

XIII
CONGRESO
SOCIEDAD
ARAGONESA DE
ENDOCRINOLOGÍA
Y NUTRICIÓN
2020
19-20-21 FEBRERO



www.saden.org



SADEN30
AÑOS CON
ARAGÓN

sociedad aragonesa
endocrinología y nutrición



JUNTA DIRECTIVA:

Presidente:

Vicente Blay Cortés

Vicepresidente:

Francisco Losfablos Callau

Secretaria:

M^a José Pamplona Civera

Tesorera:

Amaya Barragán Angulo

Vocal:

Luis Irigoyen Cucalón

Estimados compañeros y amigos:

Me alegra mucho dirigirme de nuevo a vosotros para anunciar la celebración de nuestro XIII Congreso de la SADEN que tendrá lugar en Zaragoza los días 19, 20 y 21 de febrero de 2020. Dicho congreso tiene lugar cuando SADEN ha cumplido 30 años.

Como es habitual, en este programa hemos querido incluir, temas de actualidad e interés en nuestra especialidad, incluyendo algunos que no se tratan de forma habitual. Para ello contaremos con moderadores y ponentes de reconocido prestigio y dedicados a esas cuestiones, de forma que estamos esperanzados en que el Congreso resulte atractivo y sirva para compartir conocimientos y experiencias. Se han planteado mesas redondas sobre controversias en Endocrinología y Nutrición, tiroides, nutrición, diabetes y un taller para enfermería de Endocrinología y Nutrición. En la página Web de la Sociedad podéis consultar el programa preliminar.

Os animamos a presentar vuestras aportaciones científicas al Congreso en forma de comunicaciones que podrán enviarse hasta el 21 de enero con los requisitos que se indican en la página Web. Durante el Congreso tendrán lugar las Asambleas Generales Ordinaria y Extraordinaria dónde procederemos a la renovación de cargos según consta en los Estatutos de la Sociedad. En esta ocasión procederemos a la renovación de los cargos de Presidente y Tesorero.

De nuevo, tenemos la satisfacción de informar que el congreso ha sido acreditado por la comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias de Aragón.

Además del encuentro científico, esperamos que el evento sea una nueva oportunidad para estrechar y enriquecer nuestras relaciones personales y de amistad y tendremos la ocasión de compartir estos momentos con buenos compañeros que ejercen en otros lugares. Desde la Junta Directiva, os animamos a vuestra presencia y nos ponemos a vuestra disposición. Un cordial saludo.

Vicente Blay Cortés

Presidente de la Sociedad Aragonesa de Endocrinología y Nutrición

Hotel Alfonso I. Calle Coso 15-17-19. Zaragoza

MIÉRCOLES, 19 DE FEBRERO

- 16.00-16.15. RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN.**
- 16.00-16.15. ACTO DE ENTREGA DE LOS ECÓGRAFOS SUBVENCIONADOS POR LA SEEN Y SADEN A LOS SERVICIOS DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN.**
- 16.15-16.30. INAUGURACIÓN DEL CONGRESO.**
- 16.30-17.30. TALLER DE ENFERMERÍA.**
(Moderadora: Dña Ángela García Laborda. Hospital Royo Villanova. Zaragoza).
- 16.30-17.00.** Toma de decisiones a partir de los datos de los sensores continuos de glucosa.
Dña M^a Luisa Amaya. Unidad de Referencia de Diabetes.
Hospital Punta de Europa. Algeciras, Cádiz.
- 17.00-17.30.** Diabetes y ejercicio.
D. Albert Olivella del Olmo. Institut Diabetis Activa. Barcelona.
- 17.30-17.45.** Preguntas.
- 17.45-19.15. SIMPOSIUM SATÉLITE** (Hotel Alfonso I, Sala Triunfo de Baco)
OBESIDAD: ASPECTOS CLAVES Y ESTRATEGIAS DE MANEJO.
Patrocinado por Novo Nordisk Pharma - Obesity.
- 19.45-21.15. SIMPOSIUM SATÉLITE** (Antiguo Casino Mercantil, C/ Coso, 17)
DIABETES: EXPERIENCIA Y NOVEDAD.
Patrocinado por Novo Nordisk Pharma.

JUEVES, 20 DE FEBRERO

- 15.30-16.30. COMUNICACIONES ORALES.**
(Moderadora: Dra. Laura Borau. Hospital Royo Villanova. Zaragoza)
- 16.30-18.30. MESA CONTROVERSIAS EN ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN**
(Moderadora: Dra. Guayente Verdes. Hospital Comarcal de Alcañiz - Teruel)
- 16:30-17:00.** PRO/CON: El déficit de GH en el adulto.
Dr. José Antonio Chena. Endocrinología y Nutrición. Hospital San Jorge. Huesca.
Dr. Pablo Trincado. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- 17:00-17:30.** Triglicéridos y riesgo cardiovascular.
Dr. Ángel Brea. Unidad de Lípidos. Medicina Interna. Hospital San Pedro. Logroño (La Rioja).
- 17:30-18:00.** Manejo del adolescente con incongruencia de identidad de género.
Dr. Gilberto Pérez. Unidad de Identidad de Género. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.
- 18:00-18:30.** Preguntas.
- 18.30-19.00. Café.**
- 19.00-21.00. MESA TIROIDES.**
(Moderadora: Dra. Orosia Bandrés. Hospital Royo Villanova. Zaragoza).
- 19:00-19:30.** Actualización en el manejo del cáncer diferenciado de tiroides.
Dra. Esperanza Aguillo. Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- 19:30-20:00.** Clasificación ecográfica TI-RADS en nódulo tiroideo.
Dra. Noelia Padrón. Radiología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
- 20:00-20:30.** Disfunción tiroidea asociada a inmunoterapia.
Dra. Beatriz Lardiés. Endocrinología y Nutrición. Hospital Obispo Polanco. Teruel.
- 20:30-21:00.** Preguntas.

Hotel Alfonso I. Calle Coso 15-17-19. Zaragoza



VIERNES, 21 DE FEBRERO

- 09.00-11.00. MESA NUTRICIÓN.**
(Moderadora: Dra. Julia Ocón. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza).
- 09:00-09:30.** Utilidad de parámetros bioquímicos en el diagnóstico nutricional.
Dra. Cristina Cuerda. Endocrinología y Nutrición. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.
- 09:30-10:00.** Coste/efectividad de la suplementación nutricional.
Dra. Julia Álvarez. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Madrid).
- 10:00-10:30.** Cirugía bariátrica y gestación.
Dra. Diana Boj. Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- 10:30-11:00.** Preguntas.
- 11.00-11.30. Café.**
- 11.30-12.30. CONFERENCIA: Humanización de la asistencia sanitaria en general.**
Dr. Julio Zarco. Presidente Fundación Humans. Madrid.
- 12.30-14.00. COMUNICACIONES ORALES.**
(Moderadora: Dra. Isabel Azcona. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza)
- Premio a la Mejor Comunicación.



VIERNES, 21 DE FEBRERO

- 16.00-17.00. ASAMBLEA ORDINARIA Y EXTRAORDINARIA.**
- 17.00-19.00. MESA DIABETES.**
(Moderadora: Dra. Concepción Vidal. Hospital Royo Villanova. Zaragoza).
- 17:00-17:30.** Páncreas “pirata”.
Dra. María Antequera. Graduada en Medicina, paciente experto.
Granada.
- 17:30-18:00.** Enfermedad hepática grasa no alcohólica y riesgo cardiovascular.
Dr. Javier Escalada. Departamento de Endocrinología.
Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.
- 18:00-18:30.** Prevención en diabetes tipo II.
Dr. Javier Acha. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario
Miguel Servet. Zaragoza.
- 18:30-19:00.** Preguntas.
- 19.00-19:30. MONÓLOGOS CIENTÍFICOS DE RISArchers-UNIZAR.**
- 21.00. CENA DE CLAUSURA.**

ACTIVIDADES SATÉLITE

MIÉRCOLES, 19 DE FEBRERO

17.45-19.15. SIMPOSIUM SATÉLITE (Hotel Alfonso I, Sala Triunfo de Baco).
Patrocinado por Novo Nordisk Pharma - Obesity.

OBESIDAD: ASPECTOS CLAVES Y ESTRATEGIAS DE MANEJO.

- **Percepciones, actitudes y barreras, en el manejo de la obesidad en España: Estudio Action IO.**

Vicente Blay. Zaragoza.

- **Manejo transdisciplinar del paciente obeso: motivar para el cambio.**

Violeta Moizé. Barcelona.

- **Obesidad: de la fisiopatología a la terapéutica actual.**

Fernando Calvo. Zaragoza.

19.45-21.15. SIMPOSIUM SATÉLITE (Antiguo Casino Mercantil, C/ Coso, 17)
Patrocinado por Novo Nordisk Pharma.

DIABETES: EXPERIENCIA Y NOVEDAD.

Moderador: Javier Salvador (Pamplona, Navarra).

- **En 2020, ¿algo nuevo en insulinas?.**

Marta Monreal. Zaragoza.

- **Ozempic: de la teoría a la práctica.**

Orosia Bandrés y José Antonio Gimeno. Zaragoza.

COMUNICACIONES LIBRES

¿SON FRECUENTES LAS LIPODISTROFIAS EN EL PACIENTE DIABÉTICO EN TRATAMIENTO CON INSULINA?

Perfecta Sanz Foix, Ana Belén Mañas Martínez, Leticia Pérez Fernández.
Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Ernest Lluch Calatayud.

OBJETIVO

Evaluar la técnica de inyección en pacientes con diabetes, determinando la frecuencia de lipodistrofia y su relación con el control metabólico medido por HbA1c.

METODOLOGÍA

Se incluyeron de forma consecutiva 27 pacientes con DM1 y DM2 que acudieron a la consulta de Endocrinología de un hospital comarcal y que estaban en tratamiento con insulina. Se recogieron variables clínicas y otras respecto a la técnica de inyección de insulina. Se exploraron las zonas de inyección de insulina en la consulta por parte del médico y/o enfermera educadora y se revisó la técnica de inyección.

RESULTADOS

Se incluyeron 27 pacientes con edad media de 63,5 (DE 16,48) años. El 35,7% eran DM tipo 1. La duración media de la DM era de 21,71 (DE 12,98) años. El 71% de los pacientes estaban en tratamiento con insulino terapia bolo-basal, el 22%, con mezclas. El 85,7% de los pacientes presentaron lipodistrofias. La presencia de lipodistrofias no se asoció a un peor control metabólico (HbA1c = 8,23% frente a 9%, $p = 0,52$). Los pacientes con lipodistrofias realizaban prácticas inadecuadas en mayor frecuencia respecto a los pacientes sin lipodistrofias: no cambio de aguja (100% vs. 75%; $p=0,013$), no rotación de zonas de inyección (95,5% vs. 40%; $p= 0,013$). Entre los motivos para no realizar rotación de zonas en pacientes con lipodistrofias se encontraban: “es cómodo” =64,3%; “nunca me lo han explicado”= 32,1%; “probé un sitio y me fue mal”= 7,1%.

CONCLUSIÓN

Es imprescindible realizar educación diabetológica de forma regular en pacientes en tratamiento con insulina.



PODER PREDICTIVO DE DOS TEST DE SCREENING NUTRICIONAL EN LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES TRAS CIRUGÍA POR CÁNCER GINECOLÓGICO

Ana Belén Mañas Martínez, M^a Mar Mañas Martínez, Leticia Pérez Fernández, Perfecta Sanz Foix.

Unidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Ernest Lluch Calatayud.

OBJETIVO

Evaluar la prevalencia de riesgo de desnutrición en pacientes con cáncer oncológico mediante el NRS-2002 y MUST e identificar los factores predictores de complicaciones posoperatorias.

METODOLOGÍA

Estudio observacional de cohortes prospectivo de pacientes ingresadas en el servicio de ginecología pendientes de ser intervenidas por primera vez de cáncer ginecológico. En las primeras 48 horas del ingreso se realizó un cribado nutricional con el test NRS-2002 y MUST. Se recogieron datos clínicos y aparición de complicaciones.

RESULTADOS

Se analizaron a 53 pacientes mujeres con cáncer ginecológico, con edad media de 68,98 (DE 7,12) años e IMC medio 27,65 (DE 4,8) kg/m². La estancia media hospitalaria fue de 4,51 (DE 4,72) días. Se objetivaron complicaciones durante el postoperatorio en 10 pacientes (18,9%). La prevalencia de pacientes en riesgo de desnutrición detectada por el cuestionario NRS-2002 fue del 17% frente al 3,9% según el test MUST. La incidencia acumulada de complicaciones durante el posoperatorio fue significativamente superior en los pacientes desnutridos por NRS-2002 (40% vs. 11,6%; $p=0,053$) pero no por el MUST (10% vs. 2,3%; $p=0,35$). Mediante regresión logística, los predictores univariantes de complicaciones fue la presencia de desnutrición por NRS 2002 ($p = 0,043$). En análisis multivariante el poder predictivo del test NRS -2002 quedó en el límite de la significación estadística tras ajuste para edad, presencia de cáncer de ovario (OR = 5,93; IC 95% 0,85-41,37; $p = 0,073$).

CONCLUSIÓN

El NRS-2002 es más válido que el MUST para predecir la aparición de complicaciones en esta población.

LOS TRIGLICÉRIDOS COMO PREDICTOR DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON CORTICOTERAPIA INTRAVENOSA EN LA ORBITOPATÍA TIROIDEA

Sergio Román Gimeno, Esperanza Aguillo Gutiérrez, Borja Sanz Martín, Carlos Miguel Peteiro Miranda, José Jorge Ortez Toro, Ana Agudo Tabuenca.
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La orbitopatía tiroidea (OT) es la manifestación extratiroidea de la enfermedad de Graves más común. Se trata con bolos de corticoide intravenosos y existen factores predictores que pueden indicar la capacidad de respuesta al tratamiento.

METODOLOGÍA

Estudio observacional retrospectivo de 55 pacientes con OT atendidos en el Hospital Clínico de Zaragoza. 53 de ellos recibieron tratamiento con bolos intravenosos de metilprednisolona. De cada uno se recogieron el CAS (Clinical Activity Score) y valores analíticos (perfil tiroideo, perfil lipídico, glucosa, etc) antes de iniciar el tratamiento, a la mitad y al finalizarlo.

OBJETIVOS:

Cuantificar la relación entre la respuesta favorable a los bolos de corticoide intravenosos (medida como mejoría del CAS) y los parámetros analíticos mencionados.

RESULTADOS

Se aprecia un mayor riesgo de tener mala respuesta al tratamiento con metilprednisolona en aquellos pacientes con triglicéridos elevados (OR 1,85 [IC95%=1,05-3,28]), fumadores (OR 5,05 [IC 95%=1,94-27,19]), con TBII altos (OR 5,17 [IC 95%=1,11-24,04]) y con un índice Triglicéridos por glucosa mayor (OR=1,32, si bien éste último no llegó a alcanzar la significación estadística), así como una media de TBII (17,4 vs 8,9 U/L, p=0,028) y de triglicéridos (127 vs 81 mg/dL, p=0,034) más elevada en los pacientes no respondedores.

CONCLUSIÓN

Aunque hasta la fecha se han utilizado el tabaquismo y los TBII como principales predictores de la respuesta al tratamiento de la OT, nuevos factores resultan prometedores con este fin, como el colesterol y los triglicéridos, pudiendo emplearse para conocer de antemano qué pacientes van a responder mejor al tratamiento.



CONTROL POSPARTO EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL

**M^a Orosia Bandrés Nivelá¹, Ines Alberó Marcen², Angela García Laborda¹,
Concepción Vidal Peracho¹, Paola Gracia Gimeno¹, Jose Antonio Gimeno Orna³.**

¹Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Royo Villanova, Zaragoza. ²Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria Sector Zaragoza I, ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa", Zaragoza.

OBJETIVO

Analizar los resultados de la sobrecarga oral de glucosa (SOG) en el posparto de mujeres con diabetes gestacional (DG).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de una muestra inicial de 222 mujeres con (DG) previa. En 210 se les realizó a las 4-12 semanas del parto una de SOG (75gr) y determinación de HbA1c. Se analizaron los resultados según los criterios de la ADA 2020. El valor predictivo independiente de las variables se determinó mediante regresión logística multivariante.

RESULTADOS

El 94,5 % acudió al control posparto. La edad media 34,8 (DE 4) años e IMC 28,1 (DE 4,6) Kg/m². El incremento de peso fue de 7,7 (DE 4,9) Kg. Se insulinizó al 54,2%. La SOG postparto fue normal en 129(60,3%), prediabetes en 81(37,9%), siendo un 16,82% glucemia en ayunas alterada (GAA); 15,42% tolerancia anormal a la glucosa (TAG), un 5,61% presentaron GAA+TAG y diabetes en 4 (1,9%). Teniendo en cuenta la HbA1c fue normal 82,7%, prediabetes 17,3% y no hubo ningún caso de diabetes. Las pacientes con SOG anormal tenían mayor glucemia basal (93,7 vs 89,6 mg/dl; p=0,006), mayor presión arterial sistólica (113 vs 109 mmHg; p=0,02), mayor IMC (28,6 Kg/m² vs 27,7 Kg/m² ; p=0,027), mayor incremento de peso (9,2 vs 6,7 Kg; p=0,032) y mayor porcentaje de insulización (67,1 vs 45,7%; p=0,002). El mejor modelo predictivo (R²=0,142) de SOG patológica estuvo compuesto por la necesidad de insulización (OR=2,49; IC 95% 0,9-7) y el aumento de peso (OR1Kg=1,12; IC 95% 1-1,27) en la gestación.

CONCLUSIÓN

Dada la prevalencia de SOG patológica posparto, en nuestra muestra del 40%, es necesario implementar estrategias que favorezcan este seguimiento.

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERGLUCEMIA EN EL HOSPITAL; DESDE URGENCIAS A LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Borau Maorad Laura¹, Crestelo Vieitez Anxela², Bandrés Nivelá M^a Orosia¹, Orga Sanz Asunción¹, Pamplona Civera M^a Jose¹, Gangutia Hernandez Silvia³.

¹Sección de Endocrinología y Nutrición Hospital Royo Villanova, Zaragoza. ²Servicio de Medicina Interna Hospital Royo Villanova, Zaragoza. ³Servicio de Urgencias Hospital Royo Villanova, Zaragoza.

OBJETIVOS

Realizar un análisis del manejo del paciente con hiperglucemia en el Hospital Royo Villanova tras implantar un protocolo de manejo de la hiperglucemia hospitalaria.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional con una muestra de pacientes que acudían a Urgencias con hiperglucemia y en ingresados en medicina interna (MI) con hiperglucemia durante noviembre de 2018.

RESULTADOS

En Urgencias se recogieron 46 pacientes. El 90,4% tenían DM conocida, estando el 39,1% en tratamiento con ADOs y el 60,9% con insulina. La glucemia media inicial fue de 323,6mg/dl. Se instauró tratamiento con bomba de insulina en el 19,35% de los casos y en el 100% de los que acudieron por cetoacidosis diabética. En el 21,7% se utilizó solo pauta correctora, en el 60,8% basal+correctora y en el 17,3% pauta bolo-basal.

En MI se recogieron 30 pacientes. El motivo de ingreso en el 50% fue una infección y el 84,6% tenían DM conocida. Se realizó HbA1c al 38,4% y en el 88,5% se retiraron los ADOs. En el 46,1% se utilizó pauta correctora, en el 34% basal+correctora, y en el 19,2% bolo-basal. En los pacientes tratados con pauta correctora o basal+correctora no hubo diferencias en los niveles de glucemia durante el ingreso ($p=0.094$). En los tratados con pauta bolo-basal+correctora la glucemia del primer día se redujo en la mitad del ingreso y de forma significativa al alta ($p=0,004$).

CONCLUSIÓN

La elaboración de un protocolo, así como su difusión e implementación, es importante para conseguir un adecuado control glucémico y evitar la variabilidad en el proceso asistencial.

TERAPIA CON YODO 131 (131-I) EN EL HIPERTIROIDISMO

Ana Roteta Unceta Barrenechea, Pablo Melguizo Ábalos, Daniel Nogueira Souto, Ana Leticia Tardin Cardoso, Enrique Prats Rivera.

Unidad Clínica Multihospitalaria de Medicina Nuclear de Aragón. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es analizar las principales guías sobre el tratamiento con 131-I en hipertiroidismo y estudiar su adecuación a la práctica clínica del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (HCULB) de Zaragoza, así como analizar los resultados obtenidos en el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio epidemiológico sobre pacientes hipertiroides tratados con 131-I en el HCULB durante el año 2017, incluyéndolos en una base de Excel Para su análisis posterior. Como criterios de inclusión hemos incluido pacientes tratados con primera dosis de 131-I que tuvieran al menos 1 año de seguimiento clínico. Así mismo se ha realizado una revisión bibliográfica y de las principales guías clínicas sobre el manejo del hipertiroidismo.

RESULTADOS

Se han incluido en el estudio un total de 49 pacientes, 23 con enfermedad de Graves Basedow (GB), 17 con bocio multinodular tóxico (BMN) y 9 con nódulo tóxico (NT). El éxito terapéutico global ha sido del 86% (61% hipotiroidismo y 25 % eutiroidismo). Hemos encontrado diferencias en dependencia del tipo de hipertiroidismo y de la edad de los pacientes, existiendo una mayor tasa de curación en pacientes de más de 60 años y con bocios nodulares. La tasa de hipotiroidismo fue menor en los BMN que en el GB o NT.

CONCLUSIÓN

El tratamiento con 131-I en el HCULB se ajusta a las recomendaciones de las principales guías clínicas, consiguiendo una importante tasa de curación, con baja incidencia de efectos secundarios.

CONSUMO DE BEBIDAS VEGETALES EN POBLACIÓN DIABÉTICA DEL SECTOR HOSPITAL ROYO VILLANOVA

Concepción Vidal Peracho, Noemí Martín Aznar, Orosia Bandrés Nivelá, Eva López Alcutén, Pilar Fuertes Agustín, Asunción Orga Sanz.

Sección de Endocrinología y Nutrición del Hospital Royo Villanova.

OBJETIVOS

El consumo diario de lácteos puede influir en un envejecimiento de calidad. Sin embargo, no es bien conocida la frecuencia de consumo de bebidas vegetales en los diabéticos.

METODOLOGÍA

Se realizó una encuesta de 14 ítems sobre el consumo de lácteos, origen animal o vegetal, tipos de bebidas vegetales y frecuencias de consumo en diabéticos, entre mayo y julio 2019 (N=111). Se utilizó SPSS 20, Chi cuadrado y test de verosimilitud, y se comparó con un grupo control, sin diabetes (N=200).

RESULTADOS

Se realizaron 111 encuestas, edad 52.71 ± 15 (22-79 años), 45 % mujeres y 53%, varones. Intolerantes a la lactosa 4,5%. 45% son DM1 y 48,6% DM2 .80% consumen solo lácteos animales, 4% sólo vegetales, ambos 16%. 26% usa alguna bebida vegetal, soja (67%). DM1 (N=50), 31% usan bebidas vegetales, soja (67%). DM2 (N=54) soja (64%) y varios 27%. 71% del grupo control consume bebidas vegetales ($p=0.009$), la avena y varios tipos, los diabéticos, soja ($p=0.032$). Sin diferencias entre tipo diabetes. En diabéticos, los varones consumen más lácteos de origen animal y las mujeres, de ambos, ($p=0.038$) y lácteos enriquecidos ($p=0.009$).

CONCLUSIÓN

1. Una cuarta parte de los diabéticos usan bebidas vegetales en lugar de productos animales.
2. La soja y diferentes tipos de bebidas vegetales es lo más habitual en diabéticos, y la avena en población general.
3. Los diabéticos varones consumen más lácteos animales y, las mujeres, animales y vegetales y lácteos enriquecidos.
4. En población general el consumo de bebidas vegetales es más frecuente entre los más jóvenes y los de más edad.

ESOFAGITIS NECROTIZANTE Y DM TIPO 1: UNA ASOCIACIÓN CON DIFÍCIL SUPERVIVENCIA.

**Concepción Vidal Peracho¹, Laura Borao Maorad¹, Yolanda Arguedas Lázaro²
Ángela García Laborda¹, Paola Gracia Gimeno¹, María José Pamplona Civera¹.**

¹Sección de Endocrinología y Nutrición Hospital Royo Villanova, ²Servicio de Digestivo Hospital Royo Villanova.

OBJETIVOS

La esofagitis necrotizante aguda (esófago negro) es una complicación esofágica con ulceración de la mucosa e incluso de las capas musculares con riesgo de perforación, que parece asociada a CAD, lo cual agrava el pronóstico vital del diabético.

MÉTODOS Y RESULTADOS

Se analiza la evolución de un paciente de 52 años de edad con DM1 y evolución tórpida con múltiples ingresos hospitalarios en el último año, en diferentes situaciones metabólicas, descompensación hiperglucémica cetósica, CAD, desnutrición, deterioro del estado general, síndrome diarreico y anemia ferropénica severa. El paciente presenta como complicaciones de su enfermedad: gastroparesia, polineuropatía en extremidades inferiores, insuficiencia pancreática exocrina, tabaquismo y trastorno adaptativo psíquico. En el último ingreso severa CAD con, grave anemia ferropénica, Hto 16,9%, Hb 5,8 gr/dl, con estudio endoscópico de esofagitis necrotizante, ingreso en UCI, y NPT. Se evalúa la evolución del paciente, se revisan los estudios.

CONCLUSIÓN

1. La esofagitis necrotizante es una patología grave que puede aparecer en 20% de las CAD, se asocia a comorbilidades debilitantes, en paciente de alto riesgo.
2. La gravedad de la lesión con una mortalidad del 32% se debe al elevado riesgo de perforación esofágica, infección mediastínica y estenosis esofágica.
3. La NPT es el tratamiento nutricional de elección para evitar las perforaciones esofágicas a mediastino y el empeoramiento de la anemia.
4. La enfermedad de base suele determinar la mortalidad, la extensión de la necrosis, la evolución de la estenosis, con necesidad de stents esofágicos o esofagectomía, que determinarían la supervivencia del paciente.

EXPERIENCIA CLÍNICA EN EL USO DE INHIBIDORES DE PCSK9

Rosana Urdániz Borque, Carlos Miguel Peteiro Miranda, José Jorge Ortez Toro, Borja Sanz Martín, Sergio Román Gimeno, Luis Irigoyen Cucalón.
Unidad de Lípidos. Servicio de Endocrinología y Nutrición. HCU Lozano Blesa, Zaragoza.

OBJETIVOS

Evaluar el efecto hipolipemiante (% de reducción de c-LDL) de los iPCSK9 en pacientes de riesgo cardiovascular muy alto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyen 33 pacientes tratados con iPCSK9 (alirocumab o evolocumab) con HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR o enfermedad cardiovascular ateromatosa (PREVENCIÓN 2ª) sin alcanzar objetivos de c-LDL aun con tratamiento hipolipemiante intensivo o con intolerancia/contraindicación a estatinas. 20 presentan HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR: edad media de 53 años (42-71), 12 hombres y 8 mujeres, 12 (60%) con enfermedad cardiovascular ateromatosa, cardiopatía isquémica en 11 (55%) y ACV (5%) en 1; intolerancia a estatinas en 3 (15%). En PREVENCIÓN 2ª: 13 con edad media de 62 años (45-82), 9 hombres y 4 mujeres, el 100% presenta cardiopatía isquémica, con afectación polivascular en 3 casos e intolerancia a estatinas en 6 (46%). El cLDL basal medio es: 156 mg/dl (DE:48,7).

RESULTADOS

Tras tratamiento con iPCSK9 los niveles de cLDL son: a los 3 meses (n:33 pacientes) 66,2 mg/dl (DE:39,5) con reducción del 57%; 9 meses (n:15) 55,5 mg/dl (DE:36,6), reducción del 64,5%; 15 meses (n:9) 64,1 mg/dl (DE:30,7), reducción del 59%; y 21 meses (n:8) 68,7 mg/dl (DE:20,9), reducción del 56%.

CONCLUSIÓN

El uso de iPCSK9 consigue y mantiene en el tiempo una reducción de las concentraciones plasmáticas de c-LDL superiores al 50%.

VARIANTES GENÉTICAS EN PACIENTES CON SOSPECHA DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR

Borja Sanz Martín, Sergio Román Gimeno, Carlos Miguel Peteiro Miranda, Rosana Urdaniz Borque, José Jorge Ortez Toro, Luis Irigoyen Cucalón.

Unidad de Lípidos. Servicio de Endocrinología y Nutrición. HCU Lozano Blesa.

INTRODUCCIÓN

La Hipercolesterolemia Familiar (HF) es un trastorno metabólico hereditario caracterizado por niveles elevados de colesterol plasmático y alto riesgo cardiovascular. El diagnóstico definitivo es genético y relacionado con variantes en los genes de LDLR, ApoB y PCSK9; sin embargo, en pacientes con fenotipo de HF es frecuente no encontrar variantes en estos genes. Nuestro objetivo es realizar análisis que incluya el diagnóstico genético de HF y de otras variantes asociadas a un riesgo cardiovascular elevado.

MÉTODOS Y RESULTADOS

En 67 pacientes, casos índice, con criterios clínicos de HF, Score Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) ≥ 6 puntos se realiza análisis genético LIPIDINCODE[®] que estudia las variantes de HF y genotipos asociados a valores de lipoproteína a (Lpa) elevados. En los casos negativos para HF se realiza genotipado de LDLc-score: un valor por encima de 0,73 indica que existe una elevada probabilidad de presentar hipercolesterolemia poligénica (HP).

MÉTODOS Y RESULTADOS

HF	N	Clase I (patogénica) y II (posiblemente patogénica)	Clase III (significado incierto)	Genotipos asociados a Lpa aumentada
Mut. RLDL	21 (31,3%)	11 (55%)	10 (45%)	2 (9,5%)
Mut. ApoB	13 (19,4%)	0	13 (100%)	8 (61,5%)

LDLc-score	N	Genotipos asociados a Lpa elevada
>0,73	32 (47,8%)	8 (25%)
<0,73	1 (1,5%)	0

CONCLUSIÓN

En pacientes con sospecha clínica de HF la probabilidad de presentar una HP es elevada. Genotipos asociados a niveles plasmáticos elevados de Lpa están presentes tanto en pacientes con HP como HF.

Hotel Alfonso I. Calle Coso 15-17-19. Zaragoza

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DERIVADOS A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA Y RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO Y LA INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA

Beatriz Lardiés Sánchez, Luis Ciprés Casasnovas, María José Camallonga Martín.

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad han alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. El éxito de su tratamiento consiste en la pérdida de peso y el mantenimiento de los resultados a lo largo del tiempo. Sin embargo, menos del 30% de los pacientes logran mantener el peso perdido, habiendo un alto índice de abandono durante el tratamiento.

OBJETIVOS

evaluar las características basales y las comorbilidades de los pacientes con sobrepeso y obesidad derivados a la consulta de Endocrinología, así como realizar un seguimiento y una intervención individualizada en dichos pacientes para optimizar el éxito terapéutico y mejorar comorbilidades como la prediabetes.

METODOLOGÍA

Análisis observacional descriptivo de 418 pacientes, con edades comprendidas entre los 18 y los 75 años, derivados a la consulta de Endocrinología para perder peso. El período de inclusión fue del 1 de enero de 2018 hasta el 30 de junio de 2019, y se realizaron consultas de seguimiento a los 1, 3, 6 y 12 meses, además de controles quincenales por enfermería.

RESULTADOS

El 43,8% eran varones y el 56,2% mujeres. Entre los resultados más destacables, la prediabetes estaba presente en el 29,4% las personas con IMC>30 y en el 10,3% de los pacientes con sobrepeso. Al año de seguimiento un 70,6% de los pacientes se encontraban con un peso inferior al inicial, siendo las pérdidas de peso más acusadas en pacientes <45 años.

CONCLUSIÓN

La intervención individualizada y el seguimiento estrecho disminuyen las tasas de fracaso terapéutico de la obesidad, así como la incidencia de comorbilidades como la prediabetes.

IMPACTO DE LA DEPLECIÓN DE LA MASA MUSCULAR EN EL PRONÓSTICO DEL PACIENTE CIRRÓTICO CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO

Carlos Miguel Peteiro Miranda, José Jorge Ortez Toro, Borja Sanz Martín, Sergio Román Gimeno, Rosana Urdaniz Borque, María Julia Ocón Bretón.

INTRODUCCIÓN

La depleción de la masa muscular en el preoperatorio de los pacientes sometidos a cirugía abdominal se asocia significativamente con un incremento de la morbimortalidad postoperatoria. Es escasa la evidencia sobre el impacto clínico de la sarcopenia en los pacientes sometidos a trasplante hepático.

OBJETIVO

Analizar la asociación entre la sarcopenia y la morbimortalidad postquirúrgica en los pacientes cirróticos candidatos a trasplante hepático.

MÉTODOS

Análisis retrospectivo de pacientes sometidos a trasplante hepático entre enero de 2013 y mayo de 2019 en nuestro centro. Para la evaluación de la masa muscular esquelética (MME) y el área grasa visceral (VFA) se utilizó la Tomografía Computarizada a nivel de la tercera vértebra lumbar. Definimos sarcopenia según criterios FLEXIT con el índice de masa muscular esquelética (IMME) $<50\text{cm}^2/\text{m}^2$ para varones y $<39\text{cm}^2/\text{m}^2$ para mujeres. Se consideró obesidad sarcopénica a los pacientes con sarcopenia y VFA $>130\text{cm}^2$. Se realizó regresión de Cox multivariante y análisis de Kaplan Meyer.

RESULTADOS

El estudio engloba a 137 pacientes (108 varones) con una edad media 57,4 años (DS 9,05) y un IMME medio de 44,076 (DS 10,79). La prevalencia de sarcopenia fue del 60.6 % (n=83) y el 21.2 % (n=29) presentaron obesidad sarcopénica. Se objetivó que la presencia de sarcopenia previo al trasplante hepático es un factor de riesgo independiente de mortalidad en este grupo de pacientes [OR 8,293 (3,284-20,040) p <0.0001].

CONCLUSIÓN

La depleción de la masa muscular en los pacientes sometidos a trasplante hepático es altamente prevalente y aumenta el riesgo de mortalidad postquirúrgica.

CÁNCER PAPILAR DE TIROIDES DEJADO A SU LIBRE EVOLUCIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Leticia Serrano Urzaiz, María López Alaminos, Mikel González Fernández, Karol Almendra Alvarado Rosas, Pablo Trincado Aznar, Patricia de Diego García.

INTRODUCCIÓN

El cáncer papilar de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente suponiendo el 85% del cáncer de tiroides. El pronóstico de este cáncer es excelente con una supervivencia del 99% a 5 años.

OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

Se presenta un caso de un paciente con carcinoma papilar de tiroides que decidió no recibir tratamiento.

CASO CLÍNICO

Paciente de 43 años que acude a urgencias presentando disfagia mixta para sólidos y líquidos junto con un cuadro constitucional de 6 meses de evolución. Entre sus antecedentes personales es procedente de Rumanía habiendo estado presente en el accidente de Chernóbil. Hacía 4 años había consultado por un bocio multinodular con resultado Bethesda V siendo sugestivo de carcinoma papilar negándose a recibir tratamiento. A la exploración física presenta un bocio multinodular pétreo junto con adenopatías laterocefálicas además de un implante esternal. Se realiza un TAC con hallazgo de enfermedad neoplásica diseminada a nivel cerebral, pulmonar, hepático, óseo, esplénico y ganglionar cervical de probable origen primario pulmonar. El paciente evoluciona desfavorablemente con aumento de la disnea por lo que se realiza una tiroidectomía total urgente junto con una traqueotomía y drenaje pleural, pero días más tarde el paciente fallece. La anatomía patológica reveló que se trataba de un carcinoma papilar con metástasis ganglionares siendo positivo también el líquido pleural.

CONCLUSIÓN

El pronóstico del carcinoma papilar es excelente. En este caso el contacto con el accidente de Chernóbil pudo contribuir en la rápida progresión de la enfermedad.

SÍNDROME DE DUMPING. PRESENTACIÓN DE UN CASO.

Mikel González Fernández, María Elena López Alaminos, Karol Almendra Alvarado Rosas, Leticia Serrano Urzaiz, Patricia De Diego García, Pablo Trincado Aznar.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Dumping es un fenómeno producido por la alteración del esfínter pilórico. Ocurre en el 20% de las piloroplastias o gastrectomías distales. El síndrome se atribuye al rápido vaciado del quimo en el intestino. El gradiente osmótico atrae líquido hacia el intestino, y esto libera hormonas vasoactivas, como la serotonina o el polipéptido intestinal vasoactivo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 82 años, con antecedentes de intervención gástrica en 1985 con piloroplastia y vagotomía con síndrome de dumping precoz y tardío, así como síndrome de intestino irritable. Esta situación es refractaria al tratamiento nutricional y médico condicionando hipoglucemias frecuentes y graves de hasta 15 mg/dl de glucosa. Se realizó un estudio de hipoglucemia con un test de ayuno, anticuerpos anti-insulina y péptido C que resultaron normales. Se plantea la posibilidad de nutrición parenteral domiciliaria descartada por el riesgo de infección o nutrición enteral domiciliaria. Se opta por la colocación de una sonda nasoyeyunal. Ante la buena tolerancia de la sonda se decide realizar una gastroyeyunostomía de cara al alta para evitar definitivamente las hipoglucemias.

CONCLUSIÓN

El Síndrome de Dumping es una complicación relativamente frecuente en intervenciones gástricas. Su tratamiento puede ir desde medidas higiénico-dietéticas hasta requerir procedimientos invasivos como revertir cirugías o gastroyeyunostomías.

ASPECTOS ÉTICOS

El caso cuenta con el consentimiento informado de la paciente.

NESIDIOBLASTOSIS EN EL ADULTO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Karol Almendra Alvarado Rosas, María Elena López Alaminos, Mikel González Fernández, Leticia Serrano Urzaiz, Patricia De Diego García, Pablo Trincado Aznar.

INTRODUCCIÓN

La nesidioblastosis es una causa rara de hipoglucemia hiperinsulinémica persistente en adultos, caracterizada por una alteración difusa del páncreas, con hipertrofia e hiperplasia de los islotes pancreáticos.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 21 años, sin antecedentes personales ni familiares relevantes, sin hábitos tóxicos, con clínica de 2 años, de astenia y somnolencia, por las tardes, que mejoraba con ingesta de hidratos de carbono, aumento de 20 kg de peso, un episodio de pérdida de conciencia, objetivándose glucemia de 32mg/dl. Se realizó sobrecarga oral de glucosa ante sospecha de hipoglucemia reactiva, tras resultados se pautó metformina y acarbosa, que empeoró la sintomatología, predominando síntomas neuroglucopénicos. Se realiza test de ayuno, tras 24 horas, glucemia de 42mg/dl, insulina 11.5mcrUI/ml, péptido C 2.35ng/ml, AC antiinsulina negativos, proinsulina 1.5 pmol/L. Se confirma una hipoglucemia de ayuno dependiente de insulina, ante sospecha de insulinoma se realizan pruebas de localización (tomografía, ecoendoscopia, gammagrafía y resonancia), que fueron negativas. Se pauta tratamiento con Diazóxido, 1 comprimido diario que posteriormente se incrementó a 4, por hipoglucemias mantenidas de > 3 horas. Se realiza cateterismo pancreático tras estimulación intraarterial con calcio, el cual sugirió mayor producción de insulina en cuerpo y cola de páncreas, por lo que se realiza pancreatectomía corporocaudal, evidenciándose un páncreas muy heterogéneo, con anatomía patológica compatible con nesidioblastosis difusa, tras cirugía resolución completa de la sintomatología.

CONCLUSIÓN

Es una patología de difícil diagnóstico, debe sospecharse ante una hipoglucemia hiperinsulinémica, donde no se logre localizar insulinoma. La cirugía pancreática es actualmente el tratamiento indicado.



SÍNDROME DE CUSHING DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO.

María Elena López Alaminos, Mikel González Fernández, Karol Almendra Alvarado Rosas, Leticia Serrano Urzaiz, Patricia de Diego García, Pablo Trincado Aznar.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Cushing (SC) es una entidad infrecuente con gran variabilidad clínica que obliga a utilizar diferentes pruebas diagnósticas. Presentamos un caso con clínica compatible con hipercortisolismo y pruebas complementarias dentro de la normalidad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 17 años, antecedente personal de pubertad adelantada y obesidad sin tratamiento. Ingresa en Medicina Interna por mialgias nocturnas en extremidades acompañado de cefalea, aumento de 15 kg y aparición de estrías rojo-vinosas. Presenta plétora facial e hirsutismo. Junto al servicio de Endocrinología se realizan pruebas complementarias para el despistaje de SC obteniendo resultados normales, pero ante la gran sospecha clínica se decide continuar estudio. Durante el seguimiento se obtienen pruebas normales alternándose con alteradas, realizando un cateterismo de senos petrosos coincidiendo con frenación 1mg de dexametasona alterado (nugent). Se realiza resonancia hipofisaria objetivando adenoma de 4 mm.

	08/02/19	01/03/19	20/03/19	08/04
Cortisoloria 24 h µg/24	43.86	36.46	279.55	44.53
Nugent µg/dl	0.84	2.43	11.67	
Cortisol 00:00h µg/dl	0.88	7.04	8.17	5.95
Cortisol basal µg/dl	2.94		9.80	
Cortisol 20:00h µg/dl	1.31		3.93	
ACTH pg/ml	23.1	37	28.8	21.5
Cateterismo senos petrosos				
	Periférico	SPD	SPI	
ACTH pg/ml	34.6	478.8	92.13	
ACTH tras CRH 5 min pg/ml	73.9	80.3	53.4	

Finalmente es intervenida de hipofisectomía, con gran mejoría clínica. En la muestra de anatomía patológica se objetiva tejido de adenoma hipofisario productor de ACTH

CONCLUSIÓN

El SC cíclico se caracteriza por la presencia de hipercortisolismo seguido de periodos de normalidad o hipocortisolismo. La clínica fluctuante y la discrepancia bioquímica convierte su diagnóstico en un reto.



**Comisión de Formación Continua
de las Profesiones Sanitarias de Aragón**

Depósito Legal Z 202-2020

PATROCINADORES



COLABORADORES



www.saden.org

