

# XIV

CONGRESO  
SOCIEDAD ARAGONESA  
DE ENDOCRINOLOGÍA  
Y NUTRICIÓN

2022  
MAYO  
11, 12 y 13

NH Collection Gran Hotel  
Calle Joaquín Costa, 5  
Zaragoza



**SADEN**  
sociedad aragonesa  
endocrinología y nutrición





**SADEN**

sociedad aragonesa  
**endocrinología y nutrición**



# XIV

CONGRESO  
SOCIEDAD ARAGONESA  
DE ENDOCRINOLOGÍA  
Y NUTRICIÓN

2022  
MAYO  
11, 12 y 13

## Comité Organizador

Junta Directiva de la SADEN

**Presidente:** Alejandro Sanz

**Vicepresidente:** Francisco Losfablos

**Tesorera:** Beatriz Lardiés

## Comité Científico

José Antonio Chena

José Antonio Gimeno

Beatriz Lardiés

Francisco Losfablos

Alejandro Sanz

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza



**SADEN**  
sociedad aragonesa  
endocrinología y nutrición



## Miércoles, 11 de Mayo

---

- 16:00-16:15** RECOGIDA DE DOCUMENTACIÓN Y COLOCACIÓN DE PÓSTERS.
- 16:15-16:30** INAUGURACIÓN DEL CONGRESO.
- 16:30-18:00** **JORNADA CON MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA.**  
Moderador: Dr. Alejandro Sanz. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- 16:30-17:00** Diabetes: Segundo escalón terapéutico.  
Dr. Javier Acha. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- 17:00-17:30** Manejo práctico de la patología tiroidea más prevalente en atención primaria.  
Dra. Beatriz Lardiés. Hospital Obispo Polanco. Teruel.
- 17:30-18:30** Preguntas
- 18:30-19:00** **Café**
- 18:30-21:00** **SIMPOSIUM SATÉLITE**

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza



## Jueves, 12 de Mayo

---

- 16:00-17:30** **MESA ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN:  
"AUTOINMUNIDAD Y ENFERMEDADES RARAS".**  
Moderador: Dr. José Antonio Chena. Hospital San Jorge. Huesca.
- 16:10-16:30** Síndrome de Lawrence. Caso clínico.  
Dra. Jara Altemir. Hospital Universitario San Jorge. Huesca.
- 16:30-16:50** Actualidad en Lipodistrofias. Un reto para Endocrinología.  
Prof. David Araújo. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
- 16:50-17:10** Enfermedad de Hirata. Caso clínico.  
Dra. M<sup>a</sup> Blanca García. Hospital Universitario San Jorge. Huesca.
- 17:10-17:30** Preguntas
- 17:30-18:00** **Café**
- 18:00-20:00** **MESA NUTRICIÓN:" VALORACIÓN DE LA MASA MUSCULAR EN  
NUTRICIÓN MEDIANTE TÉCNICAS DE IMAGEN".**  
Moderadora: Dra. Concepción Vidal. Hospital Royo Villanova.  
Zaragoza.
- 18:00-18:30** Papel de la ecografía.  
Dr. Mikel González. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.  
Zaragoza
- 18:30-19:00** Papel del T.A.C.  
Dr. Carlos Peteiro. Hospital de Viladecans, Barcelona.
- 19:00-19:30** Preguntas

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza





## Jueves, 12 de Mayo

---

- 20:00-21:30** **JORNADA FORMATIVA EN OBESIDAD MÓRBIDA.**  
Moderadora: Dra. Julia Ocón. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza
- 20:00-20:10** Presentación.
- 20:10-20:30** Guías SECO para paciente de cirugía bariátrica.  
Dr. Fernando Calvo. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza
- 20:30-20:50** Manejo de los déficits de micronutrientes tras cirugía bariátrica.  
Dra. Ana Zugasti. Hospital Universitario de Navarra. Pamplona (Navarra).
- 20:50-21:10** Fracaso de la cirugía bariátrica: ¿qué hacemos después?  
Dra. Paola Gracia. Hospital Royo Villanova. Zaragoza.
- 21:10-21:30** Preguntas

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza



## Viernes, 13 de Mayo

- 09:00-11:00**      **MESA DIABETES: “ REDUCCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR RESIDUAL EN EL PACIENTE CON DIABETES”.**  
Moderador: Dr. José Antonio Gimeno. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- 09:00-09:20**      Importancia de la nefroprotección para reducir el riesgo vascular.  
Dr. José Esteban Ruiz. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- 09:20-09:40**      Cribado y tratamiento de la insuficiencia cardiaca en el paciente con diabetes.  
Dr. Francisco José Monzón. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- 09:40-10:00**      Estrategias de doble antiagregación y anticoagulación.  
Dr. Carlos Tejero. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- 10:00-10:20**      Riesgo vascular residual atribuible a la inflamación.  
Dr. Jesús Cebollada. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.
- 10:20-11:00**      Preguntas
- 11:00-11:30**      **PRESENTACIÓN COMUNICACIONES EN PÓSTER (se servirá una pausa café simultánea).**  
Moderador: Dr. Francisco Losfablos. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- 11:30-12:30**      **CONFERENCIA: EVIDENCIA CIENTÍFICA AYUNO INTERMITENTE.**  
Dr. Francisco Botella. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza







## Viernes, 13 de Mayo

- 12:30-13:00**      **PRESENTACIÓN vídeos de educación diabetológica.**  
Dra. Ana Belén Mañas. Hospital Ernest LLuch. Calatayud (Zaragoza).
- 13:00-14:00**      **COMUNICACIONES ORALES.**  
Moderador: Dr. Francisco Losfablos. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- 16:00-17:30**      **MESA LÍPIDOS: “NUEVOS AVANCES EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA”**  
Moderadora: Dra. Beatriz Lardiés. Hospital Obispo Polanco. Teruel.
- 16:00-16:30**      Ácido Bempedoico: Un nuevo hipolipemiante.  
Dr. José M<sup>a</sup> Mostaza. Hospital Universitario La Paz. Madrid.
- 16:30-17:00**      Revisión de los nuevos fármacos que están por llegar.  
Dr. Fernando Civeira. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.
- 17:00-17:30**      Preguntas
- 17.30-18:30**      **CONFERENCIA: ÚLTIMOS AVANCES EN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE SARCOPENIA EN EL ANCIANO.**  
Dr. Alfonso Cruz Jentoft. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.
- 18:30-20:00**      **ASAMBLEA ORDINARIA**
- 21:30**              **CENA DE CLAUSURA**

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza



## COMUNICACIONES LIBRES

### EXPERIENCIA OBTENIDA EN LA TÉCNICA DE PUNCIÓN ASPIRACIÓN AGUJA FINA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN GALICIA.

**Mikel González Fernández, Sergio Román Gimeno, Rosana Urdaniz Borque, Elena Pérez Galende, Gema González Fernández, Manuel Avelino Penín Alvarez.**

**OBJETIVOS:** Analizar las características ecográficas de los nódulos puncionados durante un mes en un hospital referente de tercer nivel. Al mismo tiempo conocer las características de los pacientes, así como la historia del nódulo.

**METODOLOGÍA:** Estudio observacional en el que se analizaron un total de 79 nódulos tiroideos. Se analizó, su composición, dimensiones, ecogenicidad, crecimiento, vascularización, funcionalidad, clasificación de Bethesda así como el servicio de procedencia y la existencia de ecografías previas. Desde el punto de vista del paciente

**RESULTADOS:** De los 79 nódulos el 58.2% correspondían a bocios multinodulares y la edad media fue de 59.5 años. El 45.6% fue diagnosticado por el médico de atención primaria y el 54.6% eran palpables. Un 45.6% eran hipoecogénicos y de todas las punciones un 26.6% fueron Bethesda I, 64.6% Bethesda II, 3.8% Bethesda III, 2.5% Bethesda IV, 0% Bethesda V y 2.5% Bethesda VI.

**CONCLUSIÓN:** El nódulo tiroideo es una patología muy frecuente. La punción aspiración con aguja fina es un proceso fundamental para definir sus características y que todo especialista en endocrinología debe conocer.

**ASPECTOS ÉTICOS:** Los participantes o los tutores firmaron un consentimiento informado y la Declaración de Helsinki fue seguida.

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza



## ¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE TSH Y LA DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO?

**Elena Pérez Galende, Sergio Román Gimeno, Rosana Urdaniz Borque, Gema González Fernández.**

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

**INTRODUCCIÓN:** Hasta la fecha se ha objetivado la existencia de una relación entre la depresión y el hipotiroidismo, si bien todavía no existe una explicación clara a la fisiopatología causante de ello y la evidencia es en ocasiones contradictoria [1-5].

**OBJETIVOS:** Valorar si entre nuestros pacientes con hipotiroidismo existe una mayor prevalencia de depresión y si ésta se correlaciona con parámetros analíticos.

**METODOLOGÍA:** Análisis de la historia clínica y valores analíticos al diagnóstico de 300 pacientes con hipotiroidismo atendidos en las consultas de Endocrinología de nuestro hospital. Para el análisis estadístico se utilizó la t de Student.

**RESULTADOS:** Se aprecia una elevada prevalencia de depresión en los pacientes estudiados (43.3%). Además, los pacientes deprimidos presentan una media de TSH significativamente mayor (19.80 +/- 3.24 mUI/L vs 12.03 +/- 1.77 mUI/L; p=0.032). También se objetivaron unos niveles de anticuerpos antiTPO y antitiroglobulina mayores en los pacientes con depresión y una T4L menor, si bien dichos parámetros no llegaron a alcanzar la significación estadística.

**CONCLUSIONES:** La depresión es un cuadro muy prevalente en la población general, también entre los pacientes con hipotiroidismo autoinmune. Además, parece haber cierta correlación entre los valores de TSH al diagnóstico y la depresión, siendo más elevada en los pacientes deprimidos, en concordancia con algunos estudios publicados previamente. Por ello, podría ser interesante cuantificar las hormonas tiroideas en los pacientes con depresión, sobre todo en aquellos que sean más refractarios al tratamiento con antidepresivos.

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza





No obstante, todavía no queda clara la fisiopatología que podría causar esta relación por lo que son necesarios más estudios.

#### **REFERENCIAS:**

- [1] Hage M, Azar S. The Link between Thyroid Function and Depression. Journal of Thyroid Research. 2012;2012:1-8.
- [2] Kassae S, Ahmadi R, Seif A, Molaei S. Assessment of Serum Tri-Iodothyronine (T3), Thyroxin (T4) and Thyroid-Stimulating Hormone (TSH) Levels Among Patients With Major Depressive Disorder (MDD) in Hamedan, Northwestern Iran. Jentashapir Journal of Health Research. 2016;7(2).
- [3] Talaei A, Rafee N, Rafei F, Chehrei A. TSH cut off point based on depression in hypothyroid patients. BMC Psychiatry. 2017;17(1).
- [4] Dayan C, Panicker V. Hypothyroidism and Depression. European Thyroid Journal. 2013;2(3):168-179.



## ÁNGULO DE FASE COMO PREDICTOR DE SUPERVIVENCIA Y FUNCIÓN Y CALIDAD MUSCULAR EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL

**Sergio Román Gimeno, Rosana Urdaniz Borque, Mikel González Fernández, Elena Pérez Galende, Gema González Fernández, María Julia Ocón Bretón.**

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

**INTRODUCCIÓN:** La sarcopenia y la desnutrición se asocian de forma significativa con un aumento de la morbimortalidad postoperatoria. El ángulo de fase (AF) es un parámetro medido por bioimpedancia (BIA) que expresa cambios en la cantidad y la calidad de la masa celular y se ha demostrado que tiene valor pronóstico.

Objetivos: Conocer si existe relación entre el AF y otras mediciones de composición corporal y función muscular.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo sobre la valoración nutricional preoperatoria de 80 pacientes con carcinomatosis peritoneal.

Resultados: Se aprecia un AF medio significativamente más bajo en aquellos pacientes con dinapenia (4.27 vs 5.49), con IMME bajo medido en BIA (4.35 vs 5.46), con sarcopenia y mioesteatosis medidas en TAC a altura de L3 (4.95 vs 5.51 y 4.94 vs 5.57) y en pacientes con diagnóstico de desnutrición según criterios GLIM (4.7 vs 5.66) También se objetivó una mayor supervivencia postoperatoria media en pacientes con  $AF > 5^\circ$  (9 meses) vs. 4,59 meses en aquellos con  $AF < 5^\circ$  (29,74 vs 24,8 meses si incluimos los pacientes no fallecidos todavía en seguimiento)

**CONCLUSIONES:** El AF puede servir como predictor de sarcopenia y desnutrición. Se ha establecido que un valor inferior a  $5^\circ$  es indicador de peor calidad celular, y en los resultados de nuestro estudio se objetiva que aquellos pacientes con peor función y calidad muscular y los desnutridos presentaban una media de AF siempre inferior a 5, en contraposición con aquellos pacientes que no presentaban estas patologías, además de tener una supervivencia menor. Por tanto, es una medición rápida e inocua para el paciente y puede aportarnos información muy útil.

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza





## CASO CLÍNICO DE PARAGANGLIOMA DE GLOMUS CAROTÍDEO.

**Gema González Fernández, Sergio Román Gimeno, Rosana Urdaniz Borque, Elena Pérez Galende.**

*Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa*

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 46 años sin antecedentes personales ni familiares a destacar que acude a su médico por sensación de crecimiento de nódulo en región submandibular izquierda ya diagnosticado como adenopatía cervical sin alteraciones 10 años atrás, sin otra clínica asociada.

Al objetivarse realmente un crecimiento y cambio en las características del nódulo en la ecografía, se remite el caso a Hematología. Solicitan una nueva analítica, sin alteraciones y un TC cérvico-torácico-abdomino-pélvico con en el que se identificó una lesión hipervascular relacionada con la bifurcación carotídea izquierda sugestiva de glomus carotídeo. Con estos resultados se deriva a consultas de Endocrinología con el objetivo de aclarar la funcionalidad de la lesión y a Cirugía Vasculuar para valorar su exéresis.

Tras las pruebas fue valorado como tumor no funcionante, por lo tanto, sin necesidad de un preoperatorio específico por parte de endocrinología. Finalmente se realizó la exéresis del tumor con buena evolución posterior. Tras examinar la pieza se confirmó la sospecha siendo un paraganglioma de cuerpo carotídeo de 28mm junto con Ki67 del 1-2%. Actualmente pendiente de estudio genético en nuestras consultas.

**DISCUSIÓN:** El paraganglioma de glomus carotídeo es una neoplasia benigna con bajo potencial de malignidad. Es infrecuente, representando el 0,03% de todas las neoplasias, por ello, consideramos que puede ser un caso interesante a pesar de presentar un tumor no funcionante.

Cabe destacar el aumento de la relevancia del estudio genético en estos tumores ya que hasta en un 30% se asocian a mutaciones que aumentan el riesgo de malignidad.

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza





## **HIPONATREMIA SEVERA ASOCIADA A DÉFICIT SELECTIVO DE ACTH SECUNDARIO A TRATAMIENTO CON PEMBROLIZUMAB. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

**Macarena Lacarta Benítez, Karol Almendra Alvarado Rosas, Leticia Serrano Urzaiz, Wendy Valeria González Sacoto, Pablo Trincado Aznar.**

**INTRODUCCIÓN:** El déficit selectivo de ACTH por hipofisitis secundaria a inmunoterapia se ha notificado en un 8 % de casos asociado a anti-CTL4. Sin embargo, es excepcional en anti-PDL1.

**OBJETIVOS Y METODOLOGÍA:** Se presenta un caso de una paciente con melanoma avanzado tratada con Pembrolizumab que debutó con hiponatremia grave por déficit selectivo de ACTH.

**CASO CLÍNICO:** Mujer de 82 años, diagnosticada en 2002 de melanoma de extensión superficial. En 2020, hallazgo casual de lesión ósea compatible con metástasis, por lo que se inició tratamiento con Pembrolizumab cada 3 semanas. Tras 21 ciclos durante 17 meses, ingresó por bajo nivel de consciencia con hiponatremia plasmática de 106mEq/L. En analítica, Cortisol 2.64mcg/dl, ACTH<5pg/ml, resto de hormonas hipofisarias normales, incluyendo T4L 0.80mg/dl y TSH 2.35mUI/L. Valores de Osm<sub>p</sub> 229mOsm/l, Osm<sub>u</sub> 667mOsm/l y Nau 127mEq/L. En RMN hipofisaria no se detectaron metástasis ni signos de hipofisitis. Con el diagnóstico de déficit selectivo de ACTH secundario a Pembrolizumab, se inició tratamiento con suero salino hipertónico e hidrocortisona, con mejoría clínica evidente hasta la recuperación de natremia plasmática en 5 días y sin secuelas neurológicas.

**CONCLUSIONES:** El déficit selectivo de ACTH es la afectación más frecuente de la hipofisitis inducida por inmunoterapia. Ante el uso cada vez más extendido de esta terapia, debemos conocer sus efectos secundarios para iniciar un tratamiento adecuado lo más precozmente posible.

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza





## MANEJO DE LOS NÓDULOS TIROIDEOS CON RESULTADO PAAF BETHESDA III EN NUESTRA PRÁCTICA CLÍNICA

Rosana Urdániz Borque<sup>1</sup>, Sergio Román Gimeno<sup>1</sup>, Elena Pérez Galende<sup>1</sup>, Gema González Fernández<sup>1</sup>, Orosia Bandrés Nivelá<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

**OBJETIVOS:** Evaluar la práctica clínica habitual del manejo de los nódulos tiroideos con resultado Bethesda III en la punción-aspiración con aguja fina (PAAF).

**METODOLOGÍA:** Se incluyeron los pacientes con PAAF de nódulo tiroideo con resultado citológico Bethesda III (atipia de significado incierto), realizada en nuestro centro del 2017 al 2019. Realizamos un análisis descriptivo tras revisar la historia clínica.

**RESULTADOS:** se incluyeron 115 pacientes (70,43% mujeres, edad media 60,40±14,09 años). Tamaño medio del nódulo:23,61±11,64mm. En la ecografía tiroidea previa el 56,52% presentaban sospecha ecográfica moderada (TIRADS3y4), 22,60% baja (TIRADS1y2) y 20% alta (TIRAD<4). El 0,05% se siguió ecográficamente, el 26,95% se intervino quirúrgicamente y en el 66,9% se repitió la PAAF. En estos últimos, obtuvimos Bethesda II en el 42,86% (n=33, interviniéndose 4 que resultaron benignos); de nuevo Bethesda III en el 31,16% (n=24, interviniéndose 19, de los cuales el 21,05% presentaron histología de carcinoma papilar, el 15,78% NIFTP y el resto benigna); IV en un paciente (nódulo hiperplásico) y V en dos pacientes (un carcinoma papilar y un carcinoma folicular). Así, se intervino del total al 49,56% de pacientes (n=57:31 tras PAAF inicial y 26 tras repetirla). De ellos, el 59,64% presentaron histología benigna (n=34: 24 nódulo hiperplásico, 9 adenoma folicular y 1 otra lesión benigna) y el 33,33% maligna (n=19: 15 carcinoma papilar, 1 carcinoma folicular y 3 NIFTP).

**CONCLUSIONES:** Un tercio de los nódulos con Bethesda III intervenidos presentaron histología maligna.

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza





## **EVOLUCION CLÍNICA CON ANÁLOGOS DE GLP-1 EN LA DIABETES MONOGENICA: MODY-3**

**Concepción Vidal Peracho (1), M.Dolores Allo Comas (1), Leticia Pérez Fernández (1), Eva López Alcutén (1), Noemí Martín Aznar (1), Angela Garcia Laborda (1)**

(1) *Sección de Endocrinología y Nutrición Hospital Royo Villanova de Zaragoza*

**OBJETIVOS:** La diabetes monogénica suele aparecer antes de los 25 años, en pacientes con un patrón familiar de diabetes autosómico dominante. Las formas mas frecuentes son las MODY -2 (GCK), MODY-3 (HNF1A) y MODY-1 (HNF4A). Evaluamos la respuesta a nuevos tratamientos hipoglucemiantes en una paciente con MODY-3.

**METODOLOGÍA Y RESULTADOS:** Paciente de 15 años, remitida por aumento de las transaminasas y triglicéridos. Hace ballet, adoptada. IMC 20.37. TOG normal. Insulinemia basal y C-péptido en rango normal, ac. Antigad negativos, con serologías hepáticas negativas. Patrón alternante lipídico IV/IIB). Digestivo confirma esteatosis hepática. En Diciembre 2018, presenta glucemia 170 mgr/dl, TG 491 mgr/dl, GGT 76 U/L, GOT 89 U/L, GPT 142 U/L, HbA1c 6.6%, peso 69.7 kg. Composición corporal normal. El estudio genético confirma Mody-3. Se pauta fenofibrato, omega-3 y dieta. En tres meses empeoramiento metabólico con glucemia 200 mgr/dl, TG 608 mgr/dl, CT 211 mgr/dl, GOT 104 U/L, GPT 251 U/L, GGT 119 U/L, HbA1c 8%. Se inicia tratamiento con dulaglutide 0.75 semanal y posterior 1.5 + repaglinida 2 mg en comidas, con mejoría clínica de la diabetes y de sus marcadores hepáticos, en los dos últimos años y medio.

**CONCLUSIÓN:** el uso de análogos de GLP1 como dulaglutide asociados a sulfonilureas facilita el control metabólico de la Diabetes MODY-3, retardando la insulinización y mejorando la situación hepática. Puede ser de elección, en lugar de insulinoterapia, sino se controla la diabetes con sulfonilureas.

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza





## REDUCCIÓN PONDERAL CON SEMAGLUTIDE TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

**Concepción Vidal Peracho (1), Mónica Gascón Grima (1), M.Dolores Allo Comas (1), Leticia Pérez Fernández (1), Eva López Alcutén (1), Ana Cris Camuñas Pescador (2)**

(1) *Sección de Endocrinología y Nutrición Hospital Royo Villanova de Zaragoza*

(2) *Servicio de Cirugía Hospital Royo Villanova de Zaragoza*

**OBJETIVOS:** El aumento de peso tras cirugía bariátrica aparece en todas las series tras dos años de seguimiento, El promedio son unos 10 kg, en general este aumento de peso ocurre de 3-6 años tras la intervención. Evaluamos la respuesta farmacológica junto con la dieta en pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, con reganancia de peso. Se ha planteado que son los niveles de PYY péptido intestinal (hormona anorexígena y que favorece la lipólisis) los que contribuirían a la ganancia de peso, así como el aumento en la ingesta calórica con el tiempo, tras la cirugía.

**METODOLOGÍA Y RESULTADOS:** Se trata de cinco pacientes intervenidos de BPBP 1 (20%), GT 3 (60%) y BPG 1(20%), tres mujeres (60%) y dos varones (40%), con reganancia de peso tras la intervención sin disminución ponderal con tratamiento dietético reiterado, de 11-25 kg. Se inicia semaglutide subcutáneo 0.5 semanal y posterior 1.0 de forma constante, con disminuciones del peso entre 5 kg y 23 kg, con buena tolerancia durante un periodo de seguimiento de 3-12 meses. Los pacientes no son diabéticos tras la cirugía.

**CONCLUSIÓN:** Los análogos semanales como semaglutide mediante el aumento de GLP-1 o por su efecto sobre la regulación del apetito a nivel central, pueden ayudar a los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica con reganancia de peso antes de plantearse una reintervención quirúrgica.

BPBP Bypass biliopancreático

BPG Bypass gástrico

GT Gastrectomía tubular

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza





## YEYUNOSTOMÍA Y DÉFICIT DE COBRE

**Concepción Vidal Peracho (1), Mónica Gascón Grima(1), M. Dolores Allo Comas (1), Leticia Pérez Fernández (1), Ana Agudo Tabuenca (1), Eva Lopez Alcutén (1)**

(1) *Sección de Endocrinología y Nutrición Hospital Royo Villanova de Zaragoza*

**OBJETIVOS:** La yeyunostomía o alimentación en la luz yeyunal mediante acceso a través de la pared abdominal puede disminuir el reflujo (RGE), el riesgo de broncoaspiración y facilitar el inicio precoz de la alimentación en el posoperatorio si bien, durante su uso prolongado, se puede acompañar de deficiencias de micronutrientes entre ellas de cobre que, puede ocasionar anemia, leucopenia y afectaciones neurológicas similares al déficit de B12.

**METODOLOGÍA Y RESULTADOS:** Se comenta el caso de una mujer de 60 años, que tras la ingesta de cáusticos por intento autolítico, se le practicó una esófago-gastrectomía y se colocó una sonda de yeyunostomía para alimentación con NE. Después de 2 años, la paciente comienza a presentar déficit de cobre, sin acompañarse de anemia con clínica de disestesias en extremidades inferiores. Mantiene el peso, el estudio nutricional básico es normal y se le administra cobre vía oral sin resultados, por lo que se perfunde vía IV con normalización de sus valores. La falta de administración programada en el tiempo muestra que la tendencia es a presentar deficiencia de este micronutriente, por lo cual se realiza la administración periódica IV, para prevenir las carencias y revertir la sintomatología neurológica.

**CONCLUSIÓN:** La administración IV de cobre puede ser necesaria, de forma programada, en yeyunostomía de largo tiempo de evolución para prevenir las complicaciones hematológicas y neurológicas de la carencia de cobre.



# XIV

CONGRESO  
SOCIEDAD ARAGONESA  
DE ENDOCRINOLOGÍA  
Y NUTRICIÓN

2022  
MAYO  
11, 12 y 13

## SÍNDROME DE HEERFORDT CON AFECTACIÓN TIROIDEA COMO DEBUT DE LA ENFERMEDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**Valeria González Sacoto, Pablo Trincado Aznar, María Elena López Alaminos, Almendra Alvarado Rosas, Leticia Serrano Urzaiz, Macarena Lacarta Benítez**

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 43 años, remitido desde medicina interna por una clínica de 3 meses de evolución de debilidad generalizada, tos seca, sudoración profusa de predominio nocturno y el hallazgo en la exploración física de una adenopatía latero cervical izquierda dolorosa. La ecografía cervical mostró un tiroides con vascularización aumentada, con nódulos de 11x9x11mm en el tercio medio superior del LTD sólido, hipoecogénico con márgenes irregulares y otros dos de similares características en tercio inferior y tercio medio del LTI (TIRADS 5). Se realizó una PAAF del nódulo izquierdo, con resultado de atipia de significado incierto; la PAAF de la adenopatía fue insatisfactoria. Al inicio del cuadro presento edema facial, fiebre y afectación a nivel ocular en contexto de posible uveítis. Ante los hallazgos de ecografía, se realizó un TAC que mostraba múltiples adenopatías cervicales, para hiliares y nódulos pulmonares en LMD, en segmento superior de LID y en segmento anterior de LII. Durante la hospitalización se decidió realizar una biopsia eco guiada de la adenopatía y una BAG del nódulo en LTI.

Durante el procedimiento, de forma incidental, se observó una ecogenicidad disminuida en la glándula parótida izquierda y formaciones pseudonodulares hipo ecogénicas en la glándula parótida derecha. El resultado anatomopatológico, tanto de la adenopatía como en la BAG de tiroides, mostró la presencia de numerosos granulomas desnudos no necrotizantes compatibles con sarcoidosis. Una EBUS de las adenopatías parahiliares resultó positiva para granulomas en las estaciones 11R y 7. La determinación de ECA fue normal. En este contexto se planteó el diagnóstico de un síndrome de Heerfordt (uveítis anterior, agrandamiento de la glándula parótida, parálisis del nervio facial y fiebre) con afectación tiroidea como forma de inicio de la enfermedad, iniciándose tratamiento con corticoides y metrotexato con buena respuesta clínica y posterior seguimiento ambulatorio.

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza



**SADEN**  
sociedad aragonesa  
de endocrinología y nutrición



**XIV** CONGRESO  
SOCIEDAD ARAGONESA  
DE ENDOCRINOLOGÍA  
Y NUTRICIÓN

**2022**  
**MAYO**  
11, 12 y 13

**DISCUSIÓN:** La sarcoidosis es un trastorno granulomatoso multisistémico de etiología desconocida que suele afectar a adultos jóvenes y se caracteriza por la presencia de granulomas no caseificantes en los órganos afectados. Cuando existe infiltración tiroidea, la mayoría de los pacientes presentan otros signos de sarcoidosis, aunque existen casos de afectación tiroidea como primera o única manifestación. A nivel tiroideo se puede presentar como un bocio difuso, un nódulo tiroideo solitario o nódulos múltiples, que se asemejan a una neoplasia maligna, especialmente cuando se asocia con adenopatía cervical. Casi todos los pacientes son eutiroideos, aunque muy raramente pueden presentar hipotiroidismo o tirotoxicosis. El diagnóstico se basa en la PAAF o en el estudio de la pieza quirúrgica tras tiroidectomía. En cuanto al tratamiento se desconocen los efectos de los glucocorticoides o la radiación externa en esta patología.

NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza



**SADEN**  
sociedad aragonesa  
de endocrinología y nutrición



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

con 1,4 créditos

Expte: 02 0021 13 0011A



## PATROCINADORES



## COLABORADORES



NH Collection Gran Hotel. Calle Joaquín Costa, 5. Zaragoza