

# Euskadiko Endokrinologia, Diabetes eta Nutrizio Elkartearen **XXIV. Biltzarra**

EUSKADIKO ENDOKRINOLOGIA,  
DIABETES ETA NUTRIZIOKO ELKARTEA

## SEDyNE

SOCIEDAD DE ENDOCRINOLOGÍA,  
DIABETES Y NUTRICIÓN DE EUSKADI

## **XXIV Congreso** de la Sociedad de Endocrinología, Diabetes y Nutrición de Euskadi

**Bilbao – Palacio Euskalduna**

**2023ko Martxoa 10a**  
**10 de Marzo de 2023**

## **LABURPENEN LIBURUA** **LIBRO DE RESÚMENES**



BARRUALDE GALDAKAO ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA  
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA BARRUALDE GALDAKAO



OSASUN SAILA  
DEPARTAMENTO DE SALUD



## **AURKIBIDEA / INDICE:**

BATZORDEAK / COMITÉS	4. ORRIALDEA / PAG 4
EGITARAUA / PROGRAMA	6. ORRIALDEA / PAG 6
AHOZKO KOMUNIKAZIOEN 1. SAIOA / COMUNICACIONES ORALES 1	16. ORRIALDEA / PAG 16
AHOZKO KOMUNIKAZIOEN 2. SAIOA / COMUNICACIONES ORALES 2	32. ORRIALDEA / PAG 32
KOMUNIKAZIO ARGITARAPENAK / PUBLICACIÓN DE COMUNICACIONES	48. ORRIALDEA / PAG 48
LAGUNTZAILEAK / COLABORADORES	85. ORRIALDEA / PAG 85



## **ANTOLAKUNTZA BATZORDEA / COMITÉ ORGANIZADOR:**

### **Presidente - Presidentea:**

Fco. Javier Santamaria Sandi

### **Secretaria - Idazkaria:**

Elsa Fernández Rubio

### **Tesorero - Diruzaina:**

Pedro González Fernández

### **Vocales - Batzordekideak:**

Luis Castaño González

M<sup>a</sup> Carmen Fernández López

Amaya Hidalgo Murillo

Rosa Martínez Salazar

Itxaso Rica Echevarría

Rebeca Sánchez Sánchez

Amaya Vela Desojo

# **SEDyNE-KO ZUZENDARITZA BATZORDEA / JUNTA DIRECTIVA SEDYNE Y COMITÉ CIENTÍFICO:**

## **Presidente - Presidentea:**

Yolanda García Fernández

## **Secretaría - Idazkaria:**

M<sup>a</sup> Carmen Fernández López

## **Tesorera - Diruzaina:**

Leire Isasa Rodríguez

## **Vocales – Batzordekideak:**

Marta Camarero

Maite Guimón

Josu Pérez

Luis Castaño González

Elsa Fernández Rubio

Pedro González Fernández

Amaya Hidalgo Murillo

Rosa Martínez Salazar

Itxaso Rica Echevarría

Rebeca Sánchez Sánchez

Fco. Javier Santamaria Sandi

Amaya Vela Desojo

# EGITARAUA

## ARETOA

08:30-09:00	Dokumentazioa jasotezea.	
09:00-09:15	<b>Inaugurazio ofiziala.</b>	0A
09:15-09:45	<b>Hasierako hitzaldia.</b> <b>Aurkezlea: Itxaso Rica doktorea.</b> Endokrinologia Pediatrikoko sailburua. Pediatria Zerbitzua. Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea. Ezkerraldea- Enkarterri-Gurutzeta ESI. <b>Kausa monogenikoa duen obesitatea.</b> <b>Jesús Argente doktorea.</b> Pediatria eta Endokrinologia Zerbitzuaren burua. Niño Jesús Haurren Unibertsitate Ospitalea. UAMeko Pediatria katedraduna. Madril.	0A
09:50-10:50	<b>Mahai-inguru bateratua. (Hezitzaileekin batera).</b> <b>Moderatzailea: Concepción Fernández doktorea.</b> Endokrinologia pediatrikoa. Pediatria Zerbitzua. Basurtuko Unibertsitate Ospitalea. Bilbo- Basurtu ESI.	0A
09:50	<b>ISCI eta sistema integratuak: Indikazioak/ Kontraindikazioak/ Kentzeko Irizpideak. Zein aukeratu?</b> <b>Ignacio Conget doktorea.</b> Endokrinologia eta Nutrizio Zerbitzuaren burua. Diabetesaren Atala. Diabetesaren eta berari Lotutako Gaixotasun Metabolikoen Sareko Ikerketa Biomedikoaren Zentroko ikertzailea (Ciberdem) IDIBAPS. Hospital Clinic. Bartzelona.	
10:10	<b>Nola antolatu hezkuntza?</b> <b>Daria Roca EUD.</b> Praktika Aurreratuko erizaina. Endokrinologia eta Nutrizio Zerbitzua. Diabetesaren Atala. Hospital Clinic. Bartzelona.	
10:30	<b>Eztabaida.</b>	
10:50-11:20	<b>Kafea.</b>	Halla

- 11:20-12:50 Mahai-ingurua.** 0A
- Moderatzailea: Alfredo Yoldi doktorea.** Sailburua. Diabetesaren unitatea. Endokrinologia eta Nutrizio Zerbitzua. Donostia Unibertsitate Ospitalea. Donostialdea ESI.
- 11:20 ***Graves-Basedowaren gaixotasuna haurdunaldian maneiatzea.***
- Emma Anda doktorea.** Endokrinologia eta Nutrizio Zerbitzuaren burua. Nafarroako Unibertsitate Ospitalea. Iruñea.
- 11:40 ***Cushing Sindromearen tratamendu farmakologikoa.***
- Alfonso Soto doktorea.** Zerbitzu burua. Virgen del Rocío Unibertsitate Ospitalea. Sevilla.
- 12:00. ***Hiperkaltzemia haurzaroan.***
- Gema Grau doktorea.** Haur-endokrinologiako BFE. Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea. Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzetako ESI.
- 12:20 ***Eztabaida.***
- 11:20-12:50 Saioa hezitzaileekin** 3A
- Oin diabetikoa maneiatzeko tailer praktikoa:***
- Moderatzailea: Alicia Cortazar doktorea.** Endokrinologia eta Nutrizio Zerbitzua. Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea. Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta ESI.
- 11:20 ***Arrisku-oinaren miaketa eta sailkapena. Beraren zaintzari buruzko heziketa.***
- Pilar Vela doktorea.** Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea. Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzetako ESI.
- 11:40 ***Ultzeraren zaintza lokalari heltzeko modua.***
- Zohartze Larizgoitia EUD.** Praktika Aurreratuko erizaina. Etxeko Ospitaleratze Zerbitzua. Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea. Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzetako ESI.

- 12:00 **Deskargaren garrantzia oin diabetiko ultzeratuan. Podologiaren rola.**  
**Javier Pascual doktorea.** Clínica del Pie Elcano. Barakaldo.
- 12:20 **Eztabaida.**
- 12:50-14:00 Ahozko Komunikazioen 1. Saioa.** 0A  
**Moderatzaileak: June Corcuera doktorea.**  
Endokrinologia eta Diabetes Ikerketa Taldea, IIS Biocruces Bizkaia, CIBERDEM, CIBERER, Barakaldo. Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta ESI.  
**Iker Miret doktorea.**  
Debagoieneko Ospitalea. Donostialdea ESI.
- 12:50-14:00 Ahozko Komunikazioen 2. Saioa.** 3A  
**Moderatzaileak: DUE Marta Camarero.**  
Erizain hezitzailea. Galdakao-Usansolo Ospitalea. Barrualde-Galdakao ESI.  
**Alicia Martín doktorea.** Endokrinologia eta Nutrizio Zerbitzua. Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea. Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta ESI.
- 14:00-15:30 Bazkaria.**
- 15:45-17:15 Mahai-ingurua: Nutrizioa paziente postkritikoaren maneiu integralean.** 0A  
**Moderatzailea: Estrella Diego doktorea.**  
Endokrinologia eta Nutrizio Zerbitzua. Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea. Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzeta ESI.
- 15:45 **Aldaketa metabolikoak eta nutriziotik horiei heltzeko modua.**  
**Natalia Iglesias doktorea.** Endokrinologia eta Nutrizio Zerbitzua. Basurtoko Unibertsitate Ospitalea. Bilbo-Basurtuko ESI.

- 16:05 ***Disfagia paziente postritikoarengan: balorazioa eta maneia.***  
**Nekane Arias doktorea.** Galdakao- Usansoloko Unibertsitate Ospitalea. Barrualde-Galdakao ESIaldakao.
- 16:25 ***Paziente postkritikoaren suspertze funtzionala.***  
**Andima Basterretxea doktorea.** Etxeko Ospitaleratze Zerbitzuaren burua. UPV/EHUko irakasle elkartua. Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea. Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzetako ESI.
- 16:45 ***Eztabaida.***
- 15:45-17:15** **Hezitzaileentzako mahai-ingurua** 3A  
**Moderatzailea: Almudena Ruiz doktorea.**  
Endokrinologia eta Nutrizio Zerbitzua. Galdakao-Usansolo Ospitalea. Barrualde-Galdakao ESI.
- 15:45 ***Nutrizio enteralerako zunda motak.***  
**Inmaculada Ortiz EUD.** Endokrinologia eta Nutrizio Zerbitzua. Gurutzetako Unibertsitate Ospitalea. Ezkerraldea-Enkarterri-Gurutzetako ESI.
- 16:15 ***Zaintzak eta konplikazioen maneia.***  
**Idoia Sáez de Argandoña EUD.** Endokrinologia eta Nutrizio Zerbitzua. Arabako Unibertsitate Ospitalea. Arabako ESI.
- 16:45 ***Eztabaida.***

17:15-17:45

**Amaierako hitzaldia.**

0A

**Aurkezlea: Amelia Oleaga**

**doktorea.** Endokrinologia eta Nutrizio Zerbitzuko sailburua. Basurtuko Unibertsitate Ospitalea. Bilbo-Basurtu ESI.

***Gaixotasun hepatikoa sartu behar dugu Mellitus Diabetesak eragindako konplikazio kronikoen ebaluazioan?***

**Didac Mauricio doktorea.** Endokrinologia eta Nutrizioaren Ataleko zuzendaria. Hospital de la Santa Creu y San Pau.

Viceko Unibertsitateko Medikuntza irakaslea. Kataluniako Unibertsitate Zentrala. Bartzelona.

18:00-19:00

**SEDyNEren Batzarra.**

0A

## PROGRAMA

SALA

08:30- 09:00 h.	Recogida de documentación.	
09:00-09:15 h.	<b>Inauguración oficial.</b>	0A
09:15-09:45 h.	<b>Conferencia inaugural.</b> <b>Presenta: Dra. Itxaso Rica.</b> Jefa de Sección Endocrinología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. <b>Obesidad de causa monogénica.</b> <b>Dr. Jesús Argente.</b> Jefe de Servicio de Pediatría y Endocrinología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Catedrático de Pediatría de la UAM. Madrid.	0A
09:50-10:50 h.	<b>Mesa Redonda conjunta. (En común con Educador@s).</b> <b>Modera: Dra. Concepción Fernández.</b> Endocrinología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Basurto. OSI Bilbao-Basurto.	0A
09:50 h.	<b>ISCI y sistemas integrados:</b> <b>Indicaciones/ Contraindicaciones/Criterios de Retirada. ¿Cuál elegir?</b> <b>Dr. Ignacio Conget.</b> Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición. Unidad de Diabetes. Investigador del Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (Ciberdem). IDIBAPS. Hospital Clinic. Barcelona.	
10:10 h.	<b>¿Cómo organizar la educación?</b> <b>DUE Daria Roca.</b> Enfermera de Práctica Avanzada. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Unidad de Diabetes. Hospital Clinic. Barcelona.	
10:30 h.	<b>Discusión.</b>	
10:50-11:20 h.	<b>Café.</b>	Hall

11:20-12:50 h. **Mesa redonda.** 0A

**Modera: Dr. Alfredo Yoldi.** Jefe de Sección. Unidad de Diabetes. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Donostia. OSI Donostialdea.

11:20 h. ***Manejo de la Enfermedad de Graves-Basedow en el embarazo.***

**Dra. Emma Anda.** Jefe de Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona.

11:40 h. ***Tratamiento farmacológico en el Síndrome de Cushing.***

**Dr. Alfonso Soto.** Jefe de Servicio. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

12:00 h ***Hipercalcemia en la infancia.***

**Dra. Gema Grau.** FEA de Endocrinología Infantil. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.

12:20 h. **Discusión.**

11:20-12:50 h. **Sesión con Educador@s.** 3A

**Taller práctico de manejo del pie diabético:**

**Modera: Dra. Alicia Cortazar.** Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.

11:20 h. ***Organización de la asistencia al pie diabético: Unidades multidisciplinares.***

**Dra. Pilar Vela.** Servicio de Cirugía Vasculard. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.

11:40 h. ***Abordaje del cuidado local de la úlcera.***

**DUE Zohartze Larizgoitia.** Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas. Servicio de Hospitalización a domicilio. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.

- 12:00 h. ***La importancia de la descarga en el pie diabético ulcerado. Papel de la podología.***  
**Dr. Javier Pascual.** Podólogo. Doctor por la UCM. Clínica del Pie Elcano. Barakaldo.
- 12:20 h. **Discusión.**
- 12:50-14:00 h. Sesión de Comunicaciones Orales 1.** 0A  
**Moderan: Dra. June Corcuera.** Grupo de Investigación en Endocrinología y Diabetes, IIS Biocruces Bizkaia, CIBERDEM, CIBERER, Barakaldo.  
**Dr. Iker Miret.** Hospital Alto Deba. OSI Donostialdea.
- 12:50-14:00 h. Sesión de Comunicaciones Orales 2.** 3A  
**Moderan: DUE Marta Camarero.** Enfermera Educadora. Hospital Galdakao-Usansolo. OSI Barrualde-Galdakao.  
**Dra. Alicia Martín.** Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.
- 14:00-15:30 h. Comida.**
- 15:45-17:15 h. Mesa Redonda: Nutrición en el manejo integral del paciente postcrítico.** 0A  
**Moderadora: Dra. Estrella Diego.** Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.
- 15:45 h. ***Cambios metabólicos y abordaje nutricional.***  
**Dra. Natalia Iglesias.** Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Basurto. OSI Bilbao-Basurto.
- 16:05 h. ***Disfagia postintubación.***  
**Dra. Nekane Arias.** Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Galdakao-Usansolo. OSI Barrualde-Galdakao.

- 16:25 h. **Recuperación funcional del paciente postcrítico.**  
**Dr. Andima Basterretxea.** Jefe de Servicio de Hospitalización a Domicilio. Profesor asociado de la UPV/EHU. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.
- 16:45 h. **Discusión.**
- 15:45-17:15 h. Mesa Redonda para Educador@s.** 3A  
**Moderadora: Dra. Almudena Ruiz.** Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Galdakao-Usansolo. OSI Barrualde-Galdakao.
- 15:45 h. **Tipo de sondas de nutrición enteral.**  
**DUE Inmaculada Ortiz.** Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.
- 16:15 h. **Cuidados y manejo de complicaciones.**  
**DUE Idoia Sáez de Argandoña.** Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Araba. OSI Araba.
- 16:45 h. **Discusión.**
- 17:15-17:45 h. Conferencia de clausura.** 0A  
**Presenta: Dra. Amelia Oleaga.** Jefa de Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Basurto. OSI Bilbao-Basurto.  
**¿Debemos incluir la enfermedad hepática en la evaluación de complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus.**  
**Dr. Didac Mauricio.** Director del Departamento de Endocrinología y Nutrición. Hospital de la Santa Creu y San Pau.  
 Profesor de Medicina de la Universidad de Vic. Universidad Central de Cataluña. Barcelona.
- 18:00-19:00 h. Asamblea SEDYNE.**



Euskadiko Endokrinologia, Diabetes  
eta Nutrizio Elkartearen **XXIV. Batzarra**



**XXIV Congreso** de la Sociedad de Endocrinología,  
Diabetes y Nutrición de Euskadi

**AHOZKO KOMUNIKAZIOEN 1. SAIOA**  
**COMUNICACIONES ORALES 1**

**2023ko Martxoa 10a**  
**10 de Marzo de 2023**

## **Comunicaciones Orales 1 – Sala 0A**

**Moderatzaileak / Moderadores:**

**Dra. June Corcuera.**

Grupo de Investigación en Endocrinología y Diabetes, IIS Biocruces Bizkaia, CIBERDEM, CIBERER, Barakaldo.

**Dr. Iker Miret.**

Hospital Alto Deba. OSI Donostialdea.

	TÍTULO
1	PREVALENCIA DE DÉFICIT DE VITAMINA D EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA E INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE PTH
2	¿SDS PARA SEXO ASIGNADO O PARA GÉNERO SENTIDO?. IMPACTO DE SU USO EN LA VALORACIÓN DE LA TERAPIA MÉDICA EN CHICAS TRANSEXUALES.
3	TASAS DE CURACIÓN TRAS DIFERENTES LÍNEAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON ADENOMAS HIPÓFISARIOS SECRETORES DE HORMONA DEL CRECIMIENTO(GH)
4	CARACTERIZACIÓN GENÉTICA DE UNA GRAN COHORTE DE PACIENTES CON HIPERCALCEMIA/HIPERPARATIROIDISMO
5	DESTRANSICIÓN HORMONAL EN PERSONAS TRANSGÉNERO ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE IDENTIDAD DE GÉNERO DE OSAKIDETZA
6	INFUSIÓN SUBCUTÁNEA CONTÍNUA DE TERIPARATIDA PARA EL TRATAMIENTO DEL HIPOPARATIROIDISMO REFRACTARIO EN ADULTOS: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

# 1. PREVALENCIA DE DÉFICIT DE VITAMINA D EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA E INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE PTH

**AUTORES:** Sandra Maeso-Méndez, Ignacio Díez López, Maialen Etxebarria Aurrekoetxea, Ainara García Oller, Ainhoa Sarasua Miranda.

Hospital Universitario Araba.

## INTRODUCCIÓN

La vitamina D desempeña un papel importante en el metabolismo fosfo-cálcico y en la mineralización ósea. Además, su déficit se relaciona con enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades autoinmunes.

El 80-90% de la vitamina D necesaria la producimos de forma endógena por la absorción solar. La mitad norte de nuestro país se encuentra por encima del paralelo 40º, por lo que no se asegura la producción mínima de vitamina D en invierno. Actualmente, la Asociación Española de Pediatría recomienda la suplementación diaria con vitamina D en los menores de 12 meses, no existiendo recomendaciones por encima de esa edad.

Por otra parte, en muchas ocasiones, nos encontramos cifras de PTH elevadas sin alteración asociada de la función renal, calcio y fósforo. Se postula que esta elevación aislada de PTH puede ser debida, entre otras causas, a déficit de vitamina D (hiperparatiroidismo secundario).

El objetivo principal de este estudio es calcular la prevalencia de déficit de 25-OH vitamina D (25OHD) en población menor a 18 años en nuestra provincia y detectar posibles subgrupos con mayor riesgo de déficit. Como objetivo secundario planteamos determinar la relación del déficit de vitamina D con un aumento de los niveles de PTH en esta población.

## METODOLOGÍA

Estudio transversal. Se recogieron los pacientes de 0 a 17 años a los que se les había realizado una determinación analítica de 25OHD durante el año 2021 en nuestro hospital. Se contrastaron: 25OHD,

PTH, calcio total, edad, sexo, motivo de petición de analítica, época del año y país de procedencia. Rangos de 25OHD: normal >30 ng/mL, subóptimo 20-30 ng/mL y déficit <20 ng/mL; y PTH normal: 9-60 pg/mL.

## RESULTADOS

### 1. Prevalencia de déficit de vitamina D:

Se incluyen 2453 pacientes, 23,8% con 25OHD normal, 35,5% con niveles subóptimos y 40,7% con déficit. Las principales causas de petición de analítica fueron patología endocrinológica, petición en contexto de otra analítica y alteraciones en la alimentación o peso.

El 56,5% son mujeres y el 43,5% hombres, sin diferencias significativas en los niveles de 25OHD ( $p>0.05$ ). En el grupo de lactantes (0-2 años), el 31,1% muestra déficit; sin embargo, en el grupo de adolescentes (12-17 años) este porcentaje aumenta significativamente al 45,5% ( $p=0.01$ ). Además, en el primer cuatrimestre del año, tras los meses de invierno, únicamente el 15,7% presenta niveles normales de 25OHD, en el segundo cuatrimestre asciende al 29,1% y tras los meses de verano, en el tercer cuatrimestre, alcanza el 34,7% ( $p=0.01$ ).

El 72,5% son españoles, 13% del Magreb y el 14,5% restante de otras zonas. Se objetiva un mayor déficit de 25OHD en los pacientes que proceden de países no europeos, presentando déficit el 62,7% ( $p=0,002$ ), e incrementándose la diferencia de forma significativa en los pacientes procedentes del Magreb, con un 68,8% de déficit ( $p=0,001$ ).

### Vitamina D y PTH:

Se incluyen 599 pacientes. El 24,3% con 25OHD normal, 36,3% con niveles subóptimos y 39,4% con déficit.

En el grupo de pacientes con 25OHD normal, la PTH se encuentra elevada en el 25,8%. En el grupo con niveles subóptimos en el 36%, y en el de déficit alcanza el 44%. Además, se objetivan diferencias significativas por grupos de edad: en un 20% de los lactantes que presentan déficit de 25OHD se objetiva PTH aumentada; sin embargo,

en el grupo de adolescentes con déficit, se observa un aumento de PTH en el 40,7% de estos.

## **CONCLUSIONES**

Los pacientes pediátricos estudiados muestran un déficit de vitamina D relevante y más prevalente en invierno, en la adolescencia y en los niños procedentes de países no europeos. Esto hace que nos planteemos la necesidad de suplementación con vitamina D en invierno para los pacientes pediátricos de alto riesgo: adolescentes y migrantes.

Por otra parte, se observa relación entre el déficit de vitamina D y el aumento de los niveles de PTH, en probable relación con hiperparatiroidismo secundario, siendo más evidente en los adolescentes.

## **2. ¿SDS PARA SEXO ASIGNADO O PARA GÉNERO SENTIDO?. IMPACTO DE SU USO EN LA VALORACIÓN DE LA TERAPIA MÉDICA EN CHICAS TRANSEXUALES.**

**AUTORES:** Itxaso Rica Echevarría, Amaia Sánchez Arlegui, Asier Peña Fuentes, Amaia Vela Desojo, Pedro González Fernández y Gema Grau Bolado.

Hospital Universitario Cruces.

Las guías internacionales recomiendan bloqueo puberal con análogos de GnRH y asociación posterior de tratamiento estrogénico, en menores en situación de transexualidad (trans\*) con género sentido femenino que soliciten terapia. Se ha descrito que las chicas trans\* tienen una densidad mineral ósea (DMO) en SDS para sexo asignado, inferior a la media en situación basal que puede emporar durante la terapia. Un factor que dificulta la valoración del posible impacto es la utilización de SDS para sexo asignado o para género sentido.

## **OBJETIVO**

Estudiar la repercusión de la doble terapia en chicas trans\* en datos antropométricos, DMO y metabolismo fosfocálcico. Comparar la

evolución del peso y la DMO, calculadas en SDS para sexo asignado o para género sentido.

### SUJETOS Y METODOLOGÍA:

Estudio retrospectivo de 20 menores (45% Tanner II-III) que recibieron Triptorelina y posteriormente terapia estrogénica. Variables incluidas: edad, peso/talla (SDS para edad y sexo asignado, según tablas de población de referencia), DMO (Densitómetro LUNAR, GE HealthCare; medición de g/cm<sup>2</sup>, en L1L4 y cuerpo total excluyendo cabeza; cálculo en SDS, para edad/ sexo asignado y para edad/género sentido) y niveles de vitamina D. Las determinaciones se repitieron 1 año tras Triptorelina (dosis 60 µg/k/28 días) y 12 meses después de haber asociado estradiol transdérmico (dosis media 76 ±23 µg/día). Hemos comparado los resultados de peso y DMO-SDS para sexo asignado con los correspondientes a SDS, para edad y género sentido. Análisis estadístico SPSS V 25.

### RESULTADOS

*Datos iniciales:* edad 12,9±2,4 años, Peso-SDS -0,19±1,2 y Talla-SDS -0,06±1,7. DMO L1L4 0,92±0,19 g/cm<sup>2</sup> (SDS -0,34±0,9), DMO Cuerpo total 0,99±0,11 g/cm<sup>2</sup> (SDS -0,1±1,0) y vitamina D 21,5±8,5 ng/ml. La tabla refleja los resultados.

	RESULTADOS SIN TRATAMIENTO	RESULTADOS CON TRIPTORELINA	RESULTADOS CON ESTRADIOL	p
<b>Edad años</b>	12,9±2,4	14,2±1,2	15,1±1,1	-
<b>DMO L1L4 g/cm<sup>2</sup></b>	0,92±0,19*	0,94±0,16	1,03±0,14*	0.001
<b>DMO L1L4-SDS Sexo asignado</b>	-0,34±0,9*	-0,79±1,0	- 0,97±1,0*	0.001
<b>DMO Cuerpo g/cm<sup>2</sup></b>	0,99±0,11*	1,03±0,11	1,07±0,11*	0.01
<b>DMO Cuerpo-SDS Sexo asignado</b>	-0,1±1,03*	- 0,38±0,84	-0,83±0,92*	0.001
<b>Vitamina D ng/ml</b>	21,5±8,5	21,4±7,5	20,8±5,4	ns

	RESULTADOS SIN TRATAMIENTO	RESULTADOS CON ESTRADIOL	
<b>Peso-SDS Sexo asignado</b>	-0,19±1,2	-0,56±1,3	0.04
<b>Peso-SDS Género sentido</b>	0,19±1,7	0,58±1,7	ns
<b>Talla-SDS Sexo asignado</b>	-0,06±1,7	-0,45±0,85	0.013
<b>DMO L1L4-SDS Sexo asignado</b>	-0,34±0,9	-0,97±1,0	0.001
<b>DMO L1L4-SDS Género sentido</b>	-1±1,07	-1,05±1,1	ns
<b>DMO Cuerpo-SDS Sexo asignado</b>	-0,1±1,03	-0,83±0,92	0.001
<b>DMO Cuerpo-SDS Género sentido</b>	-0,2±1,1	-0,43±1,3	ns
	<b>SEXO ASIGNADO</b>	<b>GÉNERO SENTIDO</b>	
<b>Peso-SDS pretratamiento</b>	-0,19±1,2	0,19±1,7	0.014
<b>Peso-SDS tras estradiol</b>	-0,56±1,3	0,58±1,7	0.000
<b>DMO L1L4-SDS pretratamiento</b>	-0,34±0,9	-1±1,07	0.000
<b>DMO L1L4-SDS tras estradiol</b>	-0,97±1,0	-1,05±1,1	ns
<b>DMO Cuerpo-SDS pretratamiento</b>	-0,1±1,03	-0,2±1,1	ns
<b>DMO Cuerpo-SDS tras estradiol</b>	-0,83±0,92	-0,43±1,3	0.014
Test Wilcoxon; * comparación de medias estadísticamente significativa.			

La DMO g/cm<sup>2</sup> se incrementa durante el tratamiento. Los valores de DMO-SDS para sexo asignado son normales inicialmente en la mayoría de las niñas (L1L4 61% y Cuerpo 74%) pero empeoran a lo largo del tratamiento siendo la media al año tras terapia estrogénica inferior a la determinación basal. Si se valoran en SDS para género sentido no se objetiva dicho empeoramiento. De igual manera el peso en SDS para sexo asignado es inferior a la media en el momento inicial y disminuye durante la terapia, hecho que no acontece utilizando SDS para género sentido.

## **CONCLUSIONES**

En chicas trans\* a lo largo de la doble terapia se objetiva un descenso del peso corporal y de la DMO-SDS para sexo asignado, pero no para género sentido.

## **COMENTARIO**

El cálculo de SDS para género sentido tanto para la DMO como para el peso, pueden adecuarse mejor a la biología de las menores trans\* que reciben terapia con Triptorelina para frenar su pubertad y posterior tratamiento estrogénico de reafirmación de género.

## **3. TASAS DE CURACIÓN TRAS DIFERENTES LÍNEAS TERAPÉUTICAS EN PACIENTES CON ADENOMAS HIPÓFISARIOS SECRETORES DE HORMONA DEL CRECIMIENTO(GH)**

**AUTORES:** María Muñoz Del Diego<sup>1</sup>, Elizabeth Salinas Ortiz<sup>1</sup>, Elena González, Estella<sup>1</sup>, Claudia Sánchez Arauco<sup>1</sup>, Gregorio Catalán Urribarrena<sup>2</sup>, Jone Iglesias Bermejillo<sup>2</sup>, Paula Zubillaga Blanco<sup>1</sup>, Teresa Ruiz Juan, María Dolores Moure<sup>1</sup>, Javier Santamaría Sandi<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Hospital Universitario Cruces, Servicio de Endocrinología y Nutrición.

<sup>2</sup> Hospital Universitario Cruces, Servicio de Neurocirugía.

## **INTRODUCCIÓN**

La cirugía transesfenoidal constituye la primera línea de tratamiento en los adenomas hipofisarios secretores de hormona de crecimiento (GH), considerándose la terapia médica cuando no se logra el control bioquímico tras cirugía.

El objetivo de nuestro estudio es describir las tasas de curación de pacientes con acromegalia tras diferentes líneas de tratamiento.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio retrospectivo (2012-2022) de 76 pacientes diagnosticados de acromegalia. Se estudiaron edad, sexo, características radiológicas del adenoma hipofisario, evaluación

hormonal y respuesta a diferentes líneas de terapia. Para el análisis se utilizó el software SPSS Statistics.

## **RESULTADOS**

Se revisaron un total de 76 pacientes. La edad media al diagnóstico fue de  $51 \pm 12.8$  años, el 58,6% eran mujeres.

El diámetro tumoral máximo medio fue de  $1,6 \pm 0,6$  cm (65,7 % macroadenomas). La resonancia magnética mostró invasión del seno cavernoso en el 19% de los microadenomas y en el 48 % de los macroadenomas. Un total de 18 (35.3%) pacientes mostraron adenomas hiperintensos en secuencias de resonancia magnética potenciadas en T2, 11 (21%) se describieron como hipointensos y 40 (78%) como isointensos. Se observó afectación quiasmática en 19 pacientes (27.1%).

Los niveles basales del factor de crecimiento similar a la insulina 1 (IGF-1) por encima del límite superior normal (LSN) y de la hormona del crecimiento (GH) después de una sobrecarga oral de glucosa (SOG) (media  $\pm$  DE) fueron  $663 \pm 245$  y  $8,23 (1,6 -19,8)$  ng/ml, respectivamente.

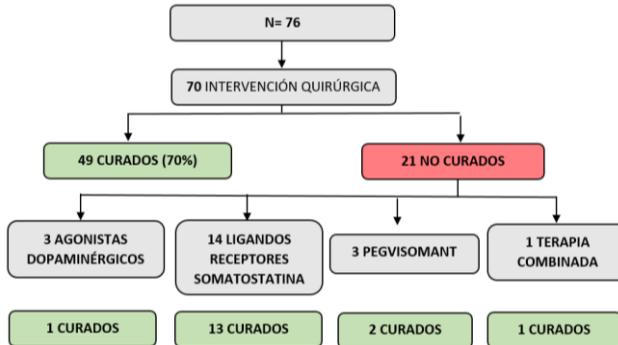
72 de 76 pacientes (95%) se sometieron a intervención quirúrgica como tratamiento primario, el resto de los casos requirieron tratamiento médico de primera línea por rechazo o por contraindicación por alto riesgo quirúrgico.

El análisis histopatológico mostró marcador proliferativo Ki-67  $\leq 3\%$  en 47 pacientes (Ki  $>3\%$  en 11 pacientes).

Tras intervención quirúrgica, 70 pacientes continuaron en seguimiento activo. 49 de ellos (70%) obtuvieron valores de remisión de enfermedad (nadir de GH en SOG  $<0,4$  ng/dl).

La terapia de segunda línea se empleó para los 21 pacientes con enfermedad persistente a pesar de la resección quirúrgica. 3 de ellos fueron tratados con agonista dopaminérgico, 14 con ligandos de receptores de somatostatina (SRL), 3 con pegvisomant y el caso restante requirió combinación de SRL y cabergolina. Un total de 17 pacientes (80%) mostraron niveles de IGF1 en rango normal tras esta

segunda línea de tratamiento (1, 13, 2 y 1 para cada terapia respectivamente).



## CONCLUSIÓN

La intervención quirúrgica como primera línea de tratamiento para pacientes con acromegalia logra altas tasas de curación. En aquellos casos en los que no se logra, los tratamientos farmacológicos disponibles nos permiten conseguir el control de la enfermedad en prácticamente todos los pacientes.

## 4. CARACTERIZACIÓN GENÉTICA DE UNA GRAN COHORTE DE PACIENTES CON HIPERCALCEMIA/HIPERPARATIROIDISMO

**AUTORES:** Alejandro García Castaño, Leire Madariaga, Sara Gómez-Conde, Pedro González, Gema Grau, Itxaso Rica, Gustavo Pérez de Nanclares, Ana Belén De la Hoz, Aníbal Aguayo, Rosa Martínez, Inés Urrutia, Sonia Gaztambide, Grupo de Biología Molecular del Metabolismo del Calcio y Fósforo y Luis Castaño.

Instituto de Investigación Biocruces Bizkaia, CIBERDEM, CIBERER, Endo-ERN

## INTRODUCCIÓN

El calcio es necesario para muchas funciones intracelulares y extracelulares, y un equilibrio dinámico entre la absorción intestinal, el intercambio con el hueso y la excreción renal mantiene su metabolismo. Los trastornos del metabolismo del calcio y del fósforo pueden presentarse con manifestaciones que sugieran fuertemente su

diagnóstico, sin embargo, la mayoría de las veces, los síntomas con los que se expresan suelen ser inespecíficos, confusos, o se presentan únicamente como un hallazgo de laboratorio, generalmente hipercalcemia.

## **METODOLOGÍA**

Se ha realizado el estudio genético a una cohorte de 107 pacientes españoles diagnosticados de hipercalcemia/hiperparatiroidismo mediante Next Generation-Sequencing (NGS). Para ello, se ha diseñado un panel específico con 66 genes previamente asociados con trastornos del metabolismo del calcio y el fósforo.

## **RESULTADOS**

El 41% de nuestra cohorte (44 pacientes) presentó, al menos, una variante genética sospechosa. Encontramos variantes en 25 genes diferentes. En total, 22 variantes previamente descritas como patogénicas, 9 variantes probablemente patogénicas y 18 variantes de significado incierto. Es importante destacar que se han encontrado 14 variantes nóveles en nuestra cohorte.

## **CONCLUSIONES**

Nuestro estudio muestra la utilidad de la NGS para desentrañar el origen genético de algunos trastornos del metabolismo del calcio y el fósforo, y demuestra la importancia del análisis genético mediante secuenciación masiva para obtener un diagnóstico clínico de certeza.

## **5. DESTANSICIÓN HORMONAL EN PERSONAS TRANSGÉNERO ATENDIDAS EN LA UNIDAD DE IDENTIDAD DE GÉNERO DE OSAKIDETZA**

**AUTORES:** Paula Zubillaga Blanco, Elizabeth Salinas Ortiz, María Muñoz del Diego, Teresa Ruiz Juan, Elena González Estella, Claudia Sánchez Arauco, Pedro González Fernández.

Hospital Universitario Cruces.

## **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

La utilización de la terapia hormonal con el fin de cambiar rasgos físicos que producen disforia es la base del tratamiento entre las personas atendidas en la Unidad de Identidad de Género de

Osakidetza. En los últimos años, el número de personas en tratamiento ha aumentado de forma exponencial, despertándose dudas sobre la idoneidad del mismo. El objetivo de este estudio es conocer cuántas personas han comunicado su decisión de dejar el tratamiento hormonal y caracterizar el perfil de estas.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio observacional retrospectivo sobre personas que destransicionaron entre 2009 y 2022. Mediante estadística descriptiva, se analizaron el tipo de destransición (entendiéndose como destransición verdadera cuando el género final es diferente al del inicio de la terapia hormonal) y otras variables implicadas como el género, edad y el tiempo de tratamiento hormonal previo al abandono.

## **RESULTADOS**

Se atendieron 767 personas adultas entre 2009 y 2022, de los cuales 13 (1,7%) comunicaron su deseo de dejar el tratamiento. La mayor parte de ellos (46,5%) destransicionaron en el 2022.

Cinco de las 13 personas que dejaron el tratamiento tuvieron una destransición verdadera; el 60% de ellas declaró pasar a una identidad de género no binaria. Las 8 personas restantes lo abandonaron por otras razones, sin cambio en su identidad.

Diez de las 13 personas tenían un sexo femenino asignado al nacimiento y las restantes 3 un sexo asignado masculino. La mediana de edad al inicio del tratamiento fue 18 años (siendo el mínimo 15 años y el máximo 24 años). La mediana del tiempo que mantuvieron el tratamiento fue de 22 meses (siendo el mínimo 5 meses y el máximo 51 meses).

Tras la finalización del tratamiento, no se han registrado consecuencias irreversibles. Además, el 100% de las personas que se sometieron a cirugía, dejaron el tratamiento sin cambio en la identidad de género.

## **CONCLUSIÓN**

La mayor parte de las personas que deciden iniciar tratamiento hormonal continúan con el tratamiento sin abandonarlo (98.3%). Además, la mayor parte de las personas que destransicionan,

continúan con la identidad de género sentida al inicio del tratamiento y dejan el tratamiento por otras razones ajenas a ello. Por último, no se han objetivado hasta la fecha consecuencias irreversibles una vez finalizado el tratamiento. Con estos datos, se refleja la satisfacción general de las personas atendidas en la Unidad de Identidad de Género tras el inicio del tratamiento hormonal.

## **6. INFUSIÓN SUBCUTÁNEA CONTÍNUA DE TERIPARATIDA PARA EL TRATAMIENTO DEL HIPOPARATIROIDISMO REFRACTARIO EN ADULTOS: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

**AUTORES:** Teresa Ruiz Juan, Claudia Sánchez Arauco, Elena González Estella, Elizabeth Salinas Ortiz, María Muñoz del Diego, Pedro González Fernández.

Hospital Universitario Cruces

### **INTRODUCCION**

Los casos de hipoparatiroidismo severo pueden cursar con hipocalcemia sintomática limitante que no responde al tratamiento convencional (calcio oral y/o calcitriol) ni a terapias alternativas normalmente eficaces como la hormona paratiroidea recombinante. La infusión subcutánea continua (ISC) de hormona paratiroidea recombinante (rhPTH) ha surgido como un tratamiento prometedor, aunque muy poco utilizado.

### **METODOLOGIA**

En este trabajo compartimos nuestra experiencia con una paciente con hipoparatiroidismo refractario tratado con rhPTH ISC y revisamos los otros 12 casos de pacientes adultos publicados en la literatura disponible, con el objetivo de facilitar el uso de este tratamiento.

### **RESULTADOS**

La paciente presentó un hipoparatiroidismo postquirúrgico (cirugía de carcinoma papilar de tiroides) en el contexto de diarrea crónica que precisó múltiples ingresos, a pesar de tratamiento convencional a altas dosis (calcio, calcitriol, magnesio oral e hidroclortiazida), teriparatida

(desde 2020) y gluconato cálcico intravenoso 3 días por semana (desde 2021). Se confirmó su adherencia al tratamiento durante un ingreso hospitalario.

En 2022 optamos por iniciar el tratamiento de infusión subcutánea continua de teriparatida mediante el modelo de Medtronic MiniMed640G, diseñada inicialmente para la administración de insulina.

La normocalcemia asintomática (10,1 mg/dl) se alcanzó tras 1 semana de tratamiento. La dosis inicial de rhPTH fue de 60 ug/día, que se redujo progresivamente hasta una dosis diaria de mantenimiento de 40 ug/día.

Tan sólo hubo 1 episodio de sintomatología leve propia de hipocalcemia a lo largo de este proceso. No se objetivaron efectos secundarios ni episodios de hipercalcemia o hipocalcemia moderada-severa.

En lo referente a lo descrito en la literatura actual, la normocalcemia asintomática se alcanzó en todos los pacientes adultos, lo que convierte a la ISC rhPTH en un tratamiento aparentemente eficaz para el hipoparatiroidismo refractario grave.

Las necesidades de tratamiento adyuvante fueron variables, siete pacientes (53,8%) ya no precisaron tratamiento con calcio o calcitriol, mientras que los 6 pacientes restantes vieron sus requerimientos significativamente reducidos. El rango de dosis inicial fue variable (10,8 ug/día-60 ug/día), mientras la dosis final para mantener la normocalcemia osciló entre 15-40 ug/día (media 29,4 ug/día). No hay evidencia para recomendar un modelo de bomba específico, aunque varios autores consideran que es preferible un sistema de administración pulsátil.

No se informaron efectos secundarios a corto plazo. Se describieron 2 episodios hipocalcémicos moderados secundarios a un catéter doblado y al desarrollo de una nodularidad subcutánea respectivamente, sin hipocalcemia recurrente después del cambio del equipo de infusión.

Los trabajos con mayor seguimiento (hasta 5 a 7 años) no objetivaron ningún caso de hipercalciuria, nefrolitiasis, baja densidad mineral ósea ni osteosarcoma o enfermedad ósea metabólica.

## **CONCLUSIONES**

- La infusión subcutánea continua de hormona paratiroidea recombinante (rhPTH) ha surgido como una alternativa terapéutica aparentemente eficaz frente al hipoparatiroidismo refractario severo.
- La supervisión estrecha y la educación adecuada del paciente es obligatoria para prevenir hipocalcemia o la hipercalcemia durante el tratamiento.
- No se han descrito efectos adversos ni complicaciones significativas a corto-medio plazo. La seguridad a largo plazo aún no se ha confirmado.
- Se necesitarían ensayos controlados aleatorios para confirmar la eficacia de este tratamiento. Los informes de cualquier intento fallido también serían útiles para mejorar los protocolos y evitar el sesgo de publicación.



Euskadiko Endokrinologia, Diabetes  
eta Nutrizio Elkartearen **XXIV. Batzarra**



**XXIV Congreso** de la Sociedad de Endocrinología,  
Diabetes y Nutrición de Euskadi

**AHOZKO KOMUNIKAZIOEN 2. SAIOA**  
**COMUNICACIONES ORALES 2**

**2023ko Martxoa 10a**  
**10 de marzo de 2023**

## **Comunicaciones Orales 2 – Sala 3A**

**Moderatzaileak / Moderadores:**

### **DUE Marta Camarero.**

Enfermera Educadora. Hospital Galdakao-Usansolo.  
OSI Barrualde-Galdakao.

### **Dra. Alicia Martín.**

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario  
Cruces. OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.

	TÍTULO
1	IMPACTO DE LA ALBUMINURIA COMO BIOMARCADOR DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO INTRAVITREO CON ANTIVEGF EN EDEMA MACULAR DIABETICO, EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.
2	IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE DIABÉTICO
3	ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA INTERSTICIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO
4	VALORACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON ELA EN LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DEL HOSPITAL DE BASURTO
5	SCORE DE RIESGO GENÉTICO DE DIABETES TIPO 1 PARA LA DISCRIMINACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MONOGÉNICA EN POBLACIÓN ESPAÑOLA.
6	ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE INDICACIONES Y COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN ENTERAL POR OSTOMÍA (GASTROSTOMÍA/GASTROYEYUNOSTOMÍA) EN EL H. UNIVERSITARIO DE ÁRABA

# **1. IMPACTO DE LA ALBUMINURIA COMO BIOMARCADOR DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO INTRAVITREO CON ANTIVEGF EN EDEMA MACULAR DIABETICO, EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.**

**AUTORES:** Ismene Bilbao Garay(1), Ane Guibelalde Gonzalez (2), Sergo Pinar –Sueiro (2) Cristina Sarasqueta Eizaguirre (3), Asier Amenabar Alonso( 2), Nerea Egaña (1) (1) Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Donostia, Donostia. (2) Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario Donostia, Donostia (3) Unidad de Información y resultado asistenciales. ISBiodonostia. Hospital Universitario Donostia.

Hospital Universitario Donostia

## **INTRODUCCIÓN**

El Edema Macular Diabético (EDM) tiene una fisiopatología compleja y multifactorial donde VEGF(Vascular Endotelial Growth Factor) juega un rol importante aumentando la permeabilidad vascular por alteración de la barrera hematoretiniana interna. El bloqueo de VEGF con inyecciones intravítreas de antiVEGF es el tratamiento de primera línea en la actualidad, siendo eficaz reduciendo el grosor macular y mejorando la agudeza visual de los pacientes, pero hasta un 30 % de los mismos, presenta una respuesta subóptima al tratamiento antiangiogénico.

## **OBJETIVO**

Analizamos la relación entre la función renal en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que presentan EDM y su posible relación con la respuesta al tratamiento antiangiogénico.

## **MÉTODOS**

Se trata de un estudio retrospectivo, en pacientes atendidos en la consulta de oftalmología de nuestro hospital en los años 2020 y 2021 De un total de 367 pacientes se excluyen pacientes con DM Tipo 1, pacientes con retinopatía no complicada, con retinopatías proliferativas y pacientes en diálisis y con trasplante renal.

Se recogen datos de 169 pacientes con Dm tipo 2 y EDM, a los que se divide en 2 grupos, respondedores, aquellos pacientes que tras las primeras 5 inyecciones de carga de antiVEGF podrían extender

el tratamiento a pautas más laxas, por ganancia de agudeza visual y reducción del grosor macular superior al 20% en OCT (92) y no respondedores (77) al tratamiento antiVEGF., aquellos que tras 5 inyecciones de carga mensuales precisan un cambio a tratamiento con dexametasona intravítrea por escasa ganancia visual y descenso menor del 20% del grosor macular central.

Se analizan la edad, la existencia o no de HTA, nivel de triglicéridos, LDL, HbA1c, Creatinina, albuminuria, y tasa de filtrado glomerular. En el análisis estadístico los porcentajes se comparan con el test de Chi cuadrado y la comparación de medias con t student y análisis de varianza. La relación de microalbuminuria con respuesta al tratamiento se ha estudiado con un modelo de regresión logística binaria, estimando odds ratio y sus intervalos de confianza.

## RESULTADOS

De las variables analizadas, la presencia de albuminuria en el grupo que presenta peor respuesta al tratamiento es mayor, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

No hemos encontrado asociaciones estadísticamente significativas con el resto de las variables estudiadas.

TABLA 1: se detallan las variables estudiadas en ambos grupos y su valor P.

Variable	Respondedor	No Respondedor	Significancia (P)
Edad Media (DS)	66.14 (9.34)	66.79(7.9)	0.82
HTA (%)	82.6%	90.9%	0.176
HbA1c < 7%	28.3%	39%	0.189
HbA1c >7%	71.7%	61%	0.189

Creatinina sérica (mg/dl) Media(DS)	0.96 (0.35)	1.01(0.45)	0.34
Trigliceridos (mg/dl) Media (DS)	147.60 (90.68)	136(60.87)	0.21
LDL (mg/dl) Media(DS)	99.6(35.8)	101.26(36.2)	0.32
Tasa de filtrado glomerular (TGF)	78.21	73.65	0.13
Albumina/creatinina (>30µg/mg) %	38	58.4	0.006

En el modelo de análisis de regresión logística realizado sobre las variables con una P inferior a 0.2 la presencia de albuminuria, con una odds ratio 2.44 (CI 1.33-4.507) se asocia mayor probabilidad de una peor respuesta a la terapia antiangiogénica en pacientes con EDM y Diabetes Mellitus tipo 2 de nuestra serie.

Tabla 2

Variables	Valor P	Odds Ratio	Intervalo de confianza(95%)
Albuminuria	0.004	2.448	1.33-4.507
HTA	0.175	1.949	0.744-5.107
HbA1c	0.149	0.616	0.319-1.190
TGF	0.185	2.19	0.687-6.980

## CONCLUSIONES

La albuminuria podría ser un biomarcador que indique peor respuesta al tratamiento intravítreo con antiangiogénicos en edema macular diabético en pacientes con DM 2. Creemos que los esfuerzos deben ir encaminados a la disminución de las cifras de albuminuria, así como al control de otros factores de riesgo asociados con la aparición de la misma, ya que podrían mejorar la respuesta terapéutica a los antiangiogénicos.

Con las limitaciones que presenta el estudio, al ser retrospectivo, sus hallazgos han de ser validados con estudios prospectivos.

## **2. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES EDUCATIVAS DEL PACIENTE DIABÉTICO**

**AUTORES:** A. Zarandona del Campo, M. Camarero Erdoiza, M.A. Villahoz Iglesias, U. Pérez Domínguez.

HU Galdakao- Usánsolo

### **INTRODUCCIÓN**

La educación terapéutica es fundamental en el tratamiento de la Diabetes Mellitus. Está orientada a aumentar la adherencia al tratamiento y potenciar la autogestión de la enfermedad por parte del paciente, reducir complicaciones crónicas y agudas y mantener y/o mejorar la calidad de vida. Está constatado que una intervención no es suficiente y que son necesarios programas estructurados y constantes para conseguir una adherencia de los pacientes a la buena praxis.

Tras realizar una revisión bibliográfica en las bases de datos de salud, lo que se complementó con documentos sobre diabetes mellitus utilizados en nuestra área de salud de Osakidetza, se evidencia la necesidad de crear un registro único específico de educación diabetológica que pudiera ser seguido por todos los profesionales de Osakidetza, evaluando las necesidades educativas de cada paciente, registrando y valorando sus conocimientos sobre la diabetes.

Hemos observado durante las consultas de seguimiento, que no tenemos herramientas de uso común fáciles de visualizar para valorar las necesidades de una forma objetiva sobre la educación recibida y pendiente de recibir por parte del paciente.

### **OBJETIVO**

Disponer de una herramienta que sirva de guía a los profesionales sanitarios y permita visualizar de manera sencilla la formación recibida por la persona con diabetes, además de valorar si necesita refuerzo en algún área, o formación pendiente de realizar.

### **METODOLOGÍA**

Elaborar un formulario que refleje las necesidades educativas implícitas a la diabetes, de forma que se pueda llevar un registro

unificado de los conocimientos transmitidos, individualizándola en cada caso, valorando la actitud y aptitud del paciente y que se pueda visualizar desde las diferentes áreas de salud (atención primaria, hospitalizada...)

El formulario refleja las necesidades de conocimiento a nivel básico, avanzado y nuevas tecnologías.

Nivel básico/supervivencia: Destinatario de la educación. Fisiopatología, principios básicos de la diabetes. Alimentación. Ejercicio. Técnica glucemia capilar. Tratamiento GLP1. Tratamiento insulina. Gestión de residuos. Hipoglucemia. Hiperglucemia. Cuidado del pie diabético y ojos, importancia de la revisión anual.

Nivel avanzado: Alimentación: personalizar aporte calórico, número de tomas y regularidad, método del plato, equivalencias en CH, dieta por raciones. Monitorización Flash de glucosa: objetivos de control. Insulina: qué sucede si no me administro la insulina o si me administro de más, ratio insulina/carbohidratos, factor de sensibilidad a la insulina, ajustes puntuales, suplemento para cetona, ajuste de pauta base. Hipoglucemia y alcohol. Hiperglucemia y cetosis. Días de enfermedad. Ejercicio: tipos y efecto sobre la glucosa. Situaciones especiales: Contracepción y embarazo. Conducción. Trabajo limitaciones. Viajes.

Infusión subcutánea continua de insulina (ISCI). Bases de tratamiento con ISCI. Prevenir tratar complicaciones agudas. Adaptar requerimientos a actividades cotidianas. Conocer partes de la bomba. Manejo del sistema. Inserción de cánula/sensor. Conexiones: bomba/glucómetro/sensor/app.

## **RESULTADOS**

Disponemos de un formulario pendiente de validar por los diferentes servicios de Endocrinología de Osakidetza, para incorporarlo en la historia clínica y poder ser visualizada por todos los profesionales pertenecientes a dicha organización desde diferentes niveles asistenciales.

## **CONCLUSIONES**

Tras la implantación del formulario en la historia clínica, todos los profesionales implicados en la educación terapéutica de una persona

con diabetes podrían identificar las necesidades educativas realizadas y pendientes a lo largo de la evolución de la enfermedad según su estadio, y la fecha de realización.

Sería recomendable añadir enlaces a documentos de consenso que reflejen los contenidos educativos de cada ítem.

Esto ayudaría a unificar criterios, y dar una mejor calidad en la atención a las personas con diabetes.

### **3. ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LOS USUARIOS DEL SISTEMA DE MONITORIZACIÓN DE GLUCOSA INTERSTICIAL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO BASURTO**

**AUTORES:** Jon Garai Hierro, Iñigo Hernando Alday, Iñigo Gorostiza Hormaetxe, Aitzol Lizarraga, Estibaliz Ugarte, Josune Rodriguez, Jon Izquierdo, Jon Portu, Vanessa Arosa, Laura Calles, Javier Espiga, Eider Etxeberria, Fernando Goñi, Natalia Iglesias, Ana Izuzquiza, Andoni Monzón, Cristina Moreno, Miguel Paja, Amelia Oleaga Alday.

Hospital Universitario Basurto

#### **INTRODUCCIÓN**

Durante los últimos años, el sistema de monitorización de glucosa intersticial tipo flash ha sido adoptado por un número creciente de pacientes con diabetes.

Los parámetros obtenidos a través del mismo se pueden relacionar con otros datos clínicos, para conocer el grado de control de la enfermedad y su asociación con problemas habituales en este grupo de personas.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Han sido seleccionados aquellos usuarios del sistema de monitorización de glucosa intersticial tipo flash correspondientes al área de salud del Hospital Universitario Basurto. Los criterios de inclusión que se han tenido en cuenta han sido un uso del dispositivo mayor o igual al 70% junto con una descarga actualizada de los datos, en el momento de la realización del estudio.

La muestra ha sido dividida en 2 grupos en función del control de la diabetes, considerando como bueno un valor de HbA1c inferior al 7%.

Se han estudiado variables categóricas, descritas como frecuencia y porcentajes, además de variables cuantitativas, descritas como media y desviación estándar (o mediana y rango intercuartílico).

Por un lado, las variables categóricas se han comparado mediante  $\chi^2$  de Pearson o el test exacto de Fisher. Por otro lado, las variables cuantitativas se han comparado mediante t de Student, ANOVA o prueba de los rangos de Mann-Whitney.

## **RESULTADOS**

Han sido incluidos 486 pacientes, de los cuales el 50% son mujeres, con una media de edad de 48,1 (DE = 14,2) años.

La diabetes mellitus tipo 1 es la razón más frecuente de empleo del dispositivo (92,4%), siendo un 3,7% del total de la muestra también usuarios de sistemas de infusión continua de insulina (ISCI).

El índice de masa corporal (IMC) medio es de 26,3 (DE = 7,1)  $\text{kg/m}^2$ , siendo lo más habitual una situación de sobrepeso/obesidad (53,8%).

Antes de comenzar a emplear el sistema de monitorización de glucosa intersticial tipo flash, la media de edad era de 45,2 (DE = 14,8) años con una cifra media de HbA1c de 8,1 (DE = 1,6) %, mientras que, en el momento de realizar el estudio, este último valor ha sido de 7,47 (DE = 1,13) %. Esta reducción de 0,63% ha sido estadísticamente significativa en toda la muestra.

La mayoría de pacientes incluidos nunca han sido fumadores (65,4%), no presentan ningún grado de retinopatía (73,6%), no padecen hipertensión arterial (75,7%), ni han tenido eventos de cardiopatía isquémica (97,3%) o ictus (97,7%).

Un 31,3% de pacientes se ubican dentro del grupo de buen control metabólico. En el mismo, ha habido menor prevalencia de fumadores/exfumadores ( $p = 0,005$ ), menor IMC ( $p = 0,002$ ), menores necesidades de insulina basal ( $p < 0,001$ ), menor prevalencia de retinopatía diabética ( $p = 0,010$ ), menor prevalencia de hipertensión

arterial ( $p = 0,012$ ) y menor prevalencia de eventos cerebrovasculares tipo ictus ( $p = 0,020$ ).

En el grupo con buen control, la relación entre la HbA1c analítica y el aumento en tiempo en rango estimado por el dispositivo ha sido estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). También se han obtenido resultados significativos en cuanto al número de escaneos diarios ( $p = 0,001$ ) y la glucosa promedio ( $p < 0,001$ ) calculada mediante el sensor.

## **CONCLUSIONES**

El sistema de monitorización de glucosa intersticial es una herramienta que permite obtener datos de forma sencilla, lo cual puede ser útil para conocer las características de los pacientes atendidos y favorecer el desarrollo de estudios.

## **4. VALORACIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON ELA EN LA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DEL HOSPITAL DE BASURTO**

**AUTORES:** M. Josune Rodriguez, Natalia C. Iglesias Hernández, Laura A. Calles Romero, Oihana Monasterio Jimenez, Andoni Monzón Mendiola, Naroa Campo Olano, Jon Izquierdo Coca, Vanessa Arosa Carril, Iñigo Hernando Alday, Eider Etxeberria Martin, Jon Garai Hierro, Jon Portu Gamazo.

Hospital Universitario Basurto

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa que se caracteriza por la pérdida progresiva de motoneuronas con la consecuente atrofia del músculo esquelético. La desnutrición es frecuente en esta patología por la confluencia de varios factores como la reducción de la masa muscular, la disminución de la ingesta y el aumento de la demanda metabólica. La pérdida ponderal es un indicador de menor supervivencia y de rápida progresión de la enfermedad, en contraposición un mayor IMC y adiposidad se han asociado con un mejor pronóstico. Por ello, el análisis de la composición corporal puede ser de utilidad para identificar a pacientes

con progresión más agresiva de la enfermedad y realizar un tratamiento nutricional acorde.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

En la unidad multidisciplinar de ELA de nuestro centro se realiza impedanciometría con el dispositivo InBodyS10 (análisis multifrecuencia segmental) para monitorizar la evolución de la enfermedad. En el presente estudio se realiza un análisis descriptivo de 101 pacientes con una media de seguimiento de 9,5 meses (DE 4,2) entre su primera valoración con impedanciometría y su tercera consulta de seguimiento o la última antes del fallecimiento. En el análisis estadístico se empleó el test de ANOVA para constatar las diferencias de las medias de los distintos grupos.

## **RESULTADOS**

La media de edad en nuestra muestra era de 63 años al diagnóstico, siendo el 55% hombres y 45% mujeres. Un 81% de los pacientes presentaba ELA de inicio espinal y el 19% bulbar. La mayoría se encontraba en un estado evolucionado de la enfermedad precisando el 64% soporte ventilatorio con VMNI y el 51% con movilidad reducida que requería silla de ruedas. En este periodo de estudio fallecieron 14 pacientes.

Respecto a su composición corporal en la primera impedanciometría, la media de peso era de 70,8Kg (DE 13,5), la masa muscular de 24,5 kg (DE 5,76), la masa grasa de 25 Kg (DE 9,95) y el ángulo de fase de 4,2° (DE 1). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el último ángulo de fase de los fallecidos de 3,2° (DE 0,77) y el de los supervivientes de 3,8° (DE 1,1) así como en su peso, IMC y en la masa grasa, siendo esta última de 20 Kg (DE 6,6) en fallecidos frente a 28 Kg (DE 8,7); y en cambio, no se encontraron diferencias en relación a la masa muscular. Sin embargo, no fue significativo el análisis de la diferencia del ángulo de fase y la masa grasa entre la impedanciometría inicial y la última disponible en relación con la supervivencia. En la curva de Kaplan Meier los pacientes con VMNI y con silla de ruedas presentaron una menor supervivencia.

## **CONCLUSIONES**

El ángulo de fase, la pérdida de peso y de la masa grasa se asocian con una menor supervivencia en los pacientes con ELA de nuestra

muestra, tal y como se ha descrito en otros estudios. No fue significativo el análisis del cambio del ángulo de fase y de la masa grasa en el tiempo valorado, esto puede ser debido a que en la impedanciometría tomada como referencia inicial, los estadios evolutivos de la enfermedad eran diversos y muchos pacientes estaban en una etapa avanzada, limitando su posible margen de empeoramiento. Es necesario un estudio con pacientes en el mismo estado evolutivo para poder analizar el efecto del cambio de la composición corporal en la evolución y supervivencia de la enfermedad.

## **5. SCORE DE RIESGO GENÉTICO DE DIABETES TIPO 1 PARA LA DISCRIMINACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MONOGÉNICA EN POBLACIÓN ESPAÑOLA**

**AUTORES:** Laura Saso Jiménez<sup>1</sup>, Inés Urrutia<sup>1</sup>, Rosa Martínez<sup>1</sup>, Josu Aurrekoetxea-Oribe<sup>2</sup>, Mirian Sánchez-Morán<sup>1</sup>, Aníbal Aguayo<sup>1</sup>, Sara Gómez-Conde<sup>3</sup>, June Corcuera<sup>1</sup>, Begoña Calvo<sup>2</sup>, Olaia Velasco<sup>1</sup>, Candela Baquero<sup>1</sup>, Ainhona-Camille Aranaga<sup>1</sup>, Itxaso Rica<sup>1</sup>, Luis Castaño<sup>1</sup>.

1 Grupo de Investigación en Endocrinología y Diabetes, Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia, Hospital Universitario de Cruces, UPV/EHU, CIBERDEM, CIBERER, Endo-ERN. Barakaldo, España.

2 Grupo de Investigación en Oncología Médica, Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia, Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, España.

3 Grupo de Investigación de Enfermedades Renales Hereditarias Raras, Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia, Hospital Universitario de Cruces, UPV/EHU. Barakaldo, España.

IIS Biocruces Bizkaia, Hospital de Cruces.

## INTRODUCCIÓN

La prevalencia de diabetes monogénica en la población caucásica se encuentra alrededor del 1-5% de todos los casos de diabetes. Dado que la mayoría de características clínicas de la diabetes monogénica no son específicas, muchos de estos casos monogénicos pueden ser mal diagnosticados como diabetes tipo 1 (DT1), una enfermedad poligénica. En los últimos años se han desarrollado puntuaciones de riesgo genético (*risk scores*) basadas en polimorfismos, tanto de regiones HLA como no-HLA, que recogen el riesgo global de desarrollar DT1. Estas herramientas genéticas, junto con otras características clínicas y bioquímicas, pueden ayudarnos a lograr un diagnóstico correcto del tipo de diabetes, crucial para la elección terapéutica, el pronóstico y el consejo genético.

## OBJETIVOS

1. Desarrollar un *score* de riesgo poligénico de diabetes tipo 1 (PRS-DT1).
2. Evaluar la capacidad del modelo para discriminar entre casos de DT1 y diabetes monogénica en nuestra población.

## METODOLOGÍA

Se han incluido 480 pacientes pediátricos con diagnóstico de DT1 y autoinmunidad positiva al debut y 480 pacientes con diabetes monogénica confirmada por estudio genético, ambos grupos procedentes de diferentes hospitales de España.

Las muestras de ADN de los pacientes fueron genotipadas utilizando un *array* de *Illumina (Infinium Global Screening Array)*. La imputación de la región HLA y otros polimorfismos no incluidos en el *array* se realizó con el programa *Michigan Imputation Server*.

Para el desarrollo y la evaluación del modelo PRS-DT1 se utilizó el software PRSice.

400 muestras fueron empleadas para el desarrollo del modelo y el resto para la evaluación del modelo PRS-DT1 obtenido con la mayor capacidad de discriminación.

## **RESULTADOS**

El mejor modelo de PRS-DT1 obtenido incluye 2662 SNP asociados a DT1 en el estudio GWAS de DT1 (Robertson CC et al., 2021). Este modelo muestra que la genética explica el 43,5% de la variabilidad fenotípica de la muestra. El valor medio de PRS-DT1 obtenido en cada grupo fue de 0,0073 y 0,0041 para DT1 y diabetes monogénica, respectivamente.

La evaluación del modelo demostró una capacidad de discriminación entre diabetes monogénica y DT1 con una AUC-ROC=0,858. Considerando un valor de PRS-DT1 superior a 0,0057 como indicativo de DT1, se consiguió una precisión de clasificación de los casos con diabetes monogénica y DT1 del 79% (sensibilidad del 82%, especificidad del 76%).

## **CONCLUSIONES**

El modelo de PRS-DT1 desarrollado tiene una alto poder de discriminación entre casos con diabetes monogénica y diabetes tipo 1 en nuestra población.

## **6. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE INDICACIONES Y COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA NUTRICIÓN ENTERAL POR OSTOMÍA (GASTROSTOMÍA/GASTROYEYUNOSTOMÍA) EN EL H. UNIVERSITARIO DE ÁRABA**

**AUTORES:** Aitor Galarza Montes, Octavio Pérez Alonso, Leyre Pérez García, Laura Ruiz Arnal, Sheila González González, Clara Zazpe Zabalza, Clara Fuentes Gómez, Maider Sánchez Goitia

Hospital Universitario Araba

## **INTRODUCCIÓN**

La nutrición enteral por ostomía es la primera opción a considerar en pacientes que no pueden cubrir sus requerimientos nutricionales durante más de 6 semanas con la alimentación convencional con tracto digestivo funcionando. El objetivo del presente trabajo es analizar las indicaciones y complicaciones asociadas a nutrición enteral por gastrostomía (PEG) y gastroyeyunostomía (PEGY).

## **METODOLOGÍA**

Se realiza un estudio descriptivo de los pacientes que han sido sometidos a ostomía para nutrición enteral entre julio de 2022 y diciembre de 2022 (ambos inclusive) en el Hospital Universitario de Araba. En total se han incluido 22 pacientes. Se han tenido en cuenta las siguientes variables:

- Tipo de ostomía (PEG o PEGY)
- Indicación: patología neurológica, tumores de cabeza y cuello, tumores gastrointestinales y otras indicaciones
- Criterios GLIM etiológicos de desnutrición: menor ingesta, inflamación y ambas a la vez
- Criterios GLIM fenotípicos de desnutrición: pérdida de peso(>5% en 6 meses o >10% en más de 6 meses), IMC <20 o <22 (>70años) y masa muscular reducida. Además se han analizado, si hay combinación de las anteriores criterios de desnutrición.
- Peso inicial y peso final
- Complicaciones: del sondaje, digestivas, infecciosas y metabólicas (no se han incluido las que hemos considerado complicaciones menores)
- Fallecidos y no fallecidos

## **RESULTADOS**

En los datos analizados por sistema SPSS se observa respecto al tipo de ostomía, que 21 pacientes fueron sometidos a PEG (95.5%) y sólo 1 (4.5%) a PEGY. La indicación más prevalente en nuestro caso fueron los tumores de cabeza y cuello: (12 pacientes, 54.5%), seguido de patología neurológica (4 pacientes, 18.2%), y por último con 3 pacientes en cada grupo (13.6%) los tumores gastrointestinales y otras indicaciones. En cuanto a los criterios GLIM de desnutrición, respecto a los etiológicos, 2 pacientes (9.1%) cumplían únicamente el criterio de menor ingesta. Otros 2 pacientes (9.1%) cumplían por su parte únicamente el criterio de inflamación. Los 18 restantes (81.8%) cumplían ambos criterios etiológicos a la vez. Respecto a los criterios fenotípicos, 4 pacientes no presentaban criterios (18,2%), 1 paciente

solo cumplía el criterio de masa muscular reducida (4,5%), la mayor parte de pacientes (12) cumplían 2 criterios (54.5%) y los 5 pacientes restantes cumplían los 3 criterios (22.7%).

Aproximadamente dos tercios de los pacientes no sufrió complicaciones (15 pacientes, 68.2%), mientras que en 7 pacientes (31.8%) tuvo lugar alguna complicación. De éstas, las más frecuentes fueron las complicaciones digestivas (3 pacientes, 13.6% del total de pacientes), seguido de las del sondaje (2 pacientes, 9.1%). Las complicaciones infecciosas se produjeron en un paciente (4.5%), al igual que las metabólicas (4.5%). Curiosamente, el peso mínimo inicial fue de 40 kg, mientras que el peso mínimo final fue de 41 kg. El peso máximo inicial fue de 91 kg, y el peso máximo final 80 kg. La media de peso al inicio era de 61.18 kg, y al final 58.63 kg. Finalmente 5 pacientes fallecieron a lo largo de este periodo de seis meses (22.7%).

## **CONCLUSIONES**

La nutrición enteral por PEG/PEGY es una terapia de soporte nutricional asociada a mejor calidad de vida y menor estancia hospitalaria.

Es de relevancia en nuestro hospital la colaboración con oncología médica y radioterápica que nos facilita la colocación de PEG/PEGY de manera profiláctica reduciendo de esta manera las complicaciones asociadas a la desnutrición.

Para terminar, es importante conocer las complicaciones asociadas a la nutrición enteral en nuestra población para evitarlas, reduciendo la estancia hospitalaria, los costes y mejorando la calidad de vida de pacientes y familiares.

Euskadiko Endokrinologia, Diabetes  
eta Nutrizio Elkartearen **XXIV. Batzarra**



**XXIV Congreso** de la Sociedad de Endocrinología,  
Diabetes y Nutrición de Euskadi

**PUBLICACION DE  
COMUNICACIONES**

**2023ko Martxo 10a**  
**10 de marzo de 2023**

	TÍTULO
1	USO DE LA GRASA ABDOMINAL MEDIDA CON ECOGRAFÍA NUTRICIONAL COMO SCREENING DE RIESGO DE ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA (EHNA) EN POBLACIÓN OBESA INFANTIL
2	NEUTROPENIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW EN TRATAMIENTO CON ANTITIROIDEOS
3	DEINTENSIFY: PREVENCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS EN PERSONAS MAYORES.
4	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A SONDA DE GASTROSTOMÍA
5	GASTROSTOMÍAS PROFILÁCTICAS EN PACIENTES AFECTOS DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO
6	CETOACIDOSIS DIABETICA POR SGLT-2
7	FACTORES PREDICTORES DE PEOR RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ADENOMAS HIPOFISARIOS SECRETORES DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GH)
8	SOSPECHA DE NEUMONITIS QUÍMICA EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE VACTERL
9	TORMENTA TIROIDEA COMO DEBUT DE ENFERMEDAD DE GRAVES SOBRE BOCIO MULTINODULAR TRAS I131

10	¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL SEXO ENTRE PACIENTES A LOS QUE SE SOLICITA UN TEST DE GH TRAS ESTÍMULO CON CLONIDINA DENTRO DEL ESTUDIO DE TALLA BAJA?
11	APLICABILIDAD DEL CONSENSO DE DETECCIÓN Y MANEJO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y OBESIDAD: RESULTADOS EN EL PAÍS VASCO.
12	NUEVAS MUTACIONES EN ZFP57 EN PACIENTES CON DIABETES NEONATAL TRANSITORIA POR PÉRDIDA DE METILACIÓN EN LA REGIÓN 6Q24.
13	EVOLUCION TRATAMIENTOS CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN OSAKIDETZA
14	DISHORMONOGENESIS TIROIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO
15	HIPERANDROGENISMO GESTACIONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

# **1. USO DE LA GRASA ABDOMINAL MEDIDA CON ECOGRAFÍA NUTRICIONAL COMO SCREENING DE RIESGO DE ESTEATOSIS HEPÁTICA NO ALCOHÓLICA (EHNA) EN POBLACIÓN OBESA INFANTIL**

**AUTORES:** I.Diez Lopez (1)(2), A. Sarasua Miranda (1), S.Maeso (1) AE Calvo Saez, Z. García Casales.

(1) Bioaraba, Grupo de investigación en Crecimiento y Metabolismo Infanto-Juvenil, Vitoria-Gasteiz, España; Osakidetza, Organización Sanitaria Integrada Araba, Hospital Universitario Araba, Servicio de Pediatría, Vitoria-Gasteiz, España

(2) Departamento de Pediatría. UD de Vitoria. UPV-EHU

(3) Digestivo infantil. Organización Sanitaria Integrada Araba, Hospital Universitario Araba, Servicio de Pediatría, Vitoria-Gasteiz, España

Hospital Universitario Araba

## **INTRODUCCIÓN**

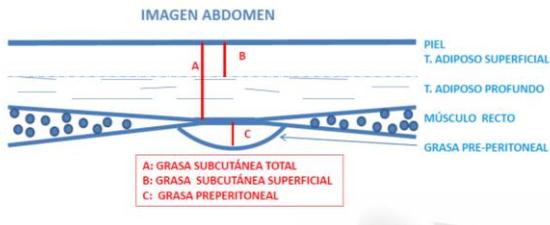
La EHNA es un hallazgo cada vez más relevante en población pediátrica afecta de obesidad. En adultos su evolución de esta esteatosis hacia una fibrosis y correlación con el síndrome metabólico es cada vez más significativa. La existencia de una herramienta rápida y validada de screening en consulta sería de gran utilidad.

## **OBJETIVO PRINCIPAL**

Evaluar si la medición de grasa intraperitoneal medida a través de ecografía nutricional, permite diagnosticar de esteatosis hepática no grasa o riesgo metabólico en pacientes con sobrepeso/obesidad. Establecer si existe algún tipo de correlación entre las mediciones de grasa abdominal obtenidas mediante ecografía nutricional y las obtenidas en práctica clínica habitual de estos pacientes mediante ECOGRAFIA hepática si esta se realiza dentro de la práctica clínica habitual.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Pacientes que acuden a CCEE de Endocrinología por sobrepeso. IMC >2 SDS. ECOGRAFO MINDRAY Z50. (técnica de Hamagawa) mediante estudio ECOGRAFIA adiposa abdominal (Grasa subepidérmica superficial – energía almacenada, profunda e intraperitoneal-riesgo en adultos de EHNA)



## RESULTADOS

Primer estudio nacional de validación en pediatría de ECOGRAFIA profunda compatible con EHNA vs ECO nutricional

Estudio en 90 pacientes de ECO profunda por radiólogo y ECO nutricional. EHNA 52/90 (57.8%). Distribución leve 43/90 (47.8%), moderada 8/90 (8.9%) y severa 1/90 (1.1%)

Se realizó una prueba U de Mann-Whitney en 90 pacientes los resultados mostraron que la media de grasa intraperitoneal (adiposo fue estadísticamente significativa mayor entre los grupos afectados de EHNA ( $z = -7,603$ ,  $p < 0,01$ ) a un nivel de significancia de 0.05.

El punto de corte que presenta una correlación positiva entre EHNA SI/NO sería de media 0.82 cm IC[0.70-0.94]95% mediante U de Mann-Whitney

## CONCLUSIONES

La existencia de una EHNA mediante ECO clásica se relaciona mediante una correlación lineal y positiva con la masa grasa preperitoneal estudiada mediante ECO nutricional.

NOTA: Equipos adquiridos mediante colaboración con la SEEN – ayudas 2021

## **2. NEUTROPENIA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW EN TRATAMIENTO CON ANTITIROIDEOS**

**AUTORES:** Cristina Elías Ortega, Nerea Egaña Zunzunegui, Cristina García Delgado, Jorge Rojo Álvaro, Ismene Bilbao Garay, Maite Aramburu Calafell, Inmaculada Venegas Nebreda, Ane Amilibia Achucarro, Amaia Mendia Madina, Miguel Goena Iglesias, Alfredo Yoldi Arrieta.

Hospital Universitario Donostia

### **INTRODUCCIÓN**

Los antitiroideos pueden causar agranulocitosis cuando el recuento de neutrófilos es inferior a  $500/\mu\text{L}$  (1,2). La agranulocitosis es un evento adverso raro de estos fármacos que aparece en 0.1-0.5% de los casos (3,4). No obstante, se debe reconsiderar su uso cuando sea inferior de  $<1000/\mu\text{L}$ , y ante la aparición de síntomas compatibles con agranulocitosis, se debe interrumpir el tratamiento según la American Thyroid Association (3). Sin embargo, no hay evidencia de que la neutropenia en pacientes con hipertiroidismo se asocie con un mayor riesgo de agranulocitos inducida por antitiroideos (2).

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudiamos la prevalencia de neutropenia en pacientes con hipertiroidismo y las variaciones del recuento de neutrófilos con el uso de antitiroideos. Analizamos 52 casos de hipertiroidismo por enfermedad de Graves Basedow diagnosticados en la Osi Donostialdea entre 2014-2020. 8 varones y 44 mujeres con una edad media de 46 años (rango 22-74). Estudiamos la presencia de neutropenia al diagnóstico y durante el tratamiento con antitiroideos (metimazol o carbimazol). Clasificamos la neutropenia en leve  $1000-1600/\mu\text{L}$ , moderada  $500-1000/\mu\text{L}$  y severa  $< 500/\mu\text{L}$ .

### **RESULTADOS**

El recuento medio de neutrófilos del grupo al diagnóstico fue  $3164/\mu\text{L}$ , en el 1º control tras inicio de tratamiento  $3572/\mu\text{L}$ , y en el 2º control  $3472/\mu\text{L}$ . 5 pacientes presentaron neutropenia (9.61%), 2 al diagnóstico y 3 durante el tratamiento. Todas las neutropenias encontradas fueron leves ( $1000-1600$ ), sin repercusión clínica y se resolvieron en el seguimiento. Solamente 1 paciente mantuvo la

neutropenia desde el diagnóstico hasta el 6º mes de tratamiento. No hubo ningún caso de agranulocitosis.

## **CONCLUSIÓN**

Es fundamental conocer la relación entre hipertiroidismo y neutropenia para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento. A pesar de las limitaciones de nuestro estudio: la cifra media de neutrófilos en el global del grupo mejoró tras el inicio de antitiroideos, los casos de neutropenia en contexto de hipertiroidismo fueron leves y la neutropenia se resolvió sin desarrollo de agranulocitosis. Esto refuerza la idea de uso de antitiroideos en pacientes con neutropenia leve.

## **Bibliografía:**

1. Burch HB. Overview of the clinical manifestations of thyrotoxico- sis. In: Braverman LE, ed. Werner & Ingbar's The Thyroid, 10th edn. Philadelphia, PA; LippincottWilliams & Wilkins; 2013:434-440.
2. Scappaticcio L, Maiorino MI, Maio A, et al. Neutropenia in patients with hyperthyroidism: Sistematic review and meta-analysis. *Clinical Endocrinology* 2021;94:473-483.
3. Ross DS, Burch HB, Cooper DS, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for diagnosis and management of hyperthyroidism and other causes of thyrotoxicosis. *Thyroid*. 2016;26:1343-1421.
4. Watanabe N, Narimatsu H, Noh JY, et al. Antithyroid drug-induced hematopoietic damage: a retrospective cohort study of agranulo- cytosis and pancytopenia involving 50,385 patients with Graves' disease. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012;97(1):E49-E53.

## **3. DEINTENSIFY: PREVENCIÓN DE HIPOGLUCEMIAS EN PERSONAS MAYORES.**

**AUTORES:** Susana Ibañez Pardos, Saleta Sanchez Gonzalez.

Hospital Universitario Donostia

## **INTRODUCCIÓN**

En la Comunidad Autónoma de Euskadi, a fecha de diciembre de 2021, un total de 17.232 pacientes diabéticos mayores de 70 años tienen prescritos 3 o más fármacos antidiabéticos. De estos pacientes, el 25% presentan valores de HbA1c

<7% y un 11% tienen valores de HbA1c

<6,5%. Valores de HbA1c <6,5% se asocian a un aumento de morbimortalidad en mayores.

Este perfil de personas se podrían beneficiar de la desintensificación de tratamiento hipoglucemiante, evitando el sobretreatmento para disminuir el riesgo de hipoglucemias y sus consecuencias (caídas, hospitalización, deterioro cognitivo...).

## **OBJETIVO**

reducir el número de hipoglucemias en personas mayores y sus posibles consecuencias, ajustando el tratamiento de forma individualizada y consensuada con el paciente, familia y cuidadores. MATERIAL: se realiza revisión bibliográfica relacionada con el tema anteriormente mencionado.

## **CONCLUSIONES**

En personas mayores frágiles, pluripatológicas, con demencia, con esperanza de vida limitada o diabetes de larga duración, donde no hay evidencia que demuestre que un control glucémico estricto sea beneficioso, se pueden aceptar niveles de HbA1c <8-8,5% desintensificando su tratamiento para la diabetes.

## **4. HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A SONDA DE GASTROSTOMÍA**

**AUTORES:** Estrella Diego Perojo, Leire Isasa Rodriguez, Carmen Fernández López, María Inmaculada Ortiz Galindez, Jose Luis Mate García, Rebeca Sánchez Sánchez.

Hospital Universitario Cruces.

## **INTRODUCCIÓN**

La ulceración gástrica es una complicación poco frecuente que se produce tras la colocación de la sonda de gastrostomía (PEG). En algunos tipos de sonda con balón, el extremo distal sobresale e irrita la mucosa gástrica, dando lugar a úlceras gástricas.

## **MÉTODOLOGÍA**

Describimos los casos de tres pacientes que presentaron una hemorragia digestiva alta (HDA) secundaria a la colocación de este tipo de PEG.

## **RESULTADOS**

El primer caso se trata de una mujer de 71 años, que tras un evento cerebrovascular se decidió la colocación de una PEG tipo BARD en el 2008. Transcurridos 6 años, la paciente presentó una HDA mostrando la endoscopia una úlcera enfrente del balón de la gastrostomía. La anatomía patológica descartó malignidad. Transcurridos cuatro meses, la paciente presentó un nuevo episodio de HDA. La endoscopia mostró de nuevo una úlcera gástrica enfrente del balón de la gastrostomía.

El segundo caso se trata de un varón de 85 años diagnosticado de un carcinoma epidermoide de laringe que precisó de colocación de una PEG en 2013 tipo BARD. Tres años más tarde, el paciente presentó una HDA objetivándose en la endoscopia una úlcera enfrentada al balón de la gastrostomía. La AP descartó malignidad. El test de la ureasa fue positivo pero no se identificaron bacilos tipo H. Pylori. Cuatro meses más tarde el paciente presentó un episodio de melenas autolimitadas, sin realizarse nueva endoscopia.

El último caso trata de un chico de 39 años afecto de una epilepsia refractaria y colocación de PEG tipo BARD en el 2009. 7 años más tarde presentó una HDA, realizándose una endoscopia que mostró una úlcera secundaria a decúbito por balón de la gastrostomía de la que no se tomó biopsia.

## **CONCLUSIONES**

Las sondas de gastrostomía con balón con extremo distal que sobresale puede producir úlceras gástricas. En nuestro centro no se han vuelto a colocar este tipo de sondas.

## **5. GASTROSTOMÍAS PROFILÁCTICAS EN PACIENTES AFECTOS DE TUMORES DE CABEZA Y CUELLO**

**AUTORES:** Carmen Fernández López, Leire Isasa, Estrella Diego, Beatriz de León, Virginia Urquijo, Rebeca Sánchez.

Hospital Universitario Cruces

### **INTRODUCCIÓN**

Los pacientes con tumores de cabeza y cuello (CyC) que reciben quimio-radioterapia (QRT) presentan efectos secundarios que les impide mantener un adecuado estado nutricional por limitación de la ingesta.

El objetivo del estudio es analizar factores relacionados con el paciente y el tumor que nos guíen en la decisión de la realización de gastrostomías profilácticas (GP).

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Revisamos las GP realizadas en nuestro hospital a pacientes con tumores de CyC candidatos a recibir QRT en 2021. Analizamos localización de tumor, tamaño, tratamiento recibido, disfagia y pérdida de peso al diagnóstico, complicaciones post procedimiento, tiempo de uso y pauta de nutrición enteral (NE).

### **RESULTADOS**

En 2021 se realizaron GP a 22 pacientes con tumores de CyC candidatos a QRT (edad  $64 \pm 11$  años, el 81.8% hombres). Las localizaciones principales del tumor fueron: 40.9% orofaringe, 18.2% hipofaringe y 13.6% nasofaringe,. La mayoría de las GP fueron colocadas en tumores de tamaño T3 (36.4%) y T4 (18.2%). Un 54.5% recibieron QRT y el 45.5% restante solo RT. El 77.3% presentaban disfagia leve previa al tratamiento. La pérdida de peso al diagnóstico fue de 4.37 kg ( $\pm 5.8$ kg). Hubo complicaciones en 3 GP (en 2 la sonda se salió -una en <24 horas- y el tercero tuvo úlceras en la zona de las pexias). 21 de los 22 pacientes usaron la GP (exceptuando el paciente con la salida inmediata de la sonda), el 42.9% para NE exclusiva y el 54.5% como complementaria a dieta oral. Al 22.7% se le retiró la sonda tras 6 meses de media, el 45.4% continua con ella y el 31.8% falleció.

## **CONCLUSIONES**

En pacientes con tumores T3-T4 localizados en oro e hipofaringe y con disfagia previa las gastrostomías profilácticas son una opción adecuada de tratamiento sin incrementarse las complicaciones asociadas y mejorando la calidad de vida.

El tratamiento médico nutricional debe formar parte del abordaje multimodal del paciente con tumor de cabeza y cuello desde el diagnóstico de su enfermedad.

## **6. CETOACIDOSIS DIABETICA POR SGLT-2**

**AUTORES:** Nerea Egaña Zunzunegui, Cristina Elias, Inmaculada Venegas, Ane Amilibia, Amaia Mendia, Ismene Bilbao, Alfredo Yoldi.

Hospital Universitario Donostia

### **INTRODUCCION**

Los inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2 (SGLT2) son una familia de fármacos que reducen la reabsorción renal de glucosa e incrementan su eliminación urinaria, disminuyendo las concentraciones de glucosa. Han demostrado efectos beneficiosos sobre todo a nivel cardiovascular en pacientes con diabetes. En 2015, la FDA advirtió del riesgo de cetoacidosis diabética con el uso de estos fármacos.

### **METODOLOGIA**

Realizamos un estudio retrospectivo de los ingresos del año 2022 por cetoacidosis diabética (CD) en planta de endocrinología del Hospital Universitario Donostia. Se analizan 39 ingresos por CD en 34 pacientes, de los cuales 8 pacientes eran debut diabéticos (20.5%) y 6 casos (15.6%) secundarios a toma de SGLT2. Se comparan el grupo asociado a SGLT2 (Grupo 1) con el resto de los pacientes (Grupo 2).

Además, analizamos posibles factores predisponentes en el grupo de pacientes en tratamiento con SGLT-2.

## RESULTADOS

	GRUPO 1 (SGLT-2)	GRUPO 2
Edad Media	57.3 (42-76)	33.18 (14-73)
sexo	33.3% Varones/66.6% mujeres	35% Varones/65% Mujeres
Tipo DM	16%DM1/68%DM2/ 16%LADA	82%DM1/7%DM2/11%DM pancreatopriva
UCI	83%	60%
pH	6.94	7.14
Glucemia	566 (158-1198)	580.6 (226-786)
HbA1c	8.7% (8-9.2%)	10.9% (7.3-15%)
Infecciones	70%	27.2%
Omisión insulina	33.3%	51%

Los pacientes en tratamiento con glucosúricos presentaron cetoacidosis diabéticas más severas que requieren más ingresos en UCI, a pesar de tener mejor control metabólico. Hubo un caso de cetoacidosis euglicémica en el grupo de SGLT2. El desencadente principal de la cetoacidosis fue algún tipo de infección en el grupo de SGLT2 en comparación con el resto donde predominaba la omisión de la administración de insulina. En cuanto a los síntomas los vómitos y la disnea fueron los más frecuentes en ambos grupos.

Respecto al tipo de glucosúrico 3 pacientes tomaban Dapagliflozina, 2 Empagliflozina y 1 Canagliflozina. No hemos encontrado diferencias entre ellos. El 83% de los pacientes además del SGLT2 tenían tratamiento insulínico.

A los pacientes del grupo de SGLT2 se les midió el Peptido C basal durante el ingreso y salvo una paciente que presentaba una cifra normal el resto tenían cifras indetectables indicando escasa reserva pancreática.

## CONCLUSIONES

- Los SGLT2 son fármacos seguros que han demostrado beneficios cardiovasculares en diferentes estudios pero debemos tener en consideración el riesgo de cetoacidosis diabética.

- La medición de péptido C antes de iniciar el tratamiento glucosúrico puede ser una buena herramienta para predecir el riesgo de cetoacidosis y elegir el paciente candidato a estos fármacos.
- Es fundamental una correcta educación diabetológica para el manejo de la cetosis en el paciente que inicia tratamiento con SGLT2.

## **7. FACTORES PREDICTORES DE PEOR RESPUESTA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ADENOMAS HIPOFISARIOS SECRETORES DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GH)**

**Autores:** Elizabeth Salinas Ortiz<sup>1</sup>, María Muñoz Del Diego<sup>1</sup>, Elena González Estella<sup>1</sup>, Claudia Sánchez Arauco<sup>1</sup>, Gregorio Catalán Urribarrena<sup>2</sup>, Jone Iglesias Bermejillo<sup>2</sup>, Teresa Ruiz Juan<sup>1</sup>, Paula Zubillaga Blanco<sup>1</sup>, María Dolores Moure<sup>1</sup>, Javier Santamaría Sandi<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Cruces, Servicio de Endocrinología y Nutrición.

<sup>2</sup>Hospital Universitario Cruces, Servicio de Neurocirugía.

### **INTRODUCCIÓN**

En pacientes con acromegalia, ciertas condiciones clínicas como la edad al momento del diagnóstico o el sexo, así como la presencia de determinados marcadores bioquímicos, radiológicos e histopatológicos, se encuentran asociados a peor respuesta al tratamiento de la enfermedad.

### **OBJETIVO**

El objetivo de este estudio es valorar si los factores asociados a peor evolución de la acromegalia aparecen con mayor frecuencia en aquellos pacientes con persistencia de enfermedad tras intervención quirúrgica.

### **MÉTODOS**

Se ha realizado un estudio retrospectivo (2012-2022) de 76 pacientes diagnosticados de acromegalia. Los pacientes fueron clasificados en función de los valores de GH tras SOG a los 3 meses de la intervención. Se definió como Grupo 1 (curados) aquellos con valor de GH tras SOG <0.4ng/ml y Grupo 2 (no curados) aquellos que

mostraron GH > 0.4ng/ml. Se estudiaron características demográficas, bioquímicas, radiológicas e histopatológicas en ambos grupos. Para el análisis se utilizó el software SPSS Statistics.

## RESULTADOS

Se revisaron un total de 76 pacientes, de los cuales 72 fueron sometidos a intervención quirúrgica. Los 4 casos restantes requirieron tratamiento médico como primera línea por rechazo al tratamiento quirúrgico o por alto riesgo del mismo.

Tras intervención quirúrgica, 49 fueron clasificados como Grupo 1 y 21 como Grupo 2. Los resultados de las diferentes variables estudiadas en ambos grupos se detallan en la siguiente tabla:

	Grupo 1	Grupo 2	p
Características demográficas			
Edad media al diagnóstico	55	46	0.022
Sexo (mujer/ hombre)	28/21	13/8	0.0916
Características bioquímicas			
valor de IGF1 basal ng/ml	532	801	0.004
Valor de GH tras SOG ng/ml	4	21	0.001
Características radiológicas			
Macro/microadenomas (mm)	29/20	17/4	0.138
Diámetro tumoral máximo (mm)	12.5	17	0.009
Invasión de senos cavernosos	13	11	0.013
Hiperintensidad en secuencias potenciadas en T2	11	4	0.878
Contacto con quiasma	11	8	0.291
Características histopatológicas			
Positivad para GH	9	13	0.002
Positivad para GH y PRL	17	4	0.002
Valor Ki (>3%)	7	4	0.835

## CONCLUSIÓN

Una menor edad media al diagnóstico, la presencia de valores más elevados de IGF-1 así como un mayor diámetro tumoral al diagnóstico, son factores asociados a una menor tasa de curación de la acromegalia tras la intervención quirúrgica como primera línea de tratamiento en nuestra población.

## **8. SOSPECHA DE NEUMONITIS QUÍMICA EN UNA PACIENTE CON SÍNDROME DE VACTERL**

**AUTORES:** Claudia Sánchez, Estrella Diego, Elena González, Carmen Fernández, Leire Isasa, Rebeca Sánchez.

Hospital Universitario Cruces

### **INTRODUCCIÓN**

El síndrome de VACTERL es un conjunto de anomalías, cada una de ellas producida por causas distintas, que afecta a varias estructuras del organismo y se debe a un trastorno producido durante el desarrollo embrionario, esta entidad suele ser un defecto de nacimiento con una incidencia de aproximadamente 1.6 de cada 10.000 nacidos vivos. La atresia esofágica (AE) y la fístula traqueoesofágica (FTE) son anomalías frecuentes que acompañan este síndrome.

### **METODOLOGÍA**

Nuestro objetivo es revisar el caso clínico de una paciente adulta con diagnóstico de fístula traqueoesofágica asociada a síndrome de VACTERL que presenta clínica de broncoaspiraciones y disfagia cuyas pruebas complementarias no coinciden con estos hallazgos.

### **RESULTADOS**

Se trata de una paciente de 30 años con el antecedente de diagnóstico de síndrome de VACTERL intervenida al nacimiento de la atresia esofágica. La paciente presentaba infecciones respiratorias de repetición por una fístula traquesofágica por lo que precisó de nutrición enteral por SNG durante 5 años. Por dificultades en la técnica quirúrgica no podía ser intervenida ni se podía colocar una sonda de gastrostomía. El servicio de cirugía torácica procedió a un tratamiento experimental con células madres consiguiendo el cierre de la fístula. Tras ello se reinició dieta oral. Posteriormente, refiere episodios de vómitos y disnea tras la ingesta tanto de líquidos como de sólidos por lo que precisa acudir a Urgencias, solicitándose un TC torácico en el cual no se evidencia paso de contraste desde esófago a tráquea. Es remitida a otorrinolaringología por sospecha de disfagia orofaríngea para realizar una evaluación fibroscópica de la deglución (FEES) en

donde objetivan una deglución segura y eficaz. Sin embargo, la paciente continúa con los mismos síntomas presentando una evolución tórpida y requiriendo ingreso en planta de hospitalización de respiratorio. Nuestra sospecha diagnóstica es una neumonitis química por paso de contenido gástrico secundario a su atresia esofágica.

## **CONCLUSIONES**

Debemos sospechar una neumonitis química por contenido gástrico en pacientes con disminución del nivel de conciencia, patología esofágica y cirugías que conlleven un enlentecimiento del vaciado gástrico. Actualmente estamos estudiando las opciones terapéuticas para esta paciente.

## **9. TORMENTA TIROIDEA COMO DEBUT DE ENFERMEDAD DE GRAVES SOBRE BOCIO MULTINODULAR TRAS I131**

**AUTORES:** Ane Amilibia Achucarro, Cristina Elías Ortega, Inmaculada Venegas Nebreda, Amaia Mendía Madina, Andrea Gaztañazpi Vicente, Nerea Egaña Zunzunegui, Cristina García Delgado, Maite Aramburu Calafell, Alfredo Yoldi Arrieta.

Hospital Universitario Donostia

## **INTRODUCCIÓN**

La tormenta tiroidea o crisis tirotóxica es una afección poco frecuente, potencialmente mortal, caracterizada por manifestaciones clínicas graves de tirotoxicosis. Suele desarrollarse en pacientes con hipertiroidismo no tratado de larga evolución y puede ser desencadenado por un acontecimiento agudo como una carga aguda de yodo.

A pesar de conocer la etiología y los principales factores de riesgo, la fisiopatología de esta complicación no es del todo conocida, ya que el grado de exceso de hormona tiroidea no suele ser más profundo que el observado en pacientes con tirotoxicosis no complicada.

La enfermedad de Graves (EG), el bocio multinodular (BMN) o el adenoma tóxico (AT) son las causas más frecuentes de hipertiroidismo aunque su fisiopatología es bien distinta.

Existen casos en la literatura aunque la incidencia es baja, donde se han descritos conversiones autoinmunes tras administración de I-131. Se cree que la radiación con yodo puede provocar un daño a nivel tisular, liberando el antígeno receptor de TSH, pudiendo desencadenar una respuesta autoinmune que provoque la EG. Por otra parte, se plantea la hipótesis que, en algunos casos, la producción de títulos de anticuerpos pueda restringirse al tejido intratiroideo y que por lo tanto no sea detectable a nivel sanguíneo.

## **CASO CLÍNICO**

Se trata de una mujer de 78 años en seguimiento por Endocrinología por diabetes, obesidad y BMN.

Ingresa en Medicina Interna en contexto de vómitos y pérdida de peso de 8kg de 1,5 meses de evolución. Ella había asociado la clínica digestiva a la toma de dulaglutida, que había reducido y posteriormente suspendido sin mejoría sintomática. Sin embargo, coincidiendo con inicio de clínica, la paciente había recibido 20mCi de I-131 como tratamiento del BMN. La analítica hormonal previa a la administración de yodo era la siguiente: TSH 0,11, T3L 3,6, T4L 1,69, TSI 1,7 (0,0-1,8) y ac TPO negativos. Tanto la ecografía como la gammagrafía eran compatibles con BMN.

A su ingreso, presenta hipertensión mal controlada, taquicardia sinusal, febrícula sin foco y deterioro del estado general. Durante la hospitalización comienza con agitación y desorientación progresiva, hasta presentar a las 72h, deterioro del nivel de conciencia con Glasgow 7-8. Ante cuadro clínico compatible con hipertiroidismo no controlado se realiza analítica donde presenta TSH <0,01, T3L 24,5, T4L >7,77 y TSI 34,4. Debido al estado comatoso de la paciente ingresa en la unidad de cuidados intensivos para administración de antitiroideos por SNG, betabloqueantes y corticoides. Tras varios días de tratamiento, los niveles de hormona tiroidea descienden progresivamente y se consigue estabilización clínica y corrección progresiva de la tirotoxicosis.

## **CONCLUSIONES**

La conversión de EG sobre BMN tras administración de yodo es una patología poco común. El debut de EG de esta paciente supuso una

emergencia médica potencialmente mortal como puede ser una crisis tirotóxica.

Previo a la administración de I-131, la paciente presentaba hallazgos analíticos y morfológicos (tanto ecográficos como gammagráficos) compatibles con BMN. Es destacable que a pesar de tener TSIs “negativos” se encontraban en el límite alto de la normalidad.

Es conocida la conversión autoinmune tras administración de yodo radioactivo por el daño a nivel de las células foliculares. Aunque posiblemente, el desarrollo de la EG en este caso podría deberse a una exacerbación de un trastorno tiroideo inmune oculto y posiblemente preexistente que con las pruebas serológicas actuales no se pudo detectar.

## **10 ¿EXISTEN DIFERENCIAS EN EL SEXO ENTRE PACIENTES A LOS QUE SE SOLICITA UN TEST DE GH TRAS ESTÍMULO CON CLONIDINA DENTRO DEL ESTUDIO DE TALLA BAJA?**

**AUTORES:** Jon Izquierdo, Amaya Vela, María García, Alberto Ugedo, Gema Grau, Itxaso Rica.

Hospital Universitario Cruces

### **INTRODUCCIÓN**

Cuando en el estudio de talla baja y/o retraso de crecimiento se sospecha un déficit de Hormona de Crecimiento (GH) se realizan test de estímulos de GH. Aunque “la prueba de oro” es la Insulina, el estímulo más empleado en pediatría es la Clonidina. Hay artículos que concluyen que los niños son más frecuentemente diagnosticados y tratados de déficit de GH.

### **OBJETIVO**

Conocer la proporción de niños y las posibles diferencias antropométricas en pacientes que acudieron a nuestras consultas por talla baja, y a los que se realizó una prueba de estímulo con Clonidina durante tres años consecutivos.

## PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes que acudieron a las consultas de un Hospital terciario por talla baja y/o retraso de crecimiento y se les realizó test de estímulos con Clonidina desde 2015-2017. Se excluyeron aquellos pacientes con enfermedades crónicas, síndromes y pacientes diagnosticado y tratados previamente de una enfermedad oncológica. El test de estímulo con Clonidina se realizó en Hospital de Día, en ayunas, a primera hora de la mañana, tras reposo y se administró la dosis según el peso (Menos de 8 kg: 0.04 mg; 8-15 kg: 0.075 mg; 15-25 kg: 0.1 mg; > 25 kg: 0.150 mg). Tras la administración de la Clonidina se midieron los niveles de GH en los minutos 0, 60, 90 y 120. La determinación de GH se realizó usando el Ensayo inmunométrico quimioluminiscente con el analizador Inmulite 2000 (Siemens). Todos los datos antropométricos fueron obtenidos en nuestra consulta y para la conversión a desviaciones estándar se usaron las gráficas locales de crecimiento del estudio transversal Orbezo año 2010. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS V25.

## RESULTADOS

Se incluyeron 108 pacientes (39% niñas), con una media de edad de 10,7 años. El 65% de los pacientes estaban prepuberales. Se valoró la edad de la primera consulta, la edad al realizar el test, la talla-SDS, el IMC-SDS en el momento del test y la talla diana-SDS. Las características clínicas del momento en el que se realiza el test de estímulo se recogen en la tabla.

	Edad 1 <sup>o</sup> consulta (años)	Edad Test de Clonidina (años)	Talla (sds)	IMC (sds)	TD-Talla (sds)
todos	9.2±2.9	10.7±2.6	-2.4±0.61	--0.29±1.1	1.7±1.05
niños	9.4±3.1	11.22±2.7	-2.3±0.53	-0.41±1.13	1.4±1.05
niñas	8.7±2.7	9.8±2.4	-2,6±0.68	-0.12±1.08	2.1±0.93

Sólo 8 pacientes tenían obesidad o sobrepeso de los cuales 7 no respondieron al estímulo y más del 75% presentaban peso bajo. Salvo dos pacientes todos estaban por debajo de su talla diana.

A pesar de que hubo pico de respuesta en todos los tiempos, casi el 90 % se dio en los 60 y 90 minutos (52% en el 60´y 33% en el 90´)

Evolutivamente, el 30% fueron finalmente diagnosticados y tratados de déficit de GH (el 30% de las niñas y el 29% de los niños)

No hubo diferencias significativas en ninguna de las variables estudiadas en cuanto al sexo.

## **CONCLUSIONES**

1. En nuestra serie los niños no se benefician del diagnóstico y tratamiento de déficit de GH.
2. En esta muestra, la mayoría de los pacientes sometidos a la realización de un test de Clonidina presentan peso bajo, factor que puede influir en el mal ritmo de crecimiento.

## **11. APLICABILIDAD DEL CONSENSO DE DETECCIÓN Y MANEJO DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y OBESIDAD: RESULTADOS EN EL PAÍS VASCO**

**AUTORES:** Aida Villarroel, Natalia Zubeldia, Aitziber Izarra.

AstraZeneca

La elevada incidencia, morbilidad y mortalidad de la ERC la convierten en un problema de salud pública tanto a nivel mundial como nacional. Las dificultades que suponen la detección precoz y el manejo de pacientes con ERC contribuyen significativamente a este problema. Por ello, recientemente (2022) ha sido publicado un documento de consenso multisociedad –Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica– a nivel nacional sobre el manejo del paciente con ERC. Teniendo en cuenta que la DM2 y la obesidad son factores de riesgo para la ERC, el objetivo de este estudio es analizar el grado de aplicabilidad de las recomendaciones de dicho consenso en los pacientes con DM2 y obesidad en el País Vasco, comparar similitudes y diferencias entre esta CCAA y la media nacional, y descubrir en qué aspectos cabe mejorar.

## **METODOLOGÍA**

El estudio está basado en las percepciones y valoraciones obtenidas en la discusión sobre la aplicabilidad del consenso nacional por 198 endocrinos durante reuniones realizadas por el departamento médico de campo de AstraZeneca en 11 CCAA. Las valoraciones se codificaron numéricamente y los resultados del País Vasco se compararon con la media nacional, obtenida a partir de las medias de cada CCAA.

## **RESULTADOS**

Al igual que en el resto de España, las recomendaciones relativas al diagnóstico de pacientes con ERC no se siguen de forma generalizada en el País Vasco. Sin embargo, esta situación se ve agravada en esta CCAA, donde el 100% de los endocrinos –frente al 84% a nivel nacional– considera que la ERC está infradiagnosticada.

La aplicabilidad del consenso en cuanto al cribado de pacientes con ERC es baja; el 100% de los endocrinos en el País Vasco –frente al 80% a nivel nacional– considera que desde AP la albuminuria se analiza a menos del 50% de pacientes con DM2. De estos, un 33% considera que solo se analiza a un 10-25% de pacientes. Además, el 100% de los endocrinos en el País Vasco considera que desde AP la albuminuria se analiza a menos del 25% de los pacientes con obesidad. De estos, la mayoría (67%), considera que se analiza a menos de un 10%. Estos datos suponen una mejora respecto a la media nacional, donde el 76% de endocrinos considera que se analiza a menos de un 10% de pacientes con obesidad.

Por lo que respecta a la determinación de la albuminuria por parte de los endocrinos, el 100% en el País Vasco señala que solo la hacen a menos del 25% de pacientes con obesidad; de estos, un 50% solo la hace al 10-25% de pacientes, mientras que el otro 50% la practican a menos del 10% de pacientes. Estos resultados muestran un empeoramiento respecto a la media nacional, donde el 32% de endocrinos realizan la determinación de la albuminuria a más del 50% de los pacientes con obesidad.

En cuanto a los criterios de derivación a nefrología establecidos en el consenso, el 66% de los endocrinos en el País Vasco afirman ceñirse bastante a ellos, mientras que el 33% restante señala hacerlo poco.

Estos resultados difieren de la media nacional; en el conjunto de España, el 27% de los endocrinos señala seguir mucho los criterios de derivación y el 52% afirma hacerlo bastante, mientras que el 18% admite hacerlo poco y el 3% en absoluto.

Finalmente, el 100% de endocrinos en el País Vasco utiliza como tratamiento base Met-iSGLT2 combinado con arGLP-1 para pacientes con ERC y DM2, mientras que a nivel nacional solo el 67% de los profesionales utilizaría esta estrategia terapéutica.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto que las recomendaciones establecidas en el consenso multisociedad relativas al tratamiento de pacientes con ERC y diabetes u obesidad se siguen de forma generalizada en el País Vasco, mientras que no se siguen los criterios de diagnóstico, cribado y derivación. Esta información podría valer de guía a futuras intervenciones que tengan el objetivo de mejorar el diagnóstico y manejo de la ERC en pacientes con diabetes u obesidad.

## **12. NUEVAS MUTACIONES EN ZFP57 EN PACIENTES CON DIABETES NEONATAL TRANSITORIA POR PÉRDIDA DE METILACIÓN EN LA REGIÓN 6q24**

**AUTORES:** Rosa Martínez Salazar, Laura Saso Jiménez<sup>1</sup>, Inés Urrutia Etxebarria<sup>1</sup>, Itxaso Rica Echevarría<sup>1</sup>, Luis Castaño González<sup>1</sup>. Grupo español de diabetes neonatal; Aníbal Aguayo Calcena<sup>1</sup>, Maria Jose Martínez Aedo, Jose Maria Martos Tello, Belén Huidobro Fernández, Fernando Vargas Torcal, Francisca Moreno Macián.

Hospital Universitario Cruces

<sup>1</sup>Hospital Universitario Cruces, IIS Biocruces Bizkaia, UPV/EHU, CIBERDEM, CIBERER, Endo-ERN. Barakaldo, España.

## **INTRODUCCIÓN**

La diabetes neonatal transitoria relacionada con el locus 6q24 (TNDM-6q24) es un trastorno de impronta raro, caracterizado por la aparición de hiperglucemia durante los primeros 6 meses de vida. Una de las

causas moleculares de este trastorno es la pérdida materna de metilación en 6q24 y consecuente sobreexpresión de los genes *PLAGL1/HYMAI* paternos. Recientemente, se ha descrito que alrededor del 50% de estos casos presentan defectos de metilación en otras regiones del genoma, lo que se ha asociado a mutaciones recesivas en el gen *ZFP57*, necesario para el correcto mantenimiento de la metilación durante el desarrollo embrionario.

## **OBJETIVO**

Búsqueda de mutaciones en *ZFP57* y alteraciones de la impronta en pacientes diagnosticados con TNDM-6q24.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se han incluido 6 casos con TNDM y pérdida de metilación en 6q24, diagnosticados mediante digestión del ADN genómico con enzimas sensibles a metilación y posterior PCR de la zona promotora de *PLAG1*. Se ha estudiado el gen *ZFP57* mediante un panel de genes de NGS. Las variantes encontradas fueron clasificadas según la ACMG y estudiadas en los familiares disponibles. Finalmente, se ha estudiado la pérdida de metilación en otras regiones mediante MS-MLPA (SALSA Probemix ME034).

## **RESULTADOS**

Se han identificado variantes en *ZFP57* en 2 de los 6 casos estudiados (2/6, 33.3%). El primer paciente, diagnosticado a los 7 días de vida, presentó una nueva variante probablemente patogénica en homocigosis en el exón 4 (p.Glu123AspfsTer9). Ambos padres (consanguíneos) presentaban la variante en heterocigosis. El segundo paciente con debut en el segundo día de vida presentó dos variantes en heterocigosis compuesta en el exón 4: una variante *de novo* patogénica previamente asociada a 6q24-TNDM (p.Arg248His) y una variante probablemente patogénica (p.Arg257Trp) no descrita anteriormente, heredada de la madre en heterocigosis. Todos los pacientes presentaban pérdida total de metilación en *PLAG1* y algunos de ellos pérdida parcial de metilación en otras regiones como *GRB10*, *PEG3* y *GNAS*.

## **CONCLUSIONES**

Sería necesario incluir en el diagnóstico genético de TNDM el estudio del gen *ZFP57* y la pérdida de metilación de regiones del genoma reguladas por impronta genética.

### **13. EVOLUCION TRATAMIENTOS CON HORMONA DE CRECIMIENTO EN OSAKIDETZA**

**AUTORES:** M Concepcion Fernandez Ramos, Gema Grau Bolado (HU Cruces), Aitor Icobalceta Narbaiza (Hu Galdakao), Maria Picallo Perez (HU Galdakao), Elena Lopez Vallejo (HU Cruces).

Hospital Universitario Basurto

#### **INTRODUCCIÓN**

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) se tiene registro del uso de la hormona de crecimiento (GH) financiada por Osakidetza desde la creación del Comité Asesor de GH y sustancias relacionadas en diciembre de 1989. El comité Asesor tiene la misión de evaluar las solicitudes de tratamiento con GH atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión establecidos por indicación y estableciendo, de ser necesario, comunicación con el médico prescriptor para establecer la idoneidad del tratamiento en cada caso. Anualmente se realiza una memoria de actividades que se encuentra disponible en la página web de Osakidetza

<https://www.osakidetza.eus/sites/Intranet/es/salud-atencion/poblacion-especifica/Paginas/com-hormona-crecimiento.aspx>

Tras la indicación inicial para pacientes con Déficit de GH aislado (DGH) o en el contexto de una deficiencia hormonal múltiple (DHM) se han incorporado otras indicaciones según la evidencia científica actualizada: Disfunción Neurosecretora (1995-2010), Insuficiencia Renal Crónica (IRC) desde 1995, Síndrome de Turner desde 1996, Déficit de GH en el adulto (DGHA) desde 1998, Síndrome de Prader-Willi (SPW) desde 2000, Pequeño para la edad gestacional (PEG) desde 2004, Haploinsuficiencia del gen SHOX desde 2008, GH Biológicamente inactiva (GHBI) desde 2010 y Síndrome de Noonan desde 2021.

## **OBJETIVOS**

1. Describir la evolución en el número global y por indicación de los tratamientos valorados en el Comité Asesor de Osakidetza desde 1998
2. Describir la actividad por territorio de la CAPV en los últimos 6 años

## **METODOLOGÍA**

Estudio cohorte retrospectivo de la base de datos existente en el Comité Asesor de GH de Osakidetza. El protocolo de cada paciente se contabiliza como único aunque pudiera existir del mismo varias solicitudes hasta su aprobación o denegación definitiva. Para el cálculo de prevalencias se ha utilizado como fuente EUSTAT.

## **RESULTADOS**

A fecha de enero de 2023 el número total de protocolos recibidos ha sido de 2881, el 13,2% fueron denegados definitivos (poca variabilidad interanual). En la actualidad 753 pacientes están en tratamiento con GH: 12% DGHA, 42% DGH, 27% PEG, 11% GHBI, 5 % SHOX, 3,5% DHM, 2,7% SPW, 3,5% Turner, 3,5% IRC, 1% Noonan. El número de inicios en indicaciones como DGHA, Turner, SPW, IRC, SHOX o Noonan es relativamente estable y representan entre el 17-25 % del total anual (Fig 1). La tendencia de la prevalencia de pacientes en tratamiento difiere en las 3 provincias (Fig 2). En los últimos 6 años representamos la distribución de tratamientos nuevos por territorio e indicación (Fig.3). En este mismo periodo el total de denegaciones fueron 195, considerando las dos principales indicaciones el porcentaje de cada uno de ellos difiere según territorio: Araba 21% en DGH y 54% en GHBI, Bizkaia 36% en DGH y 30% en GHBI y Gipuzkoa 62% en DGH y 23% en GHBI.

Figura 1. Corte transversal anual. Número de tratamientos activos por indicación (1998-2022)

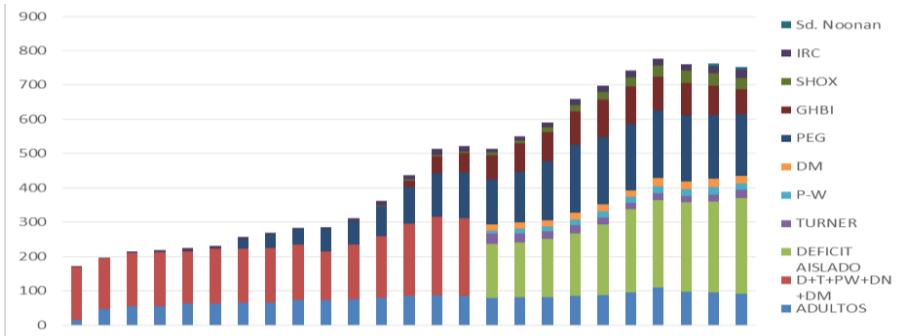


Figura 2. Prevalencia por territorio. Tratamientos GH/100.000 habitantes.

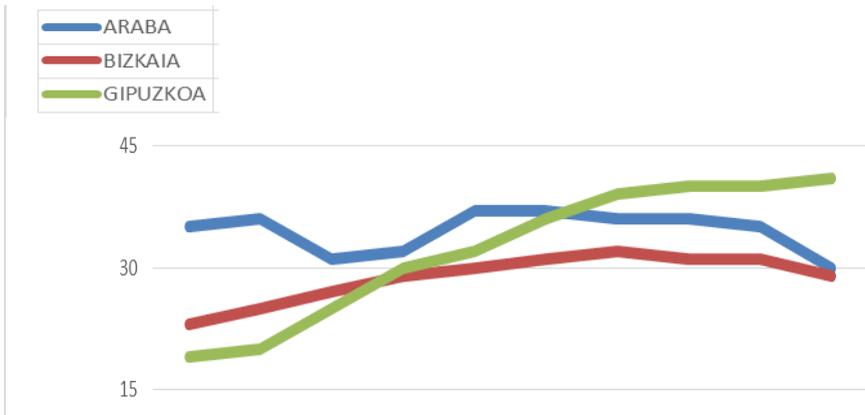
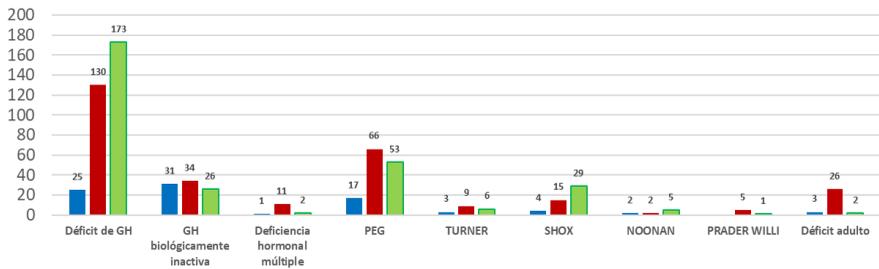


Figura 3. Número de inicios de tratamiento por indicación y territorio (2017-2022)



## COMENTARIOS

1. Tras la inclusión de la indicación de tratamiento para PEG el incremento anual en el global de tratamientos ha sido estable llegando a un *plateau* en los últimos 5 años. Las nuevas indicaciones no suponen un incremento significativo en el número total de tratamientos.
2. Se objetiva una diferencia por territorios tanto en el número de nuevos tratamientos como en el porcentaje de denegados y en la indicación de la solicitud.

## 14. DISHORMONOGÉNESIS TIROIDEA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

**AUTORES:** Elena González Estella, Marta Bermejo Bretos, Claudia Lucia Sanchez Arauco, Elizabeth Salinas Ortiz, María Muñoz del Diego, Amaia Rodriguez Estevez, Francisco Javier Santamaría Sandi.

Hospital Universitario Cruces

### INTRODUCCIÓN

La dishormonogénesis tiroidea es una causa de hipotiroidismo primario congénito (HC) que suele diagnosticarse tras cribado neonatal. El caso presentado a continuación expone el diagnóstico tardío de una dishormonogénesis tiroidea a raíz de un estudio por estancamiento ponderal.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una niña con edad cronológica de 7 años y 5 meses, natural de Paraguay, remitida a consulta de endocrinología pediátrica para valoración de talla baja e hipotiroidismo severo. Desde septiembre de 2022 reside en País Vasco y consulta a su pediatra por estancamiento ponderal. No aporta historial médico, pero refieren que nació a las 38 semanas de gestación con un peso al nacimiento de 2.200g y se desconoce cribado neonatal. Inició la deambulación a los 18 meses de edad y presentó un desarrollo del lenguaje tardío. Se realiza una analítica en la cual se objetiva TSH 993,54 mU/L, T4L 0,23 ng/dl y ATPO 158 UI/mL.

En primera valoración de endocrinología se amplía historia clínica y se evidencia en la exploración física facies hipotiroidea, leve macroglosia y lanugo en todo el cuerpo. Los datos antropométricos son: peso 14.2 kg ( $p < 3$ ) (-2,45 DE), talla de 94,7 cm ( $p < 3$ ) (-5,24 DE) e IMC de 15.8 kg/m<sup>2</sup> (-0,48 DE).

En analítica previa a iniciar tratamiento destaca TSH 1275,7 mU/L, T4L 0,25 ng/dL, T3L 1,1 pg/mL, tiroglobulina: < 0,10 ng/mL, Ac antitiroglobulina 85 UI/mL, IGF-1 44 ng/mL, IGFBP3 3,2 ug/mL. Se realizó una radiografía ósea de mano izquierda objetivándose una edad ósea de 2,5 años, ecografía tiroidea donde se describe parénquima tiroideo y una gammagrafía tiroidea tras la inyección vía IV de 0.6 mCi de 99mTc en la cual no se observa captación significativa del radiotrazador en cuello ni en territorio sublingual que sugiera glándula tiroidea. Ante resultados se inicia tratamiento con L-tiroxina a dosis de 25 mcg al día y tras 2 semanas de tratamiento presenta TSH 250 mU/L, T4L 0,69 ng/dL, T3L 3,6 pg/mL.

En el momento actual, la paciente se encuentra con dosis de L-tiroxina de 37,5 mcg al día y en la última analítica realizada tras un mes de tratamiento se objetiva TSH 30,88 mU/L con T4L 0,91 ng/dL. La paciente está pendiente de estudio de dishormonogénesis y de repetir tiroglobulina; y de evaluación por especialista en psicología clínica infantil para valoración de discapacidad intelectual.

## **DISCUSIÓN DEL CASO Y CONCLUSIONES**

El HC comprende un grupo heterogéneo de alteraciones en el desarrollo de la glándula tiroidea (disgenesia o agenesia) o en la biosíntesis de las hormonas tiroideas (dishormonogénesis) que producen hipofunción tiroidea. En España la prevalencia de HC es aproximadamente 1:2000 recién nacidos.

Desde la implantación de los programas de cribado neonatal han desaparecido de la práctica habitual casos clínicos de esta patología, por lo que el presente caso constituye un ejemplo de patologías que creíamos pretéritas y refuerza la importancia de implementar los programas de cribado neonatal.

## **15. HIPERANDROGENISMO GESTACIONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO**

**AUTORES:** Inmaculada Venegas Nebreda, Cristina Elías Ortega, Ane Amilibia Achucarro, Amaia Mendía Madina, Maite Aramburu Calafell, Nerea Egaña Zunzunegui, Alfredo Yoldi Arrieta\*.

Hospital Universitario Donostia

### **INTRODUCCIÓN**

El hiperandrogenismo gestacional es una entidad rara en nuestro medio. Se trata de una condición médica caracterizada por cambios físicos debido al exceso androgénico

Puede ser causa ovárica, adrenal, mixta o por disminución de los niveles de SHBG.

En un embarazo normal, se asocia con altos niveles de testosterona total. Lo más importante es evaluar el riesgo de virilización del feto femenino, cuyo desarrollo genital externo se da entre las semanas 7 y 12.

Ante un estado de hiperandrogenismo gestacional, lo principal es determinar la causa y la semana de aparición. Existen causas maternas (como lo es nuestro caso), y causas fetales. Hay que realizar diagnóstico diferencial, ya que a pesar de que las dos entidades más frecuentes sean el luteoma y quistes de la teca luteínicos, entran dentro del diagnóstico síndrome de Cushing, adenoma y carcinoma suprarrenal, que tienen mayor relevancia y comorbilidad.

A continuación, vamos a presentar el caso de una mujer con hiperandrogenismo gestacional.

### **CASO CLÍNICO**

Mujer de 32 años gestante de 27 semanas que acude a consultas de Endocrinología por hiperandrogenismo clínico y analítico a finales de septiembre de 2022. Como antecedentes, padece DM gestacional que se controla con dieta, G2P1A0 y útero miomatoso.

Desde la semana 20, se le evidencia clitoromegalia y voz algo más grave. A la exploración física en consulta, presenta leve hirsutismo,

acné en cara y espalda y pelo quebradizo con caída. En la analítica de mayo de 2020, presenta unos valores de testosterona de 11,8, testosterona libre de 59 y SHBG 213.

Ya en nuestra consulta, se le vuelve a pedir de nuevo otra analítica y una RMN pélvica previo haber hablado con Ginecología. En la analítica presenta testosterona 38.7, testosterona libre 174.26, SHBG 319, DHEA 1,97, 17 hidroxiprogestero 23,1 y androstendiona de 28,6. Analíticamente, se identifica un perfil hiperandrogénico de origen ovárico. Además de una PTH elevada con elevación de calcio.

En la RMN pélvica, describen una imagen focal en anejo derecho de 5 x 5,8 x 2,6.

Se decide, por el riesgo de virilización del feto, inducción del parto programada en la semana 35 previo maduración.

Parto el 23 de diciembre con maduración normal de genitales en la recién nacida. A finales de diciembre de 2022, una semana postparto, se evidencia normalización de hormonas androgénicas y una imagen sólida aneja en ecografía de 2 cm.

## CONCLUSIONES

En nuestro caso, la impresión diagnóstica es de **luteoma**. El luteoma es una masa ovárica hiperplásica compuesta de células luteínicas grandes de entre 6-10 cm que se asemejan a los cuerpos lúteos.

Se presenta principalmente en la segunda mitad del embarazo, y normalmente son asintomáticos. Las personas con luteomas tienen concentraciones séricas más altas de testosterona, DHEA y androstendiona, que disminuyen rápidamente a las 3 semanas postparto.

No siempre se asocian a virilización fetal, la cual está presente en aproximadamente el 30%.













## BABESLEAK / PATROCINADORES



## LAGUNTZAILEAK / COLABORADORES





 **PERSAN**  
Farma

NUTRICIÓN · CIENCIA · PERSONAS