizada que aumenta el riesgo de complicaciones.

## **31 SÍNDROME DE POLIARTRITIS POR ANTITIROIDEOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA A PROPÓSITO DE UN CASO**

Noemí Jiménez López, R. Carrasco, A.M. Chávez, S. Furió, I. Mattei, G. Villa, M. León

Hospital Universitario 12 de octubre

### **Introducción y Objetivos:**

La enfermedad de Graves-Basedow (EGB) es una entidad frecuente y su tratamiento de elección son los antitiroideos, principalmente el metimazol y el propiltiouracilo (PTU), fármacos ampliamente utilizados pero no exentos de efectos adversos (EA). Entre los EA más destacados por su frecuencia o severidad, encontramos erupciones cutáneas, agranulocitosis, hepatitis grave y algunos otros muy poco frecuentes como las vasculitis o el síndrome de poliartritis por antitiroideos (SPA), más frecuente en el tratamiento con metimazol. El SPA se caracteriza por presencia de poliartritis migratoria en ausencia de auto-anticuerpos específicos.

Presentamos el caso de una paciente mujer de 19 años con SPA.

### **Presentación del caso:**

Se trata de una paciente mujer de 19 años oriunda de Ecuador en seguimiento en las consultas externas del Hospital 12 de Octubre desde julio de 2022 por diagnóstico de hipertiroidismo por EGB, sin otros antecedentes de interés, por el que se encontraba en tratamiento con metimazol 5 mg cada 8 horas. Tras un mes de tratamiento, la paciente acudió a Urgencias por presentar un episodio de rash urticariforme que se resolvió de forma espontánea, sin claro desencadenante. Una semana después, en agosto de 2022, vuelve a consultar por episodios de poliartritis migratoria de perfil inflamatorio en hombros, muñecas, articulaciones interfalángicas de ambas manos, tobillos y rodillas, acompañadas de tumefacción, astenia y fiebre de hasta 38,2°C. Se cursa ingreso hospitalario donde se realiza estudio con análisis de sangre en el que destaca elevación de reactantes de fase aguda (PCR 7,49 mg/dl y VSG 58 mm), con amplio estudio de autoinmunidad negativo, HLA B27 negativo, así como serologías negativas para virus hepatotropos, VIH y parvovirus B19. Dado que no se encuentra causa aparente del cuadro, se decide realizar una prueba terapéutica sustituyendo el metimazol por PTU, con una rápida resolución del cuadro, sin presentar la paciente nuevos episodios de poliartritis y manteniendo un adecuado control de la función tiroidea.

### **Conclusiones:**

El SPA es un efecto adverso muy infrecuente de los agentes antitiroideos, que puede dar lugar a una poliartritis migratoria grave. Los síntomas, la forma de aparición y la presencia o ausencia de autoanticuerpos pueden ser útiles para distinguir entre el SPA de la vasculitis y de otras entidades que provocan poliartritis.

Resulta esencial el reconocimiento precoz de los distintos EA descritos de los antitiroideos, que, si bien son relativamente infrecuentes, pueden resultar potencialmente graves.

## **32. NUTRICIÓN ARTIFICIAL EN HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR DURANTE UN TRIMESTRE**

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

Hospital Universitario Infanta Leonor

### **INTRODUCCIÓN**

La necesidad de nutrición artificial (NA) en los pacientes hospitalizados es cada vez más frecuente y constituye uno de los principales motivos de interconsulta de nuestra especialidad. El objetivo de este estudio es describir el uso de NA durante un trimestre en el ámbito de hospitalización del Hospital Universitario Infanta Leonor.

### **MÉTODO**

Estudio observacional retrospectivo de pacientes con NA, tanto nutrición parenteral (NPT) como nutrición enteral (NE) por sonda, entre 1 de junio de 2023 y 31 de agosto de 2023. Se recogieron los datos demográficos, tipo de nutrición, indicación terapéutica, tiempo de uso, parámetros antropométricos y analíticos.

### **RESULTADOS**

Se incluyeron un total de 80 pacientes. La edad media fue de 69,0 años (desviación estándar -DE- 16,33) y 43 (53,8%) fueron varones. El índice de masa corporal medio fue de 24,1 kg/m<sup>2</sup> (DE 4,8), de los cuales, 40 (50%) de ellos presentaban normopeso, 9 (11,3%) peso bajo y 30 (37,6%) sobrepeso u obesidad.

28 (35%) de los pacientes precisaron NE por sonda, 47 (58,8%) nutrición parenteral central y 5 (6,3%) nutrición parenteral periférica. El tiempo medio de uso de tratamiento nutricional fue 10,74 días (DE 12,4).

Las principales indicaciones de NA fueron patología digestiva aguda de manejo médico (22 pacientes; 27,5%) y pacientes postquirúrgicos (43 pacientes; 53%). Siendo la cirugía digestiva (22 pacientes; 27,5%) y cirugía de tumor de cabeza y cuello (15 pacientes; 18,8%), las indicaciones quirúrgicas más frecuentes.

La prealbúmina media antes de NA fue 11,6 mg/dL (DE 6,8), y la proteína fijadora de retinol media fue 3,3 mg/dL (DE 1,8).

### **CONCLUSIÓN**

En nuestro centro llama la atención un mayor uso de NPT frente a NE por sonda, en probable relación con el alto porcentaje de patología digestiva atendida en el período analizado. Por otro lado, también es destacable que, aunque la mayoría de los pacientes no tenían bajo peso, los niveles de prealbúmina

medios se encontraban en rango de desnutrición moderada, apuntando la necesidad del inicio precoz de NA para minimizar el riesgo de desnutrición asociado a enfermedad.

### **33. CAMBIOS EN GLUCOMETRÍA Y EN DOSIS DE INSULINA INDUCIDOS POR GLUCOCORTICOIDE EN UN SISTEMA DE ASA CERRADA: A PROPÓSITO DE UN CASO**

Ines Borrego Soriano, O. Moreno-Domínguez; P. Vázquez; R. Gaspar; E. García; B. Barquiel; N. Hillman; N. González

Hospital Universitario La Paz

**Introducción:** La hiperglucemia inducida por glucocorticoides (GC) es un problema frecuente en las personas con DM1. El manejo de la misma con un sistema de asa cerrada no está protocolizado y supone un reto, pues la tendencia glucémica y las necesidades de insulina cambian rápidamente.

**Objetivo:** Describir los cambios en la glucemia y en la dosis de insulina objetivados tras la administración de un GC de acción intermedia a una paciente usuaria de un sistema de asa cerrada, con una aproximación terapéutica de: aumento inicial del bolo (incrementando un 35% los gr de HC introducidos) y, posteriormente, aumento del objetivo glucémico de 100 mg/dL a 120mg/dL.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo a propósito de un caso. Se recogieron variables de glucometría (TIR, TAR, TMAR, TBR, TMBR), dosis de insulina (DDT, basal, bolo total, bolo, autocorrección) y datos del sistema (ratio, gr de HC introducidos, glucemia objetivo, D.I.A., uso de SmartGuard). Se dividió el tiempo del estudio en función de los datos glucométricos en: 1) Periodo basal (días -2 y -1); 2) Periodo de efecto del GC (días 0-+6) y 3) Periodo posterior (día +7-+11). Se compararon las medias de los tres periodos. **Resultados:** Mujer de 59 años, DM1 de 18 años de evolución, última HbA1c 6.7%, sin complicaciones crónicas. Usuaria de sistema de asa cerrada MiniMed 780G desde febrero de 2023. En mayo de 2023 recibió una infiltración facetaria con 40 mg de Triamcinolona. La media de los datos glucométricos y de dosis de insulina diaria (expresados en % y UI) se reflejan en las figuras 1, 2 y 3. La dosis de bolo total aumentó rápidamente en el segundo periodo a expensas de un incremento en los gr de HC introducidos y de la autocorrección. La insulina basal aumentó de manera paulatina. Estos cambios no fueron suficientes para corregir la hiperglucemia. En el tercer periodo, el bolo total disminuyó rápidamente al reducirse los gr de HC y la autocorrección. La insulina basal no disminuyó y la dosis fue superior a la del primer periodo. Esto produjo, junto con el mantenimiento de la D.I.A. y la escasa modificación del objetivo glucémico, una tendencia a la hipoglucemia. El parámetro que proporcionalmente más se modificó en función de la tendencia glucémica fue la autocorrección; el que menos lo hizo fue la insulina basal. **Conclusiones:** Para corregir la hiperglucemia inicial, proponemos aumentar el bolo total a expensas de introducir entre un 50% y 100% más de gr de HC, ya que un 35% adicional fue insuficiente. La insulina basal no se ajustó de manera tan rápida como la autocorrección a la tendencia glucémica, lo que condujo a hipoglucemias en la fase tardía. Para evitarlo, además de corregir la hiperglucemia

inicial, proponemos aumentar la D.I.A. y el objetivo glucémico tras el efecto hiperglucemiante del GC.

### **34. LUCES Y SOMBRAS EN EL USO DE TERAPIA DE REEMPLAZO CON TESTOSTERONA. REPORTE DE UN CASO DE HIPOGONADISMO HIPERGNADOTROPO**

Álvaro Fernández Sánchez, M.J. De la cruz, J.J. Cárdenas-Salas, V. Pérez de Arenaza, M.C. Sánchez, C. Casado, B. Baraia, C. Luengo, C. Vázquez

Hospital Fundación Jiménez Díaz

**REPORTE DEL CASO:** Se presenta el caso clínico de un paciente con hipogonadismo hipergonadotropico en seguimiento por control subóptimo de su DM e infertilidad, en quien descartadas otras posibles etiologías en el diagnostico diferencial, se procedió a estudio con cariotipo sin mostrar aneuploidias pero con acortamiento visible en brazo largo del cromosoma Y(q). El estudio con PCR múltiple e hibridación con oligonucleótidos específicos demostró una microdelección simultanea en las regiones AZFb y AZFc del cromosoma Y. Tras el inicio de terapia hormonal sustitutiva con testosterona tópica se produjo una optimización del control glucémico, disminuyendo requerimientos de insulina en las siguientes revisiones, pero a los 18 meses de seguimiento ante una elevación de índices y PSA complex se procedió a realización de una biopsia transrrectal, que demostró un adenocarcinoma de próstata (CaP) moderadamente diferenciado y una neoplasia intraepitelial prostática de alto grado (PIN III), deteniéndose terapia sustitutiva y sometándose a prostatectomía radical. **DISCUSIÓN:** Deleciones combinadas en AZFb y AZFc como las de nuestro paciente suelen condicionar desde oligospermia grave hasta azoospermia y aplasia germinal, mostrando histopatología con únicamente células de Sertoli en los túbulos seminíferos, junto a un marco analítico variable, con concentraciones bajas o normales de testosterona y LH y un aumento selectivo de concentraciones de FSH, a pesar de que LH también puede encontrarse elevada. La evidencia derivada de algunos ensayos clínicos no muestra mayor riesgo de aparición de CaP durante los primeros 3 años de terapia sustitutiva con testosterona y existe una evidencia creciente de que la TRT puede ser segura y efectiva en pacientes con CaP localizado y mostrando enfermedad controlada. Se ha demostrado que el uso de TRT estimula la progresión del CaP metastásico, pero los cambios en la progresión de lesiones de bajo grado y subclínicas asociadas a CaP son aún desconocidos.

**CONCLUSIÓN:** Las microdeleciones del brazo largo del cromosoma Y (Yq) constituyen la principal causa de alteración de producción espermática e infertilidad masculina, representando un porcentaje significativo de aquellos pacientes con azoospermia u oligozoospermia grave en el seminograma y en ocasiones mostrando un perfil de hipogonadismo primario asociado. Previo al inicio de TRT en pacientes mayores de 50 años debe realizarse cribado con mediciones de PSA y respectivos ratios y posterior seguimiento de esta determinación a los 3-12 meses de tratamiento. A pesar de la optimización observada en control de FRCV, se requieren estudios controlados,

prospectivos con mayor tamaño muestral y poder estadístico para valorar sin la THS con testosterona promueve el crecimiento y progresión de lesiones subclínicas asociadas a CaP.

### **35. DIETA PRE-CIRUGÍA BARIÁTRICA; EXPERIENCIA RETROSPECTIVA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN DE MADRID.**

Solange Barra Malig, P. Cifuentes, S. Doejo, R. Astuñague, I. Serrano, J. Gorgojo, S. Martinez, V. González

Hospital Universitario Fundación Alcorcón

La cirugía bariátrica (CB) es hoy la terapia más eficaz para inducir la pérdida de peso a largo plazo. Algunos estudios sugieren que una pérdida de peso de al menos un 10% en el preoperatorio inmediato podría facilitar la cirugía y reducir el riesgo de complicaciones. La dieta preoperatoria utilizada en Hospital Alcorcón (HUFA) es una dieta de 950 kcal con 100 gr de proteínas. Se definió como éxito de la dieta un porcentaje de peso perdido (PPP)  $\geq 10\%$  *del peso inicial*.

**Objetivos:** Caracterizar a los pacientes que son intervenidos de cirugía bariátrica en HUFA y que realizan una dieta hipocalórica previo a la intervención. Determinar variables predictivas de éxito de la dieta. Definir el tiempo mínimo que se necesita para lograr el objetivo planteado. Caracterizar a los paciente respondedores y no respondedores.

**Metodología:** Estudio observacional retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes que realizaron una dieta de 950 kcal y 100 gr de proteínas al día, previo a la intervención en HUFA, durante los meses de Abril 2021 a Mayo 2023.

**Variables estudiadas:** Sexo, edad, grado de obesidad, duración de la dieta patologías crónicas de RCV como HTA, DM y SAHOS. Se ha utilizado el programa Excel para registrar los datos y el programa STATA para realizar el análisis estadístico.

**Resultados:** De los 127 pacientes que han sido intervenidos en HUFA desde Abril 2021 a Mayo 2023; 95 paciente han realizado una dieta hipocalórica hiperproteica previo a la intervención de cirugía bariátrica, de estos pacientes un 62.1 % eran mujeres con un IMC promedio de 48 kg/m<sup>2</sup> y 36.8 % eran varones con un IMC promedio de 45 kg/m<sup>2</sup>. Los pacientes que lograron disminuir el objetivo planteado fue un 13,6% del total . Al caracterizar a los pacientes respondedores obtenemos que un 30,7% tenía HTA, SAHOS o Dislipidemia, un 46,1% era Diabético y un 23% era usuario de CPAP. La duración promedio de la dieta fue de 79 días; 65 días para los varones y 93 días para las mujeres. La duración mínima que se requiere para alcanzar una pérdida del 10% es de 43 días independiente de los factores de riesgo cardiovascular y de las patológicas crónicas del paciente .

**Conclusiones:** Una dieta restrictiva previo a la cirugía Bariátrica puede ayudar a mejorar la efectividad de la intervención y es independiente de las características del paciente.

## **36. DIFERENCIAS ENTRE MALIGNIDAD ESPERADA SEGÚN EL SISTEMA DE BETHESDA VS MALIGNIDAD REAL ENCONTRADA EN LA ANATOMÍA PATOLÓGICA DE LAS TIROIDECTOMÍAS Y HEMITIROIDECTOMÍAS REALIZADAS EN NUESTRO HOSPITAL**

Aurelio López Guerra, I. Losada, A. García, M. Gómez-Gordo, G. Collado, M. Pérez, I. Jiménez, A. Morales, B. Farache, L. González.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Introducción:** El sistema de Bethesda otorga a cada categoría de PAAF un riesgo de malignidad (B1: 5-10%, B2: 0-3%, B3: 10-30%, B4: 25-40%, B5: 50-75%, B6: 97-99%). En base a éste riesgo se toman decisiones terapéuticas que influyen 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 a dicho sistema. **Objetivo:** 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. **Material y métodos:** Se solicitó al servicio de anatomía patológica el listado de tiroidectomías y hemitiroidectomías realizadas en el hospital desde el año 2018 hasta el año 2021. Se analizaron 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:** Entre 2018 y 2021 se recibieron 569 muestras de tiroides procedentes de tiroidectomías y hemitiroidectomías realizadas en el Hospital Gregorio Marañón. En 450 de los procedimientos se realizó PAAF previa a la intervención, distribuyéndose dichas PAAF de la siguiente manera según su categoría de Bethesda: B1 – 6.22% (N:28), B2 – 45.77% (N:206), B3 – 15.55% (N:70), B4 – 8.22% (N:37), B5 – 11.55% (N:52), B6 – 12.66% (N: 57). 187 de las 569 muestras de AP fueron positivas para malignidad, contando 164 de ellas con paaf prequirúrgica. Porcentaje de resultados positivos para malignidad dentro de cada una de las categorías de PAAF: B1 – 28.57% (N:8), B2 – 9.22% (N:19), B3 – 30% (N:21), B4 – 37.83% (N:14), B5 – 86.53% (N:45), B6 – 100% (N:57). Tras excluir microcarcinomas incidentales encontrados en la AP que no correspondían al nódulo de la PAAF, se obtuvo lo siguiente: B1 – 25% (N:7), B2 – 3.39% (N:7), B3 – 21.42% (N:15), B4 – 35.13% (N:13), B5 – 84.61% (N:51), B6 – 100% (N:57). **Conclusión:** El porcentaje de malignidad encontrado en nuestro medio, tras excluir los microcarcinomas incidentales no concordantes con la zona de la PAAF previa realizada, es similar al esperable según el sistema de Bethesda en las categorías B3, B4 y B6. El porcentaje de malignidad ha resultado bastante superior en la categoría B1 (25% vs 5-10%) y en la categoría B5 (84.61% vs 50-75%), mientras que en la categoría B2 está solo ligeramente por encima del límite superior (3.39 vs 0-3%).

## 37. EXPERIENCIA DEL USO DE VOLANSORSEN EN EL SÍNDROME DE QUILOMICRONEMIA FAMILIAR

Gisela Liz. Román Gómez, P. Martínez de Icaya, L. Lander Lobarriñas.

Hospital Universitario Severo Ochoa

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de quilomicronemia familiar (SQF) es un trastorno genético raro causado por la pérdida de la actividad de la lipoproteína lipasa y se caracteriza por quilomicronemia y episodios recurrentes de pancreatitis. Actualmente no existe un tratamiento efectivo. Volanesorsén, es un oligonucleótido antisentido, que inhibe la síntesis de la APO CIII, una proteína implicada en la regulación del metabolismo de los triglicéridos (TG) y el aclaramiento hepático de los quilomicrones (QM) y de otras lipoproteínas ricas en TG. En Europa, ha obtenido una autorización condicional debido a las incertidumbres sobre su eficacia y seguridad.

**CASO CLÍNICO:** Varón de 47 años, antecedentes familiares de hipertrigliceridemia en hermana y diabetes tipo 1 en primo. Diabetes tipo 1 de 35 años de evolución, actualmente con sistema Minimed 780G + Guardian 4, con adecuado control metabólico, HbA1C < 7%. En analíticas realizadas mantiene TG entre 5000 y 1700 pese a tratamiento con fibratos, dieta específica (muy baja en grasa < del 15% de las Kcal y consumo de 60% de carbohidratos), además aporte de aceite MCT y omega 3. En febrero del 2022, cursa con episodio de pancreatitis aguda, por ello nos planteamos el inicio de Volanesorsén. Tras cumplir con los criterios requeridos: estudio genético que identifica la presencia en heterocigosis de dos variantes patogénicas en el gen LPL, niveles de triglicéridos (TG) en ayunas superiores a 750 mg/dL a pesar de la dieta, ausencia de consumo de alcohol y tratamiento con otros hipolipemiantes disponibles, historia de pancreatitis.

**EVOLUCIÓN:** En Abril del 2023, se inicia Volanesorsén 285mg, una inyección subcutánea semanal, por un periodo de inducción de 3 meses. TG pretratamiento 1462 mg/dL, finalizando el periodo de inducción en Agosto, TG 738 mg/dL, consiguiendo una reducción > 25% (del 49.5%) y valor < 750mg/dl. Por tanto, continuamos con la fase de evaluación periódica, con una inyección subcutánea cada 2 semanas. Desde entonces, su cifra de TG más baja ha sido de 434 mg/dL. Respecto a los efectos adversos más frecuentes, ha cursado con dolor en la zona de inyección y artralgias.

**DISCUSIÓN:** Dado que no existe tratamiento farmacológico efectivo el SQF, y que la restricción estricta de grasas en la dieta es complicada a largo plazo, el desarrollo de este fármaco podría suponer un gran avance en el manejo de la enfermedad. En el caso de nuestro paciente, la administración de Volanesorsén ha funcionado, sin presentar complicaciones, al menos a corto plazo, ya que falta por conocer datos a largo plazo de su efectividad.

## 38. FEOCROMOCITOMA COMPUESTO, UNA FORMA EXTRAÑA DE TUMOR

Gisela Liz. Román Gómez, T. Lopez del Val.

Hospital Universitario Severo Ochoa

## **INTRODUCCIÓN**

El feocromocitoma compuesto (FC) es un tumor adrenal con un componente de feocromocitoma clásico y otro componente neuroblástico, ya sea ganglioneuroma, schwannoma o ganglioneuroblastoma. Hay muy pocos casos documentados en la literatura y, por tanto, bastante desconocimiento aun sobre su patogénesis e historia natural. El comportamiento biológico de los FC es tan variable como el de las feocromocitomas tradicionales, y la naturaleza mixta del tumor no indica necesariamente un mal pronóstico.

## **CASO CLÍNICO**

Varón de 67 años con dislipemia en tratamiento con simvastatina y carcinoma de células claras del riñón derecho de reciente diagnóstico pendiente de intervención. No HTA conocida. Derivado a nuestro servicio desde urología por hallazgo en TAC de nódulo suprarrenal derecho de 20 mm, radiológicamente inespecífico. Se solicita una RMN donde se evidencia una lesión nodular adrenal derecha de 20 mm inespecífica, sin criterios de adenoma. Test de Nugent con supresión adecuada y catecolaminas en orina normales. Las metanefrinas en orina fueron discretamente elevadas en una determinación ( 1196,8 mcg/24 horas, N:<1000). Se realiza una nefrectomía derecha con adrenalectomía derecha y en el acto quirúrgico se produce un pico tensional de 210/110 con taquicardia que cede tras un bolo de uradipilo. En el estudio anatomopatológico se informa de un FC (feocromocitoma + ganglioneuroma) de 1,8 cm de eje máximo, con un score PASS (the Pheochromocytoma of the Adrenal gland Scaled Score) = 2, márgenes de resección libres de afectación e índice proliferativo valorado con ki 67 del 1%. El estudio genético para VHL, RET, SDHA, SDHB, SDHC, SDHAF y NF1 negativo. Además, se realiza posteriormente rastreo corporal, así como SPECT-CT de tórax y abdomen, tras la administración de 123-I MIBG sin objetivar tejido cromafin-dependiente patológico.

## **CONCLUSION**

Este caso muestra un FC de comportamiento indolente en un paciente adulto con catecolaminas normales, sin asociación a ningún síndrome genético. El diagnóstico se produjo en el seno de una cirugía por carcinoma renal. En el caso de no darse dicha cirugía, el diagnóstico habría sido más demorado, llegando a producirse crecimiento nodular, elevación de catecolaminas o incluso aparición de clínica. Al ser el FC un tumor tan poco común es necesario el aporte del mayor número de casos posible para ver si existen diferencias biológicas y pronósticas significativas comparando con la feocromocitoma puro.

## **39. COEXISTENCIA DE LA ENFERMEDAD DE GRAVES CON LA RESISTENCIA A HORMONAS TIROIDEAS: CASO CLÍNICO**

Laura Rambla Aguilar, I. Huguet Moreno, V. Triviño Yannuzzi, M. Llaveró Valero, O. Meizoso Pita, J. Modamio Molina, I. Martín Timón, I. Moreno Ruiz, M. Zubillaga López, L. Zeng, M. Mar García González, C. Sevillano Collantes

Hospital Universitario Infanta Leonor

La resistencia a la hormona tiroidea es una condición hereditaria poco común caracterizada por la incapacidad de los tejidos periféricos para responder adecuadamente a la acción de las hormonas tiroideas, a pesar de un adecuado funcionamiento de la glándula tiroidea. La falta de respuesta de los tejidos diana a la acción de las hormonas tiroideas generalmente es causada por una mutación en los genes que codifican los receptores beta y alfa de la hormona tiroidea. Presentamos un caso sobre una entidad infrecuente, que es el desarrollo de una enfermedad de Graves en el contexto de una resistencia a la hormona tiroidea.

Paciente mujer de 50 años es diagnosticada de síndrome de resistencia periférica a hormonas tiroideas con mutación heterocigota del gen THR beta exón 10 (c.A16096) y bocio multinodular ya conocido con nódulo predominante situado en lóbulo izquierdo que resulta benigno tras análisis anatomopatológico. Los niveles se mantienen estables en su perfil tiroideo con TSH en el límite inferior de la normalidad, no suprimida, de 0.61 (0.35-5.5) y unas hormonas tiroideas discretamente elevadas [T4: 1.77-2.04 (0.89-1.76) T3: 5.0-6.3 (2.3-4.2)]. El único síntoma que presenta nuestra paciente son las palpitaciones adecuadamente controladas con betabloqueantes. Tras varios años con un perfil tiroideo similar al descrito previamente, se objetiva una TSH suprimida, T4 de 8.04 y una T3 de >20 con clínica poco llamativa. Dichos niveles fueron confirmados en varias ocasiones. Ante esos hallazgos, se amplía el estudio tiroideo y se objetiva TSI (inmunoglobulinas estimulantes del tiroides) positivas de 5.2 (>1.5) junto a una gammagrafía en la que se observa una glándula aumentada de tamaño, heterogénea y de morfología nodular confirmando así la coexistencia de la enfermedad de Graves y la resistencia a hormonas tiroideas. Se inicia tratamiento con antitiroideos recuperando unos niveles de T3, T4 y TSH similares al inicio.

El desarrollo de una enfermedad de Graves en el contexto de una resistencia a la hormona tiroidea constituye un reto diagnóstico, especialmente marcado por lo infrecuente de la entidad siendo pocos los casos descritos en la literatura hasta el momento actual. En nuestro caso, la supresión de la TSH y la elevación de T4L y T3L con respecto a los valores habituales de la paciente, junto con la positividad de los autoanticuerpos fueron los principales elementos de sospecha para llegar al diagnóstico. El manejo terapéutico se basa en el uso de fármacos antitiroideos de forma similar al tratamiento de la enfermedad de Graves, para conseguir llegar a los niveles habituales de hormonas de la paciente e intentando evitar la terapia con yodo radioactivo o cirugía por el riesgo de hipotiroidismo y agrandamiento de la glándula hipofisaria.

## 40. HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA CLÁSICA VIRILIZANTE SIMPLE DIAGNOSTICADA A EDAD TARDÍA.CASO CLÍNICO.

Marta López Ruano, Carmen Martínez Otero, Carolina Sager La Ganga, Elena Carrillo López, María Tapia Sanchiz, Juan José Raposo López, Marcos Lahera Vargas.

Hospital Universitario de La Princesa

**INTRODUCCIÓN:** La **hiperplasia suprarrenal congénita clásica (HSCC)** tiene una incidencia mundial de 1/15.000 nacidos vivos. La excesiva secreción suprarrenal de andrógenos da lugar, en pacientes 46 XX, a genitales externos virilizados al nacimiento, talla final (TF) baja y ciertos grados de hipocortisolismo e hipoaldosteronismo primario, más leves y tardíos en la **forma virilizante simple (HSCC-VS)**. Su diagnóstico precoz es esencial para la correcta asignación sexual y prevención de comorbilidades. **CASO CLÍNICO:** Varón de 75 años con deterioro cognitivo, depresión, incontinencia urinaria, DABVD, ingeniero jubilado, soltero, sin hijos. Ingresa en Medicina Interna para estudio de síndrome constitucional con sospecha de neoplasia de colon, confirmada con endoscopia. Durante dicho estudio, se detecta en TC una masa suprarrenal derecha de 7.7x5 cm, homogénea, bien definida, de densidad media > 10 UH y con calcificaciones, e imágenes compatibles con vagina, útero y ovarios, por lo que es valorado por Endocrinología. El paciente y su hermano (tutor legal) comentan que fue estudiado por “mal-descenso testicular”, en Santander (no disponen de informes), donde recibió tratamiento con testosterona en la infancia, se le implantó una prótesis testicular bilateral, sin extirpación gonadal y fue adrenalectomizado por masa suprarrenal izquierda, sin tratamiento hormonal posterior. A la exploración, destaca: T 139 cm, micropene, vello pubiano ralo y ausencia testicular. En analítica (18/03) presenta LH 47 mUI/ml, FSH 59 mUI/ml, testosterona total 2.48 ng/ml, testosterona libre 157.9 pmol/L, androstendiona 8.4 mcg/L, aldosterona 2 ng/dl, renina 16 mU/L, cortisol 6.7 mcg/dl, ACTH 73.1 pg/ml, 17-OH progesterona 132.7 g/L, SDHEA 225 g/dl. En Test de ACTHrh presenta cortisol basal 3 mcg/dl y pico de 5 mcg/dl a los 60 minutos, iniciándose tratamiento con hidroaltesona. La lesión adrenal plantea diagnóstico diferencial entre carcinoma, feocromocitoma e hiperplasia. Previo a la cirugía oncológica, se descarta feocromocitoma con rastreo MIBG (no posible metanefrinas en orina por incontinencia). Ante la duda de cáncer adrenal se solicita PET-FDG, no realizado finalmente, pero la estabilidad radiológica y el cuadro clínico apoyan el diagnóstico de hiperplasia suprarrenal severa. A continuación, se realiza hemicolecotomía derecha (09/22) con diagnóstico de adenocarcinoma de colon moderadamente diferenciado pT4apN1a (TNM 8ª ed). Ante sospecha de **HSCCA-VS**, se estudia el gen **CYP21A2, detectando mutación puntual en homocigosis**. El cariotipo es rechazado para evitar el impacto negativo psicológico que podría tener sobre el paciente. **CONCLUSIÓN:** Se trata de un caso de HSCC-VS con probable genotipo femenino, desarrollado como varón con genitales ambiguos, no diagnosticado hasta edad tardía. Los protocolos de diagnóstico precoz han disminuido la incidencia de este tipo de casos.

## 41. SÍNDROME DE INSENSIBILIDAD COMPLETA A LOS ANDRÓGENOS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

A. Morales Jaurrieta, G. Pérez López, B. Farache Suberviola, M. Pérez Noguero, I. Jiménez Hernández, M. Gómez Gordo, G. Collado González, I. Losada Gata, A. García Piorno, E. Fernández y O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**INTRODUCCIÓN:** el Síndrome de Insensibilidad Completa a los Andrógenos (SICA) es una forma de desarrollo sexual diferente (DSD) poco frecuente, caracterizado por la coexistencia de un genotipo masculino (46,XY) con gónadas masculinas, un fenotipo femenino y vello corporal muy escaso o ausente. Está causado por mutaciones recesivas ligadas al cromosoma X en el gen del receptor de andrógenos (*RA*), que inducen una resistencia total de los tejidos diana a la acción androgénica.

**CASO CLÍNICO:** presentamos el caso de una mujer de 19 años remitida desde Endocrinología Pediátrica a nuestra consulta de transición por un SICA. El embarazo transcurrió sin incidencias, y nació a término por cesárea iterativa con una apariencia fenotípica femenina. A los 21 meses fue intervenida de herniorrafia inguinal bilateral, constatándose la presencia de tejido testicular en el canal inguinal. Esto llevó a la realización de un estudio citogenético que reveló un sexo cromosómico masculino (46, XY), y un estudio genético molecular del gen *RA* que mostró una mutación puntual *missense* G>A en el codón 695 del exón 4 que conduce al cambio del aminoácido Asp por Asn en la proteína (D695N). El estudio de segregación concluyó a una transmisión materna de la misma, con una hermana sana, una tía materna afecta y otra portadora. Actualmente realiza un tratamiento hormonal sustitutivo con estrógenos y presenta un desarrollo mamario completo (S5 de Tanner), vello púbico y axilar ausentes (P1 de Tanner), genitales externos femeninos y una vagina ciega de 8 cm. En el estudio hormonal encontramos: FSH 3.6 UI/L, LH 18.2 UI/L, testosterona 16.6 µg/L, testosterona libre 36.42 ng/L, DHEA-sulfato 436 µg/dL y estradiol 55 ng/L. La RMN abdominopélvica mostró gónadas en ambos canales inguinales y ausencia de útero.

**DISCUSIÓN:** el SICA es una forma de DSD poco frecuente que suele diagnosticarse en pacientes adolescentes con amenorrea primaria, debiendo descartarse en los recién nacidos con hernias inguinales bilaterales y fenotipo femenino, ya que hasta el 1-2% de estos pacientes lo presentan. Es importante realizar un adecuado consejo genético y asesorar sobre sus implicaciones en la fertilidad y el riesgo de transformación maligna de las gónadas, siendo <1% antes de la pubertad y pudiendo llegar hasta un 5-14% en los pacientes adultos. La ablación profiláctica y la edad a la que se debe realizar es un tema controvertido debido a las series limitadas de pacientes de las que disponemos. La literatura actual recomienda realizarla después de la pubertad, permitiendo así un desarrollo puberal espontáneo óptimo y la posibilidad de involucrar al adolescente en la decisión.

## 42. HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO: RELACIÓN ENTRE VALORES DE RENIA Y CONTROL TENSIONAL EN MAPA

Daniel Lozano Acosta, J. Escobar Gómez, P. Parra Ramírez, P. Martín Rojas-Marcos, M. Zapatero Larrauri, O. Moreno Domínguez, B. Barquiel Alcalá, C. Álvarez Escolá

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Paz (Madrid)

**Introducción:** El hiperaldosteronismo primario (HAP) es la causa endocrinológica más frecuente de hipertensión arterial (HTA) secundaria. La secreción autónoma de aldosterona produce un mayor riesgo de enfermedad cardio-cerebrovascular en comparación con la HTA esencial (HTAe). Todo ello se debe a la acción de esta hormona sobre la pared arterial y el tejido muscular cardíaco que produce hipertrofia del ventrículo izquierdo y una mayor prevalencia de HTA con un patrón *no-dipper* en la prueba de monitorización ambulatoria de la presión arterial 24 horas (MAPA).

**Objetivos:** Establecer la relación entre los valores de renina pacientes con HAP y el control tensional y el patrón de TA recogido en MAPA.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de pacientes con HAP confirmado por sobrecarga salina IV o test de captopril 50 mg sometidos a una prueba MAPA válida (lecturas > 70%) entre enero de 2021 y septiembre de 2023 en el servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario La Paz. Los datos recogidos fueron: sexo, edad, tratamiento antihipertensivo, concentración de renina previa a la prueba (consideramos renina suprimida si < 5 mUI/mL), tiempo en rango (TIR) sistólico y diastólico en MAPA (se considera buen control tensional si > 70% del tiempo de duración de la prueba se miden tensiones diurnas < 135/85 mmHg y nocturnas < 120/70 mmHg), así como el ajuste del tratamiento médico tras el MAPA, incluyendo cambio en el horario de administración,

**Resultados:** Se incluyeron 13 pacientes con HAP con una edad media de 51,3 años, mayoritariamente hombres (69,3%). La renina media fue de 6,02 mU/L y un 77% de los pacientes totales tenían unos valores de renina suprimidos. El TIR medio en los pacientes fue del 45% sistólico y 33,6% diastólico. El 15,4% de los pacientes tenían TIR Sistólico y Diastólico dentro de objetivo. Por otra parte, el 90% y el 80 % de los pacientes con renina suprimida no lograban el objetivo de TIR sistólico ni diastólico, respectivamente. Llamativamente, solamente el 40% de los pacientes con renina suprimida tenían un patrón *dipper*, en comparación con el 100% de los pacientes con renina no suprimida. Por otra parte, el MAPA permitió un cambio en el horario o dosis de la medicación antihipertensiva en el 61,5% de los pacientes.

**Conclusiones:** La renina suprimida podría predecir un peor control tensional y un mayor riesgo de patrones *no-dipper* de HTA en pacientes con HAP. El MAPA es una herramienta sencilla y fácilmente disponible para optimizar y ajustar el tratamiento farmacológico de la TA en pacientes con HAP.

### **43. A PROPÓSITO DE UN CASO. HIPERCORTISOLISMO PERSISTENTE TRAS CIRUGÍA DE ADENOMA HIPOFISARIO. ¿CUSHING CENTRAL O ECTÓPICO?**

Isabel Losada Gata, A. García Piorno, M. Gómez-Gordo, G. G. Collado González, N. Jiménez Hernández, M. Pérez Noguero, A. Morales Jaurrieta, B. Farache, L. González Fernández, R. García Centeno, O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**INTRODUCCIÓN:** el síndrome de Cushing es una patología endocrina que se caracteriza por la hipersecreción de cortisol. La causa más común de hipercortisolismo endógeno es central, por un adenoma hipofisario (enfermedad de Cushing). En otros casos, se establece un origen suprarrenal o ectópico. La síntesis ectópica de ACTH por tumores neuroendocrinos es poco común y están descritos en la literatura algunos casos en contexto de neuroblastoma olfatorio.

**PRESENTACIÓN DEL CASO:** mujer de 44 años con antecedente relevante de nódulos pulmonares milimétricos en seguimiento, estables radiológicamente durante años, captantes de forma moderada en PET-FDG. En estudio desde 2019 por hipercortisolismo: ACTH 86, cortisol libre urinario (CLU) 483 y 500 y test de supresión con 1 mg de dexametasona (Dxm) 5,83 y 18. Se realizó resonancia magnética hipofisaria para descartar origen central, objetivándose una imagen pseudonodular de 4 mm en la hemiglándula derecha. El cateterismo indicó lateralización a la derecha. Fue intervenida en 2021. Durante la cirugía, además, se observó una masa de partes blandas en celdillas etmoidales derechas que erosionaba la pared medial de la órbita. Se tipificó histológicamente como un neuroblastoma olfatorio, grado II de Hyams, positivo para CD56, cromogranina, sinaptofisina y enolasa, con Ki67 20%. No se realizó tinción para ACTH en ese momento. De la zona reseca en hipófisis, se caracterizaron restos celulares de adenohipófisis madura, sin origen tumoral. Como tratamiento del neuroblastoma se realizó cirugía (etmoidectomía centrípeta) y se administró RT.

Aunque no se objetivan datos de recidiva local hipofisaria (RM hipofisarias post cirugía sin lesiones) ni a nivel etmoidal, la paciente continúa sin criterios bioquímicos de curación (CLU 305, Cortisol salival 1,4 [VN < 0,2], cortisol basal 25, ACTH 43, cortisol tras 1 mg de Dxm de 14 y tras 8 mg de 1,3). Como comorbilidades asociadas al hipercortisolismo, padece DM2, HTA, DL y obesidad grado 3. Inicialmente se manejó con ketokonazol y ante la persistencia y por intolerancia digestiva, se cambió a osilodrostat. Dada la posibilidad de secreción ectópica de ACTH por parte del neuroblastoma, para completar el diagnóstico se ha solicitado revisión de la anatomía patológica de la pieza y PET-Galio para caracterizar los nódulos pulmonares conocidos.

**CONCLUSIÓN:** la producción ectópica de ACTH es una manifestación posible, aunque rara, del neuroblastoma olfatorio. Esclarecer el origen y la interpretación de las pruebas dinámicas en el síndrome de Cushing constituye un reto diagnóstico.

## 44. HIPOCALCEMIA AUTOSÓMICA DOMINANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

N. Sánchez-Maroto, L. Ávila; B. Bernaldo; S. Mera; L. Martínez; T. Rueda; F. Hernández-Olmeda; P. Espinosa de los Monteros; I. Jiménez.

Servicio de Endocrinología en Hospital Clínico San Carlos

El receptor sensor de  $\text{Ca}^{2+}$  (CaSR) se expresa en las glándulas paratiroides y los riñones, entre otros, regulando la concentración de calcio plasmático. Las anomalías hereditarias activadoras del gen CASR causan hipocalcemia y conllevan el desarrollo de la hipocalcemia autosómica dominante (ADH). CASO CLÍNICO: varón de 54 años derivado desde Atención Primaria por hipocalcemia objetivada en análisis rutinario (calcio total 6,5 mg/dL; N 8,5-10,4). Sin antecedentes personales de interés; entre los antecedentes familiares destacaba su hija menor con diagnóstico de hipoparatiroidismo idiopático a los 7 años. El paciente se encontraba asintomático, con exploración física anodina (signos de Trousseau y Chvostek negativos). En la analítica: hemograma normal, bioquímica sin interés salvo calcio plasmático de 6,5 mg/dL (8,5-10,4), calcio iónico 0.86 nmol/L (N 1.13-1.32), resto sin alteraciones: fósforo 4,4 mg/dL (2,5-4,5), fosfatasa alcalina 130 U/L (40-129), *calcifediol (25 (OH) D)* 35 ng/mL (N 12-54), *calcitriol (1,25 (OH) 2D)* 33 pg/mL (N 16-56), proteínas totales 7,3 g/dL (6-8,5), y albúmina 4,4 g/dL (3,4-4,9); incluyendo la parathormona, con niveles anormalmente normales para la calcemia correspondiente (PTH intacta 19 pg/mL (N < 65)). En orina, calciuria 68,2 mg/24h y fosfaturia 902 mg/24h. Los anticuerpos anti-glándula paratiroides fueron negativos. Se realizó ecografía renal con una imagen lítica en el riñón izquierdo; electrocardiograma sin alteraciones en la repolarización; TAC craneal en el que se identificaban múltiples calcificaciones de los núcleos de la base e intraparenquimatosos; y densitometría ósea sin criterios de osteoporosis. En el momento en que llega a las consultas de endocrinología, el paciente había recibido previamente durante años calcio oral y calcitriol sin mejoría de los niveles plasmáticos de calcio. Las mismas determinaciones analíticas se repitieron en consultas sucesivas, con resultados similares. Se realizó un estudio genético y se observó una mutación localizada en el exón 6 del gen del CASR tanto en el caso índice como en su hija menor. Los hallazgos obtenidos apoyan la existencia de una mutación activante del gen del CASR que sería compatible con hipocalcemia autosómica dominante. Actualmente, el paciente tiene 80 años, se encuentra asintomático, con niveles plasmáticos de calcio corregido en torno a 6,1 – 6,7 mg/dL y sin necesidad de tratamiento desde el diagnóstico genético. DISCUSIÓN: La ADH es un trastorno hereditario poco común. Presenta dos variantes: la tipo 1 que cursa con hipocalcemia que puede ser desde asintomática hasta grave, con PTH baja e hipercalciuria; y en la tipo 2, el fenotipo de hipocalcemia es ligeramente más leve, siendo la hipercalciuria menos pronunciada. Es preciso el estudio genético para su diagnóstico. El tratamiento tiene como objetivo evitar la formación de calcificaciones renales y desarrollo de insuficiencia renal, principalmente. En asintomáticos, no requiere ningún tratamiento.

## **45. DETRÁS DEL HUMO NO SE VE. LO QUE ESCONDE EL OVARIO POLIQUÍSTICO.**

V. Pérez de Arenaza, M. Miguelez, L. Moya, F. Idrovo, C. Vázquez, M. Gutierrez

Hospital Fundación Jiménez Díaz

Los tumores de células de Sertoli son neoplasias que generalmente se asocian con los testículos y son raros en mujeres. Las células de Sertoli son células de soporte que desempeñan un papel crucial en la formación y el desarrollo de los túbulos seminíferos en los testículos masculinos. Sin embargo, aunque se han reportado tumores de células de Sertoli en mujeres, son extremadamente infrecuentes. Estos tumores suelen ser benignos, pero en algunos casos pueden volverse malignos. Dada la rareza de estos tumores, la información sobre su comportamiento clínico, diagnóstico y tratamiento es limitada.

Se diagnosticó un tumor de células de Leydig, neoplasia ovárica rara conocida por sus secreción de testosterona, en una mujer de 29 años con antecedentes de obesidad de grado 3, síndrome de ovario poliquístico (SOP) y lupus. A pesar de contar con una historia de dos años de exámenes ginecológicos y ecografías normales; se evidenció signos de hiperandrogenismo durante una consulta de Endocrinología, lo que motivó una investigación más profunda. Los niveles elevados de testosterona, junto con otras alteraciones hormonales, llevaron a la sospecha de un tumor ovárico, confirmado por una resonancia magnética pélvica en marzo de 2023 que mostró agrandamiento del ovario derecho. Se llevó a cabo una reunión interdisciplinaria entre Endocrinología y Ginecología, concluyendo en una ooforectomía derecha laparoscópica en agosto de 2023, que confirmó la presencia de células de Leydig mediante examen patológico y la normalización subsiguiente de los niveles hormonales en septiembre. Aunque el síndrome de ovario poliquístico es una causa común de hiperandrogenismo en mujeres premenopáusicas, la virilización rápida y los niveles elevados de testosterona observados en este caso subrayan la importancia de considerar tumores secretores de testosterona, más comúnmente encontrados en mujeres posmenopáusicas. Este caso enfatiza claramente la necesidad de estar alerta ante presentaciones atípicas de patología típica.

## **46. HIPOGLUCEMIA Y LINEZOLID EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1: UNA ASOCIACIÓN POCO CONOCIDA.**

Fernando Vidal-Ostos De Lara, R. Niddam; S. Khoruzha Aleksandrovyeh; P. Gorostiaga Ramos; J. Zurita-Campos, S. Jiménez; N. Peláez Torres; M. Botella Serrano; C. Blanco-Carrera; JA Rubio.

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Príncipe de Asturias (Alcalá de Henares).

La hipoglucemia (HG) es una complicación del tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus (DM), que afecta negativamente a su vida y aumenta su morbi-mortalidad. Conocer la causa que la propicia, es crucial para su prevención y tratamiento. El linezolid, un antibiótico de amplio espectro frente a bacterias gram positivas, utilizado con frecuencia frente a cepas resistentes como es el SAMR. FDA en 2012, advirtió que el linezolid, en los estudios poscomercialización, se asociaba a HG sintomática en pacientes con DM tratados con insulina y/o ADO. Su mecanismo no es bien conocido, habiéndose implicado su efecto IMAO, aumentando la sensibilidad a la insulina. Presentamos el caso de un varón de 70 años con DM1 de larga evolución y múltiples complicaciones micro y macrovasculares. Seguido en la Unidad de Pie Diabético por úlceras neuroisquémicas, desarrollo una úlcera infectada en pie izquierdo con datos de osteomielitis, precisando hospitalización. El paciente fue tratado con antibioterapia empírica, linezolid 600 mg/12h; iv y posteriormente vo, durante 23 días. Tras el alta, y al 19º de antibioterapia, el paciente comenzó con disminución de los requerimientos insulínicos y la presencia de hipoglucemias mantenidas y documentadas mediante MCG tipo flash (F.S.Libre 2). La dosis total de insulina (DTI) diaria se redujo de 35 UI (degludec 17UI/glulisina 18UI), a un a 70% del total, manteniendo hipoglucemias a pesar de autoajustes de insulina basal y rápida. Los datos de la MCG (14 días), mostró un 31% del tiempo por debajo de rango (<70 mg/dl) y múltiples episodios de HG mantenida (22x311 minutos). El paciente fue hospitalizado para su control, resolviéndose las hipoglucemias 48 horas tras la suspensión del linezolid, precisando aumentar la DTI hasta sus necesidades basales. Conocer la asociación entre linezolid e HG en pacientes con DM es importante para realizar posibles ajustes del tratamiento y que el paciente ponga en conocimiento la situación a su equipo médico.

## 47. HIPOALDOSTERONISMO, ¿MITO O REALIDAD? A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Luengo; Beatriz Baraiaetxaburu Astigarraga, V. Pérez de Arenaza; A. Fernández; MC. Sánchez; C. Casado; M. Míguelz; M. Ortega; J. Cárdenas; C. Vázquez

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

Introducción: El hipoaldosteronismo hiporreninémico se presenta frecuentemente en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a diabetes mellitus o nefritis intersticial crónica. Es un trastorno infradiagnosticado, ya que suele cursar de manera asintomática.

Caso clínico: Varón de 78 años con antecedentes de HTA, DM2 y DL en tratamiento, es remitido a Endocrinología por hiperpotasemia persistente a pesar de retirada de fármacos como IECAS y empleo de resinas y ciclosilicato de sodio-zirconio. En consulta, se suspende ciclosilicato y se solicita analítica de sangre y orina de 24 horas. El estudio hormonal objetiva niveles de **aldosterona 5 ng/dl** y **renina plasmática 0.3 ng/l**. Se realiza TC de abdomen que no objetiva alteraciones de glándulas suprarrenales. Se calcula un gradiente transtubular de potasio de 4.55; confirmándose el diagnóstico de hipoaldosteronismo hiporreninémico. Se inicia una dieta normosódica con el objetivo de estimular la secreción de aldosterona, aumentando la reabsorción de sodio y la secreción de potasio a nivel del

túbulo distal. En controles posteriores, el paciente logra rango de normokalemia y mejoría de cifras tensionales.

Discusión: El hipoaldosteronismo hiporreninémico engloba un grupo de condiciones caracterizadas por un efecto disminuido de la aldosterona a nivel renal. Es más frecuente en pacientes con nefropatía diabética, donde existe un aumento del péptido natriurético atrial secundario a retención crónica de volumen, que genera una disminución en la conversión de prorrenina a renina, dando como resultado un estímulo inadecuadamente bajo para la producción de aldosterona. Además suele existir una reducción en la cantidad de nefronas, propia de la progresión de la enfermedad. La principal manifestación es la presencia de **hiperkalemia**, típicamente leve, en pacientes en que se haya descartado como causa la insuficiencia renal avanzada (aunque es frecuente que se presente en este contexto), el uso de suplementos de potasio y de fármacos que alteran los niveles de potasio (principalmente diuréticos ahorradores de potasio, IECA o ARA2). Por lo general asocian acidosis metabólica hiperclorémica leve. Tienden a presentar presión arterial normal o elevada por las comorbilidades, y si presentan hipotensión normalmente es causada por disfunción autonómica. No asocian trastornos en la natremia, lo que nos debe hacer sospechar el diagnóstico. Para el diagnóstico, primero se deben descartar otras causas de hiperkalemia. Se requiere demostrar niveles disminuidos de aldosterona y de actividad plasmática de renina, y niveles de cortisol plasmático normales (ya que debe descartarse la presencia de insuficiencia adrenal). El principal objetivo en el tratamiento es la normalización del potasio sérico, mediante la instauración de una dieta baja en potasio que puede asociarse a fármacos orales como el patiromir y el ciclosilicato de sodio-zirconio.

Conclusiones: El hipoaldosteronismo hiporreninémico es una patología infradiagnosticada. Se debe sospechar en cualquier paciente con hiperpotasemia persistente tras descartar otras causas.

## **48. ESTUDIO PILOTO DE LA UTILIDAD DE SENDIMUST EN LA REDUCCIÓN DEL TIEMPO DE INFORMADO EN ECOGRAFÍA TIROIDEA**

Pablo Valderrábano<sup>1</sup>, A. López-Guerra<sup>2</sup>, M.I. García-Gómez Muriel<sup>1</sup>, A. García-Gallego<sup>3</sup>, D. Escribano-Issacovitch<sup>3</sup>, P. Quintana-Zapata<sup>1</sup>, S. Vegas-Viedma<sup>1</sup>, M. del Olmo-Reillo<sup>1</sup>, A Castro-Escudero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, <sup>2</sup>Hospital Universitario Gregorio Marañón, <sup>3</sup>Univestidad de Tecnología y Arte Digital

**Introducción:** Desde el grupo de cáncer de tiroides de la SENDIMAD se ha impulsado el desarrollo de una aplicación que permita generar informes estructurados de ecografía tiroidea que hemos llamado SENDIMUST. En el último año se ha realizado una refactorización del código que permite una visión más estructurada y se han desarrollado nuevas funcionalidades como la posibilidad de autocompletar campos mediante la carga de informes previos; implementación de cálculos automatizados como el volumen nodular, el tiempo de duplicación, o el tiempo estimado para alcanzar el umbral de biopsia recomendado para la sospecha ecográfica; y la posibilidad de establecer preferencias como el idioma. Este estudio piloto evalúa el tiempo requerido para hacer un informe de ecografía tiroidea completo.

**Métodos:** Tres participantes (2 endocrinos y 1 radióloga), realizaron 26 informes en duplicado: de la forma habitual (mecanografiado o dictado) y con SENDIMUST. Se registró en número de nódulos descritos y el tiempo empleado en realizar el informe completo con ambos métodos. Se calculó el tiempo de informe ajustado por número de nódulos descritos (tiempo total/número de nódulos), excluyendo 5 informes sin nódulos informados, con cada método. Para evaluar diferencias en el tiempo de informe se utilizó la prueba de rango de Wilcoxon; y para comparar diferencias entre informantes la t de Welch. Se consideró estadísticamente significativo un p valor <0,05.

**Resultados:** Se evaluaron de media de  $1,5 \pm 1,1$  nódulos por informe (rango 0-4). El tiempo medio de informe ajustado al número de nódulos con la metodología estándar fue de 81, 75 y 43 segundos vs 47, 46 y 108 segundos con SENDIMUST, para cada informante respectivamente. En todos los casos hubo diferencias estadísticamente significativas con un tamaño del efecto grande. Los dos endocrinos redujeron de forma significativa el tiempo de informe con SENDIMUST ahorrando de media 34 y 30 segundos por nódulo descrito. La radióloga en cambio aumentó el tiempo de informe en 64 segundos de media por nódulo descrito. Analizando el mismo método de informe, no hubo diferencias en el tiempo de informe ajustado al número de nódulos descritos entre los endocrinos; pero sí las hubo entre los endocrinos y la radióloga con ambos métodos.

**Conclusión:** La aplicación SENDIMUST parece reducir el tiempo de informe cuando es mecanografiado, pero podría no ser así cuando son dictados. Es necesario realizar un estudio más amplio con más informes e informantes para sacar datos concluyentes.

**Financiación:** Este trabajo ha sido financiado mediante una BECA SENDIMAD de Ayuda a la

## **49 EXPERIENCIA CON UN SISTEMA DE FIJACIÓN EXTERNO DE SONDAS NASO ENTERALES (BRIDA NASAL).**

Fernando Vidal-Ostos, P. Gorostiaga, S. Khoruzha, E. Martínez, L. Pajares, J. Álvarez, R. Ashbaugh.

Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).

### **INTRODUCCIÓN**

El sondaje naso gástrico (SNG) y naso entérico (SNE) es la vía de administración más utilizada para la administración de la NE. La retirada accidental y autorretirada de la misma, especialmente en pacientes agitados es una complicación a evitar. La brida nasal (BN) se ofrece como una medida alternativa a las medidas de contención mecánica.

### **OBJETIVO PRINCIPAL**

Revisar la eficacia y la seguridad de la BN en una población de pacientes que precisan NE por sonda.

### **MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo en condiciones de práctica clínica habitual. Se incluyeron pacientes portadores de sonda para NE con antecedentes de arrancamiento repetido y/o portadores de sondas de alto valor. El equipo de enfermería de la Unidad de Nutrición colocó todas las BN (sistema comercial CORGRIP NG/NI TFEEDING TUBE RETENTION SYSTEM).

## RESULTADOS

Se incluyeron 115 pacientes. La indicación más frecuente fueron los procesos neurológicos agudos (32,2%) seguido de los procesos digestivos (18,3%). 79 pacientes eran reincidentes en la retirada de la sonda. Se evidenció una reducción de 2,4 autorretiradas a 0,01 retiradas medias ( $p < 0.0001$ ). El paso a nutrición por vía oral fue el motivo de retirada de SNG más frecuente (49,6%). Las incidencias relacionadas con el uso de BN fueron la extracción por personal no entrenado, seguida de la autorretirada.

## CONCLUSIONES

La brida nasal es una técnica segura y eficaz para la sujeción de SNG y SNE, permite evitar sus arrancamientos sin complicaciones relevantes. La formación de los profesionales sanitarios es imprescindible para su utilización adecuada.

Palabras clave: Brida nasal, nutrición enteral, sonda de alimentación, autorretirada de la sonda de alimentación

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflicto de interés.

## **50. RETO NUTRICIONAL EN EL PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE LA UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICO: IMPORTANCIA DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR.**

Gloria Collado González, M. Gómez-Gordo, A. García-Piorno, I. Losada, M. Pérez-Noguero, I. Jiménez-Hernando, B. Farache, A. Morales, C. Cuerda, M. Motilla, O. González-Albarrán

Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)

La desnutrición es una comorbilidad muy frecuente en los pacientes con neoplasias gastroesofágicas, asociada a alteraciones metabólicas, mecánicas y anatomopatológicas. Es destacable la importancia del seguimiento nutricional y el diagnóstico precoz de las complicaciones asociadas para mejorar el pronóstico funcional y vital.

**CASO CLÍNICO:** Se trata de una mujer de 58 años con antecedente relevante de adenocarcinoma de la unión esófago-gástrica EIV (metástasis ganglionares, hepáticas, LOE cerebral) con episodios previos de obstrucción y hemorragia intestinal maligna y necesidad de prótesis esofágica. Actualmente en tratamiento con tratamiento oncológico activo (Paclitaxel+Ramucirumab). Acude a revisión en nuestras consultas, refiriendo episodios de vómitos postprandiales y saciedad precoz en

los 3 meses previos. Se revisa TC-TAP reciente con evidencia de estenosis esofágica distal que condiciona dilatación esofágica, gástrica y duodenal sin clara causa estenótica. Analítica previa con anemia de 8.2 microcítica hipocrómica (Hb 7.2), hipopotasemia (K 2.7), hipocalcemia (Ca 7.8) e hipomagnesemia (Mg 1.2) leves. Ante dichos hallazgos se deriva a Urgencias, ingresando a cargo de Oncología. Se realiza seguimiento mediante interconsulta a Nutrición. A nuestra valoración se mantenía con dieta líquida por intolerancia oral, cumpliendo criterios GLIM de desnutrición, con NRS 2002  $\geq$  3. En EF Peso 67 kg (IMC 24.9) y datos de ascitis. Iniciamos Tiamina iv y NP personalizada ajustada a déficit iónicos y riesgo de síndrome de realimentación: 1500 ml, 900 Kcal (125 gr glucosa, 20 gr lípidos (ácidos omega 3), 10 gr de N (aminoácidos), 75 mEq Na, 60 mEq K, 20 mEq P, 12 mEq Mg, 12 mEq Zn, 10 mEq Ca, 10 ml oligoelementos, 5ml vitaminas totales. Se realiza EDA que confirma estenosis esofágica maligna distal de 8 cm con gastroparesia asociada y se coloca una prótesis esofágica no cubierta. Tras ello persisten vómitos postprandiales y datos de sobrecarga hídrica. Se ajustan procinéticos iv (Ondansetrón 4mg/8h, Domperidona 10mg/8h), y se inicia Furosemida iv (20mg/24h) y Levosulpirida 25mg/8h tras valorar riesgo de migración de prótesis asociado junto con Servicio de Digestivo. Tras ello presenta evolución favorable con progresiva tolerancia oral hasta suspender NP. Al alta se inician suplementos proteicos y SNO hiper calóricos-proteicos junto con dieta túrmix y asociación de Ondansetrón a su tratamiento habitual.

**CONCLUSIÓN:** Este caso ilustra el reto nutricional que supone esta patología. El cribado nutricional y el tratamiento personalizado precoz en estos pacientes, tanto en el momento del diagnóstico como en el seguimiento posterior, es fundamental y requiere un manejo específico y transversal con el resto de especialidades.

## 51. REGANANCIA DE PESO TRAS CIRUGIA BARIATRICA

Gisela Liz Román Gómez, M. Pérez Pelayo, L. Lander Lobariñas, María Delgado Fernández-Valdés.

Hospital Universitario Severo Ochoa

**INTRODUCCIÓN:** La obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial con alta prevalencia, que conlleva un mayor riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipidemia, apnea del sueño, enfermedad cardiovascular, deterioro de la calidad de vida e incremento de la mortalidad. Respecto al tratamiento son pilares: la dieta, la actividad física y, en casos indicados, la cirugía bariátrica, que permite una pérdida de peso sostenible de alrededor de 33% respecto al peso inicial; sin embargo, del 15 % al 35% de estos pacientes presentan reganancia de peso después de un periodo de dos a cinco años, asociándose esto a la reaparición de comorbilidades, como la progresión de hipertensión y DM2, además del deterioro de la calidad de vida, la disminución de la satisfacción con la cirugía y el incremento de costos

**OBJETIVO:** identificar y describir los factores asociados a la reganancia de peso en pacientes sometidos a cirugía bariátrica, tras un seguimiento de 10 años.

**MATERIALES Y METODO:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo en pacientes llevados a cirugía bariátrica en el Hospital Universitario Severo Ochoa, en el periodo comprendido desde 2008 hasta 2016. Se excluyeron pacientes con antecedentes de cirugías bariátricas realizadas previamente en otros centros. Se evaluaron variables clínicas, antropométricas, quirúrgicas y hábitos de vida, y se evaluó la asociación entre cada una de las variables consideradas como factor de riesgo mediante un análisis estadístico univariado y multivariado.

**RESULTADOS:** se incluyó a 145 pacientes. En el análisis estadístico, se evidencia adecuada pérdida de peso en el primer año, pero reganancia de peso entre los 2 a 5 años (24,3%); los factores que se asociaron a la reganancia de peso fueron IMC prequirúrgico  $> 50 \text{ kg/m}^2$  ( $p < 0.01\%$ ) y la presencia de trastorno de ansiedad ( $p < 0.01\%$ ). Factores como realización de ejercicio físico disminuyeron el riesgo de reganancia ( $p < 0.01\%$ ).

**DISCUSIÓN:** el 24,3 % de los pacientes presentan reganancia de peso, de dos a diez años después de la cirugía bariátrica. Factores pre y posquirúrgicos se asociaron a la reganancia de peso, sugiriendo la importancia del seguimiento multidisciplinario a largo plazo en pacientes tratados con cirugía. Estos resultados van de acorde a lo descrito en diversos estudios publicados, por tanto, es una observación conjunta, por la que se deben tomar medidas para identificar prontamente estos factores y minimizar los desenlaces clínicos adversos.

## **52. EVOLUCIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CANCER DE TIROIDES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL, ESTUDIO RETROSPECTIVO DEL PERIODO 2018-2021.**

Alberto García Piorno, I. Losada, G. Collado, M. Gómez-Gordo, M. Pérez, I. Jiménez, B. Farache, A. Morales, A. Lopez, O. González.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

**Introducción:** El cáncer de tiroides es la neoplasia más frecuente del sistema endocrino. En las últimas décadas su incidencia ha aumentado de forma progresiva, mientras que la tasa de mortalidad se ha mantenido en niveles relativamente estables. Este patrón epidemiológico se ha atribuido, en gran medida, al aumento de los diagnósticos incidentales, si bien se ha mostrado variable entre diferentes grupos poblacionales.

**Objetivos:** Estudiar la evolución en la incidencia de cáncer de tiroides en nuestra área y su relación por género e histología.

Material y métodos: estudio observacional retrospectivo sobre los casos incidentes de cáncer de tiroides en el resgistro de tiroidectomías de nuestro centro.

Resultados: Durante el periodo 2018-2021 se diagnosticaron un total de 187 pacientes con cáncer de tiroides, de los que 143 (76.6%) eran mujeres. El estudio histológico reveló un predominio de carcinoma papilar, con 149 casos (82.3%), seguido de carcinoma folicular (8%), carcinoma medular (7,4%) y carcinoma anaplásico/desdiferenciado (2.1%). Se identificaron 2 casos de afectación metastásica, uno de carcinoma escamoso pobremente diferenciado, y otro de carcinoma renal de células claras. Con respecto a la distribución de nuevos diagnósticos de cáncer de tiroides durante el tiempo de estudio, se registraron 47 en 2018, 58 en 2019, 49 en 2020 y 33 en 2021. Se observó una disminución en la proporción de mujeres, del 85.1% en 2018 al 75.7% en 2021. El carcinoma papilar se mantuvo como el tipo histológico más frecuente, un 80.8% en 2018, y un 79.8% en 2021. En el periodo de estudio se identificaron 80 microcarcinomas, representando un 46% sobre el total de cáncer de tiroides en 2018 y un 33% en 2021.

Conclusión: No se observó un aumento en el número total de nuevos diagnósticos de cáncer de tiroides en nuestra serie. Los diagnósticos de microcarcinoma descendieron en términos porcentuales. El carcinoma papilar se mantuvo como el tipo histológico más frecuente. Son precisos estudios adicionales para una comprensión más completa de las tendencias a largo plazo en nuestra área y sus implicaciones clínicas.

### **53. IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON MITOTANE EN MONOTERAPIA EN LOS PARÁMETROS HEMATOLÓGICOS EN PACIENTES CON CARCINOMA ADRENOCORTICAL.**

Noemí Brox-Torrecilla, Eider Pascual, Javier Molina, Teresa Alonso, Victoria Gómez, Cesar Mínguez Ojeda, Imanol Madrid, Carlos García, Marta Araujo-Castro.

Hospital Universitario Ramón y Cajal

**OBJETIVO:** Analizar el impacto que tiene el tratamiento con mitotane en monoterapia en los parámetros hematológicos en pacientes con carcinoma adrenocortical (CAA).

**MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico histológico confirmado de CAA en los que se inició tratamiento con mitotane en monoterapia **en nuestro centro entre los años 2019 y 2023.**

**RESULTADOS:** Se incluyeron 7 pacientes con CAA, con una mediana de edad de 54 (rango 38 a 76) y el 71% (n=5) fueron mujeres. Hubo 5 casos con un estadio 2 de ENSAT y 1 con un estadio 4. Un paciente se intervino en otro centro y no disponemos de informe detallado de anatomía patológica. El tamaño medio del CAA al diagnóstico fue de 12.6±4.3 cm. La dosis mediana de inicio del mitotane fue de 3 gramos/día (rango 1.5 a 4), siendo los niveles plasmáticos de mitotane en la primera valoración de 5.4 mg/L (rango 1.8 a 8). En la última visita los pacientes se encontraban recibiendo una dosis mediana de 4.5 gr/día (rango 3.5-5.4) y los niveles de mitotane eran >14 gr/L en 43% (3 de 7) de los pacientes. En cuanto al perfil hematológico en el momento del diagnóstico, ningún paciente presentaba anemia, leucopenia, neutropenia ni plaquetopenia. No obstante, 5 de los 7 pacientes presentaban leucocitosis. Tras una mediana de seguimiento de 18 meses (rango 3 a 52), la leucocitosis persistió en estos 5 pacientes y hubo 3 pacientes que desarrollaron linfopenia grado 1 [valores de linfocitos < límites normales inferiores - 0.8 x 10<sup>9</sup>/L] (uno de ellos presentaba adicionalmente leucocitosis). No se objetivaron otras alteraciones hematológicas significativas.

Al final del seguimiento, 3 pacientes habían suspendido el tratamiento por mala tolerancia y 4 pacientes habían presentado recidiva del CAA (3 de estos 4 pacientes habían suspendido el tratamiento con mitotane por toxicidad).

**CONCLUSIONES:** La terapia con mitotane no afecta de forma significativa a los parámetros hematológicos, con la excepción de desarrollo de linfopenia grado 1 en el 40% de los casos, pero sin repercusión clínica.

## **54. ABORDAJE PRECOZ EN PACIENTE CON CUADRO INCIPIENTE DE CRISIS TIROTÓXICA**

Ignacio Jiménez Hernando, M. Pérez, M. Gómez-Gordo, G. Collado, I. Losada, A. García, B. Fara-  
che, A. Morales, O. González Albarrán

Hospital General Universitario Gregorio Marañón

### **INTRODUCCIÓN:**

La crisis o tormenta tirotóxica es una manifestación grave de tirotoxicosis. La mortalidad es del 20-30%. Su desencadenante más frecuente es el hipertiroidismo por Enfermedad de Graves-Basedow. Existen dos escalas validadas para su diagnóstico: la de Burch Wartofsky (BWPS) y la de la Asociación Japonesa de Tiroides (JTA). Estas se fundamentan en manifestaciones clínicas cardiovasculares, neurológicas, digestivas y termorreguladoras. Si la sospecha clínica es alta, su tratamiento no debe demorarse con el objetivo de identificar y tratar factores precipitantes, lograr el estado eutiroideo y abordar el daño multiorgánico.

### **DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO:**

Mujer de 37 años, con EGB, sin tratamiento. Acude a Urgencias por cuadro de disnea, edemas, fiebre, tos, vómitos, diarrea, nerviosismo y palpitaciones. A su llegada, fiebre de 38,5°C, bocio difuso grado III con soplo y frémito y temblor fino distal. En analítica destacaba alteración de perfil hepático y elevación de Nt-proBNP y de reactantes de fase aguda. En ECG, taquicardia sinusal a 137 lpm; con

derrame pleural bilateral y bronconeumonía izquierda en Rx. Ante la elevación del Dímero D, se descartó trombosis en Eco-Doppler y AngioTC. En el Ecocardiograma se descartó cardiopatía estructural. Los aislamientos microbiológicos fueron negativos. Se solicitó un perfil tiroideo con: TSH suprimida, T4 libre 3,2 ng/dl y T3 libre 4,78 pg/ml. Ante la sospecha de crisis tirotóxica incipiente, se inician antitiroideos a dosis altas, bloqueadores beta, esteroides, diuréticos y antibioterapia. Se contactó con UCI quienes descartaron ingreso a su cargo dado la estabilidad y la rapidez de inicio del tratamiento. Fue diagnosticada de neumonía basal izquierda, que desencadenó una crisis tirotóxica con disfunción multiorgánica (BWPS 75). En primera revisión a las 2 semanas tras el alta presentó una evolución favorable, por lo que se consensuó tratamiento con I131.

#### **CONCLUSIONES:**

La crisis tirotóxica es una patología potencialmente mortal, que puede ocasionar una disfunción multiorgánica; por lo que es importante la sospecha clínica y el inicio de tratamiento precoz.

## **55. ASOCIACIÓN ENTRE LOS PARÁMETROS DE LOS DISPOSITIVOS DE MONITORIZACIÓN FLASH DE GLUCOSA Y EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE ENFERMEDAD Y ESTRATEGIA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1**

Mikaela Zubillaga Gómez, I. Moreno, L. Zeng, MM. García, L. Rambla, J. Modamio, I. Martín, M. Llaveró, I. Huguet, O. Meizoso, V. Triviño, M. Gargallo, C. Sevillano

Hospital Universitario Infanta Leonor

#### **Introducción:**

Los dispositivos de monitorización flash de glucosa son ampliamente utilizados en pacientes con DM tipo 1, permitiéndonos conocer en detalle el control glucémico de estos pacientes.

Material y métodos:

Se revisaron las lecturas de dispositivos de monitorización flash de glucosa en pacientes con DM tipo 1 que realizan seguimiento en el Hospital Infanta Leonor. Se registró su edad, sexo, tiempo de evolución de DM, datos antropométricos (peso, talla, IMC), y estrategia de tratamiento (bolo-basal vs sistemas de infusión subcutánea de insulina (ISCI)). Se compararon estas variables con parámetros de los dispositivos de monitorización flash de glucosa: uso del sensor, indicador de control de glucosa (GMI), tiempo en rango (TIR), tiempo por encima del rango (TAR), tiempo por debajo del rango (TBR) y variabilidad. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron t de Student y U de Mann-Whitney.

#### **Resultados:**

Nuestra muestra está formada por 155 pacientes con DM tipo 1, 56% varones, edad promedio 42.6 años e IMC promedio 26.7. La duración mediante DM es 21.1 años. 88.4% con insulina en pauta bolo-basal y 11.6% con sistema ISCI. El uso del sensor promedio fue 94.5%, GMI promedio 7.1%, TIR 61.97%, TAR 32.45%, TBR 5.59%, y la variabilidad promedio 36.9%.

Se dividió la muestra en tiempo de evolución de DM <20 años vs >20 años, teniendo el primer grupo un uso de sensor similar (93.97% vs 94.97%; p=0.154), TIR mayor (63.29% vs 60.68%; p=0.159), TAR similar (32.35% vs 32.55%; p=0.472), TBR menor (4.47% vs 6.71%; p=0.003), y variabilidad menor (35.89 vs 37.94; p=0.255).

También se dividió según la estrategia de tratamiento (bolo-basal vs ISCI). El grupo con pauta bolo-basal tenía un tiempo de uso de sensor similar (94.59% vs 93.61%; p=0.227), TIR similar (61.96% vs 62.11%; p=0.485), TAR mayor (32.69% vs 30.61%; p=0.318), TBR menor (5.37% vs 7.28%; p=0.04) y variabilidad menor (36.64 vs 39.07; p=0.468).

Conclusiones:

El TBR fue menor tanto en los pacientes con duración de DM <20 años como en los que utilizaban insulina en pauta bolo-basal, con diferencias estadísticamente significativas.

## **56. RESULTADOS DEL CRIBADO NUTRICIONAL PREOPERATORIO EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

Carmen Aragón Valera, M. Crespo Yanguas, C. Calderón Sánchez, R. Sánchez López, P. Barrio Dorado, C. Dassen Llorca, O. Sánchez-Vilar

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

**INTRODUCCIÓN:** la desnutrición preoperatoria se ha asociado con un incremento en el riesgo de desarrollo de complicaciones, mayor estancia hospitalaria y también con mayor mortalidad. A pesar de ello no suele buscarse de forma activa en pacientes con cirugías programadas. **OBJETIVO:** describir la prevalencia de desnutrición en pacientes candidatos a cirugía programada en un hospital terciario. **PACIENTES Y MÉTODO:** se revisaron los diagnósticos clínicos y de desnutrición de pacientes remitidos a la consulta de “cribado nutrición preoperatorio” durante el primer semestre de 2023. **RESULTADOS:** Se analizaron 64 pacientes, 56.3% de ellos fueron hombres. Los servicios que solicitaron la valoración fueron cirugía general con un 37.5%, urología con un 31.3%, ginecología con un 18.8%, oncología 7.8% y el 1,6% restante procedías de aparato digestivo, otorrinolaringología y cardiología con un 1.6%. Según los criterios diagnósticos de desnutrición GLIM un 48.4% de los pacientes presentaban algún grado de desnutrición, siendo desnutrición grave en el 30% de los pacientes. Un 75% de los pacientes precisó terapia médica nutricional, siendo la suplementación oral junto con el consejo dietético la más empleada. **CONCLUSIONES:** La desnutrición preoperatoria es muy frecuente, al igual que la necesidad de terapia médica nutricional. Es necesario la creación de circuitos que permitan el cribado preoperatorio universal para contribuir a una mejor evolución tras la intervención quirúrgica.

## **57. ALERTA CONUT COMO PUNTO DE PARTIDA DEL CRIBADO NUTRICIONAL DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO**

Carmen. Aragón Valera, C. Calderón Sánchez, M. Crespo Yanguas, R. Sánchez López, P. Barrio Dorado, C. Dassen Llorca, O. Sánchez-Vilar

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz

**INTRODUCCIÓN:** La desnutrición hospitalaria es frecuente y se asocia a peor pronóstico, estancias más prolongadas y mayor coste por ingreso. La detección precoz es clave pero muy difícil de llevar a cabo.

**OBJETIVO:** describir los resultados del cribado de desnutrición hospitalario a partir de la alerta CONUT. **PACIENTES Y MÉTODO:** se evaluaron los pacientes con resultado de CONUT grave en la primera analítica de ingreso durante los meses de marzo y abril de 2023. Estos pacientes fueron valorados por una nutricionista experimentada para realizar el diagnóstico de desnutrición según criterios GLIM. **RESULTADOS:** Se analizaron 134 alertas CONUT grave, de las cuales un 28% respondían con criterios de exclusión, (alta hospitalaria en menos de 48h, mal pronóstico a corto plazo o ingreso en UCI). El 72% restante, fue valorado por nutricionistas. El 64% de los pacientes fueron varones y la edad media fue de  $71.5 \pm 14.8$  años. Más del 50% de las alertas fueron diagnosticados con algún grado de desnutrición, siendo el 20% desnutrición grave. El 82% de los pacientes precisaron la utilización de terapias médicas nutricionales (suplementación oral) y el 18% la aplicación de dietas terapéuticas.

**CONCLUSIONES:** La desnutrición en pacientes hospitalizados es muy frecuente, el sistema de alerta CONUT es útil en nuestro medio como cribado.