www.revistadeendocrinologia.com

REVISTA MEXICANA DE ENDOCRINOLOGÍA
METABOLISMO & NUTRICIÓN

Órgano oficial de expresión de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C.

Salvador Zubirán Anchondo
Fundador de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C.

Cuauhtémoc Vázquez Chávez
Fundador de la Revista de Endocrinología y Nutrición

Editor
Ernesto Sosa Eroza

Editores Asociados
Abril Adriana Arellano Llamas
Claudia Ramírez Rentería
Aldo Ferreira Hermosillo
Paloma Almeda Valdés

Comité Editorial Nacional
Héctor Gracía Alcalá
Moisés Mercado Atri
Carlos Aguilar Salinas
Israel Lerman Graber
Manuel González Ortiz
Esperanza Martínez Abundis
Fernando Larrea Gallo
Eduardo Almeida Gutiérrez
Víctor Rodríguez Pérez
Enrique Murcio Pérez
Alejandra Albarrán Sánchez
Agustín Dorantes Argandar
Román Hernández Ríos
Jorge Iván González Díaz
Guiriber Landa Hidalgo
Claudio Quinzaños Fresnedo
Jorge Campos Cañas
Carol Artigas Gómez
Carlos Ortega González
Francisco Gómez Pérez
Bernardo Pérez Enríquez
Cuauhtemoc Vázquez Chávez
Raúl Calzada León
Fernando Bolaños Gil de Montes
Nahum Méndez Sánchez
Norberto Chávez Tapia
Juan Pablo Pantoja Millán
Miguel F. Herrera Hernández
Rebeca E. Franco y Bourland
Daniel Motola Kuba
Martha Guevara
Armando R. Tovar Palacio
Martha Kaufer Horwitz
Gerardo Guinto Balánzar
Mauricio Salcedo Vargas
Maria Eugenia Galvan Plata
Haiko Nellen Hummel
José Halabe Cherem
Edith Valdez Martínez
Elisa Nishimura Meguro
Alfredo Reza Albarrán
Eduardo García García
Alma Vergara López
Juan Miguel Malacara Hernández
Sergio Zúñiga Guajardo
Guillermo Flores Padilla
Omar Alberto Chavez Velázquez
Patricia Victoria Torres Durán
Martha Guevara Cruz
Arturo Carrasco Quiroz
Manuel Velasco
Horacio Márquez González
Juan Francisco Peña García
Rocio Lorena Arreola Rosales
Juan Carlos Anda Garay
Rodolfo Guardado Mendoza
Berenice García Guzmán
Nitzia Graciela López Juárez

Índice

Carta de Bienvenida	3
Mesa Directiva 2019	4
Capítulos	4
Comisiones 2019	5
Premios 2019	7
Ponentes Internacionales	10
Ponentes Curso Internacional	11
Ponentes Nacionales	12
Curso Internacional	15
Programa Académico. SIMPOSIA	17
Talleres	21
Presentaciones Orales	22
Pósters Comentados	29
Pósters	39
Centro de Convenciones	68

Comité Editorial Internacional

Yanina Pepino
Mark E. Molitch
Ashley Grossman
Sonia Cheng Oviedo
Oscar Domingo Bruno Cestona
Juan José Chillarón Jordan

Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C.

Presidente	Secretario	Tesorera
Maricela Vidrio Velázquez	Julio César Roberto Mayorga Camargo	Raquel Noemí Faradji Hazan
Vicepresidente	**Subsecretario**	**Subtesorero**
Alejandro Sosa Caballero	Rolando Zamarripa Escobedo	Antonio Segovia Palomo

La *Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo & Nutrición,* anteriormente *Revista de Endocrinología y Nutrición,* es, desde 1993, el órgano de difusión de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C. Todo material publicado en la revista queda protegido por derechos de autor. La *Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo & Nutrición* no es responsable de la información y opiniones de los autores. Los manuscritos para ser publicados deberán ser depositados, en versión electrónica, en la URL: http://publisher.revistamexicanadeendocrinologiaynutricion.permanyer.com.

Toda la correspondencia deberá ser dirigida al editor, el Dr. Ernesto Sosa, a las oficinas de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C. (C/ Ohio, número 27, colonia El Rosedal, Delegación Coyoacán, C.P. 04340, Ciudad de México) Tels. 5336 2216; 5336 9182; 5336 9072.

ISSN: 2339-9643, anteriormente publicada: 0188-9796 (*Revista de Endocrinología y Nutrición*).

© 2019 *Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo & Nutrición.*

© 2019 de la presente edición: Permanyer México.

Publicación trimestral *peer-review* elaborada por el Comité Editorial de la *Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo & Nutrición.*

The Mexican Journal of Endocrinology, Metabolism & Nutrition *(Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición)*, formerly Journal of Endocrinology and Nutrition *(Revista de Endocrinología y Nutrición)* is since 1993 the house organ of the Mexican Society of Nutrition and Endocrinology *(Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinologia, AC)*. All material published in the journal is protected by copyright. The Mexican Journal of Endocrinology, Metabolism & Nutrition is not responsible and shall not be held liable for the information and opinions of the authors. Manuscripts for publication should be submitted electronically at the website http://publisher.revistamexicanadeendocrinologiaynutricion.permanyer.com.

All correspondence must be addressed to the editor, Dr. Ernesto Sosa at the offices of the Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinologia, AC. (c/ Ohio, Núm. 27, colonia El Rosedal, Delegación Coyoacán, C.P. 04340, Mexico City. Tels +52 55 5336 2216; 5336 9182; 5336 9072.

ISSN: 2339-9643, previously published: 0188-9796 *(Revista de Endocrinología y Nutrición)*.

© 2019 Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición.

© 2019 of this edition: Permanyer México.

Peer-review quarterly publication by the Editorial Committee of the Mexican Journal of Endocrinology, Metabolism & Nutrition.

Los trabajos originales deberán ser depositados en su versión electrónica en el siguiente URL:

http://publisher.revistamexicanadeendocrinologiaynutricion.permanyer.com



PERMANYER MÉXICO
www.permanyer.com

© 2019 Permanyer México

Temístocles, 315
Col. Polanco, Del. Miguel Hidalgo
11560 Ciudad de México
Tel.: (044) 55 2728 5183
mexico@permanyer.com

www.permanyer.com

Edición impresa en México

ISSN: 2339-9643
Ref.: 5616AX191

TCF Impreso en papel totalmente libre de cloro

Este papel cumple los requisitos de ANSI/NISO Z39.48-1992 (R 1997) (Papel Permanente)

Reservados todos los derechos
Sin contar con el consentimiento previo por escrito del editor, no podrá reproducirse ninguna parte de esta publicación, ni almacenarse en un soporte recuperable ni transmitirse, de ninguna manera o procedimiento, sea de forma electrónica, mecánica, fotocopiando, grabando o cualquier otro modo.
La información que se facilita y las opiniones manifestadas no han implicado que los editores llevasen a cabo ningún tipo de verificación de los resultados, conclusiones y opiniones.

Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C.

Muy estimados miembros de nuestra Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología y a la comunidad médica, la Mesa Directiva 2018-2019, les da la más cordial bienvenida a nuestro LIX Congreso anual "Más que ciencia" en la hermosa ciudad de Guadalajara.

La SMNE es una gran Institución donde uno de sus principales fundamentos es la capacitación continua de sus agremiados centrada en las necesidades de los pacientes, para lo cual a lo largo de este año se llevaron a cabo 10 cursos en las diferentes áreas de la Endocrinología: Curso de actualización en Endocrinología, Diabetes tipo 1, Foro Internacional de expertos en tiroides, Neuroendocrinología, Step by Step (2) Endocrinología de la mujer, Obesidad (3 sedes) y Cardiodiabetes. Culminaremos con nuestro Congreso Internacional. Por qué más que ciencia, ya que además de traer los últimos avances en ciencia y tecnología en Endocrinología, hemos tratado de tener una interacción más profunda entre todos los agremiados con los ponentes y así poder tener una comunicación efectiva. Además de explorar que a través de la convivencia en espacios culturales y de esparcimiento acrecentar la unión de amistad y colaboración que son indispensables para los grandes proyectos.

Una de las áreas de oportunidad y de creciente interés para la comunidad Endocrinológica es la salud ósea, es por eso que en ésta ocasión el tema principal del curso Internacional es precisamente la salud ósea, para ello se contará con la participación de expertos nacionales e internacionales, estos últimos pertenecientes a la American Society for Bone and Mineral Research, con ellos se ha preparado un programa que incluye la revisión de conceptos básicos de fisiología y fisiopatología, así como la revisión y análisis de la diferentes modalidades de tratamiento en osteoporosis, y otras entidades patológicas que afectan la salud ósea.

Para el diseño del programa del Congreso, se han tomado en cuenta el resto de las áreas de interés general de la Endocrinología, organizado en módulos específicos tópicos de antiguas patologías, con modalidades de tratamientos novedosos, como es el caso de Diabetes, donde se discutirán las modalidades de tratamiento más recientes, poniendo especial atención en lo que se refiere a desenlaces de seguridad cardiovascular y nefrológicas, pretendiendo una visión global e integral de la salud de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. En Diabetes Tipo 1, se discutirá la utilidad de modalidades de vigilancia y adecuación del manejo de estos pacientes. Al mismo tiempo tendremos un curso para pacientes que viven con diabetes tipo 1 y otro para pacientes con diabetes tipo 2, como parte del servicio y agradecimiento a nuestros pacientes.

La patología tiroidea es quizás el grueso de pacientes en la consulta típica del endocrinólogo general, en este congreso se han incluido los temas más recurrentes, tratados por expertos, con quienes se discutirán las modalidades de diagnóstico y tratamiento de las patologías tiroideas más comunes y un taller de interpretación de estudios de ultrasonografía.

La Neuroendocrinología y suprarrenales que han sido por varias razones parte de la fascinación y pasión del endocrinólogo, en este congreso ambas áreas serán exploradas en abundancia, discutiendo conceptos nuevos en la comprensión de la fisiopatología de viejas enfermedades, así como nuevas perspectivas en tratamientos.

Hemos dado particular interés al área de Nutrición, Obesidad y Lípidos debido a la mayor prevalencia de la gran gama de patologías que se derivan de estas áreas.

He de agradecer la colaboración invaluable que hemos tenido con las Sociedades hermanas por lo que se han denominado simposia con el nombre de Sociedades: EASD, Edocrin Society, AACE, FELAEN, ALAD, FMD, SJE, SGE.

La participación entusiasta y decidida, de ustedes, miembros de nuestra sociedad, mediante la presentación de trabajos libres, en este año, ha sido fructífera, recibimos 290 siendo aceptados para su presentación en poster 115, poster comentados 40, presentación oral 28 y fueron rechazados 7; esta Mesa Directiva agradece su participación indispensable para la realización de esta importante actividad de difusión y discusión de ideas.

Finalmente quiero agradecer a todos ustedes que de alguna u otra manera me brindaron su confianza y me dieron todo el apoyo necesario para que este proyecto se cumpla.



Maricela Vidrio Velázquez
Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología

Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C.

Mesa Directiva 2019

Dra. Maricela Vidrio Velázquez
Presidente

Dr. Julio César Roberto Mayorga Camargo
Secretario

Dra. Raquel Noemí Faradji Hazán
Tesorera

Dr. Alejandro Sosa Caballero
Vicepresidente

Dr. Rolando Zamarripa Escobedo
Subsecretario

Dr. Antonio Segovia Palomo
Subtesorero

Capítulos

Alfonso Javier Zapata Garrido
Noreste

Tavita Cázares Gómez
Sinaloa

Alberto Aguilar García
Guanajuato

Dulce Cynthia Fraire González
Puebla

Faysi Verónica Fernández Ojeda
Peninsular

Alberto Núñez Pulache
Tamaulipas

Saraí Sosa Cabrera
Veracruz

Mario Eduardo Martínez Sánchez
Oaxaca

Jesús Ricardo González González
Aguascalientes

María Azucena Zapata Rivera
San Luis Potosí

Danely Sabelia Montoya Morales
Valle de Toluca

Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C.

Comisiones 2019

Comisión de divulgación científica

Presidente	Maricela Vidrio Velázquez
	Julio Mayorga Camargo
	Alejandro Sosa Caballero
	Ernesto Sosa Eroza
	Daniel Benjamín Elías López

Comité editorial de la revista

Editor en jefe	Ernesto Sosa Eroza
Editoras asociadas	Abril Adriana Arellano Llamas
	Claudia Ramírez Renteria
Coeditores	Aldo Ferreira Hermosillo
	Paloma Almeda Valdés
Editor fundador	Cuauhtémoc Vázquez Chávez

Editor página web

Editor en jefe	Daniel Benjamín Elías López
Coeditores	René Rodríguez Gutiérrez
	Eliseo Pérez Silva

Comisión de enseñanza

Presidente	Alejandro Sosa Caballero
Vocales	Perla Alicia Carrillo González
	Gloria Angélica González Villaseñor
	Nitzia Graciela López Juárez

Comisión de investigación

Presidente	Maricela Vidrio Velázquez
Secretario	Alejandro Romero Zazueta
Vocales	Julio Mayorga Camargo
	Daniel Cuevas Ramos
	Alejandro Sosa Caballero
	José de Jesús Garduño García
	Rene Rodríguez Gutiérrez
	Esperanza Martínez Abundis
	Margarita Torres Tamayo

Comisión de honor y justicia

Presidente	Valentín Sánchez Pedraza
Secretario	Alejandro Romero Zazueta
Vocales	Maricela Vidrio Velázquez
	Julio Mayorga Camargo
	Raquel Noemi Faradji Hazán
	Alejandro Sosa Caballero
	Rolando Zamarripa Escobedo
	Antonio Segovia Palomo

Comisión de membresía

Presidente	Antonio Segovia Palomo
Secretario	Aleida de Jesús Rivera Hernández
Vocales	Nayeli Martínez Cruz
	Benito Domínguez Rubio

Comisión de programa

Presidente	Maricela Vidrio Velázquez
Secretario	Julio Mayorga Camargo
Vocales	Raquel Noemí Faradji Hazán
	Alejandro Sosa Caballero
	Rolando Zamarripa Escobedo
	Antonio Segovia Palomo

Comisión premio anual "Alfonso Rivera"

Maricela Vidrio Velázquez
Miguel Agustín Madero Fernández del Castillo
Valentín Sánchez Pedraza
Alejandro Romero Zazueta

Comisión premio anual "Francisco Gomez Mont"

Maricela Vidrio Velázquez
Julio Mayorga Camargo
Alejandro Sosa Caballero
Perla Alicia Carrillo González

Comisión premio anual "Salvador Zubiran"

Presidente	Maricela Vidrio Velázquez
Secretario	Alejandro Romero Zazueta
Vocales	Julio Mayorga Camargo
	Daniel Cuevas Ramos
	Alejandro Sosa Caballero
	José de Jesús Garduño García
	Rene Rodríguez Gutiérrez
	Esperanza Martínez Abundis
	Margarita Torres Tamayo
	Perla Alicia Carrillo González

LIX CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA AC
Guadalajara, Jalisco
Del 5 al 9 de noviembre de 2019

Premios 2019

Premio Salvador Zubirán 2019

Dr. Sergio Arturo Godínez Gutiérrez



Médico Endocrinólogo e Internista por la Universidad de Guadalajara. Ex Jefe de la División de Medicina del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara (2007-2016). Profesor Titular de la Especialidad en Endocrinología, en la Universidad de Guadalajara (1990-2016). Profesor de Clínica de Endocrinología en la Universidad de Guadalajara, Pre-Grado (1981-2016). Profesor Invitado de las Universidades de Nuevo León, Nayarit, Guanajuato, Yucatán y Tecnológico de Monterrey. 5 veces Certificado por el Consejo Mexicano de Endocrinología. Ex Presidente de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Ex Presidente de la Sociedad Jaliscience de Endocrinología y Nutrición. Ex Presidente de la Sociedad para el Estudio de las Enfermedades Metabólicas Óseas de Occidente. Socio Emérito y Miembro del Consejo Consultivo y de los Grupos de Trabajo en Diabetes y Obesidad, de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Miembro Ejecutivo del Grupo de Consenso Nacional en Obesidad. Socio de NAASO, ALAD, ADA. Asistencia, como ponente, a más de 500 Congresos Nacionales e Internacionales, relativos a Endocrinología y Metabolismo. Director de 17 Tesis Profesionales de Pre-Grado en Medicina y 24 tesis de Post-Grado en Endocrinología. Autor de 5 libros y más de 50 artículos y capítulos en publicaciones médicas. Primer Premio "Fray Antonio Alcalde" a la Investigación Médica. Premio "Juan López y López" a la Excelencia Académica. Premio "Francisco Gómez Mont" por la Sociedad mexicana de Nutrición y Endocrinología.

Premio Francisco Gómez Mont 2019

Dr. Fernando Javier Lavalle González



Nacido en Monterrey, Nuevo León en el año 1959, de padres Médicos el Dr. Roman Lavalle Arredondo y la Dra. Laura Irma González Galván. Realizo sus estudios de Medicina en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, de la cual es egresado, realizo la especialización en Medicina Interna en el Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE, en la Ciudad de México, para continuar con el programa de endocrinología, en el Hospital Universitario Dr. José e. González, egresando en 1992, año en el se le invito a formar parte del Servicio de Endocrinología del Departamento de Medicina Interna del Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL, incorporándose a las labores de asistencia, docencia e investigación. Ha sido certificado por los Consejos de ambas especialidades, y fue encargado de Coordinar las labores de educación de pre y posgrado del Servicio de Endocrinología, llegando ha ser ahora el Profesor Titular de la Especialidad de Endocrinología Clínica con reconocimiento del Programa Nacional de Posgrados de CONACYT, como un programa consolidado, siendo este el primero reconocido con esta distinción a nivel nacional. Del programa de la especialidad a su cargo han egresado bajo su tutela a la fecha 20 generaciones de residentes, quienes actualmente se encuentran incorporados a la práctica profesional de la especialidad y son ampliamente reconocidos por su capacidad y buen desempeño. Durante estos años ha tenido el privilegio de poder servir en distintas sociedades médicas llegando a ocupar la presidencia de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, del Consejo Mexicano de Endocrinología, la Federación Mexicana de Diabetes y participado en el Consejo Directivo de World Wide Diabetes Education organismo internacional dedicado a la educación de los profesionales de la salud en el área de la diabetes. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores con categoría SIN-II, ha publicado numerosos trabajos en revistas internacionales arbitradas por pares, y contribuido con 6 libros relacionados a el estudio de la diabetes mellitus, el síndrome metabólico y la obesidad.

Premio Alfonso Rivera 2019

Dra. Claudia Ramírez Rentería



La Dra Claudia Ramírez Rentería es médico cirujano, graduada de la Facultad de medicina de la Universidad Nacional autónoma de México en el año 2004. Realizó la especialidad de Endocrinología en el hospital de especialidades del centro médico nacional siglo XXI del Instituto Mexicano del seguro social de donde se tituló en el 2008. Realizó su maestría en ciencias médicas por parte de la UNAM con la misma sede entre el 2008 y 2010, con el tema de Neuroendocrinología, realizando una breve estancia en el extranjero durante sus estudios. Desde el 2008 ha sido parte del grupo de investigación de endocrinología dirigido por el Dr Moisés Mercado en el siglo XXI con quienes ha participado en múltiples proyectos, publicaciones y ponencias. Y desde el 2011 ha participado también en proyectos de investigación interinstitucional en conjunto con la Clínica Condesa de la Secretaría de salud, el Instituto Nacional de Salud Pública, la facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, la University Health Network de Toronto y la Queen Mary University de Londres. Cuenta con más de 60 publicaciones en revistas científicas, ha dirigido un total de 25 tesis de especialidad y 2 tesis de posgrado para alumnos de la UNAM y el Instituto Politécnico Nacional. Es miembro del sistema Nacional de investigadores (SNI I) desde el 2016. Y pertenece a diferentes grupos de investigación y registros nacionales e internacionales. Actualmente se desempeña como investigador asociado B en la unidad de investigación de Endocrinología experimental en el centro médico nacional siglo XXI, es co-editora de la revista mexicana de endocrinología, metabolismo y nutrición, así como instructor del curso de Biología Molecular para residentes de endocrinología.

Ponentes Internacionales

Teresita Bellido

Doctora en Bioquímica en la Universidad Nacional del Sur (UNS), Bahía Blanca, Argentina. Realizo estudios postdoctorales en la Escuela de Medicina de la Universidad de Indiana. Profesora Titular en el Departamento de Anatomía y Biología Celular y en el Departamento de Medicina, división de Endocrinología, de la Universidad de Indiana, Estados Unidos. Es miembro activo y actual Presidente de la American Society for Bone and Mineral Research (ASBMR), la sociedad primaria de hueso y metabolismo mineral de los Estados Unidos. Miembro honorario de la Asociación Argentina de Osteología y Metabolismo Mineral

Felicia Cosman

John Schousboe

Es un investigador de servicios de salud, reumatólogo y Director de Servicios de Osteoporosis de Park Nicollet Clinic. Es ex presidente de la Sociedad Internacional de Densitometría Clínica. Su interes en la investigación ha implicado principalmente la evaluación y epidemiología de fracturas vertebrales, los costos de atención médica, la rentabilidad de los procedimientos de detección diagnóstica. A lo largo de una carrera de investigación de 15 años, ha publicado más de 150 artículos sobre estos y otros temas.

Dolores Shoback

Profesora de Medicina en la Universidad de California en San Francisco. Es endocrinóloga con interés especial en investigación básica y clínica en osteoporosis, enfermedad metabólica ósea y alteraciones de las glándulas paratiroides. Participa en estudios clínicos en osteoporosis y alteraciones paratiroideas y en el entrenamiento de residentes de especialidad y subespecialidad

Nelson Watts

Es el Director de Osteoporosis y Servicios de Salud ósea de Mercy Health, Cincinnati, Ohio. Tiene una larga carrera de investigación en osteoporosis en la Universidad de Emory y en la Universidad de Cincinnati. Fue president del American College of Endocrinology, president de la Sociedad Internacional de Densitometría Clínica, así como Jefe del Comité de Recomendación de la FDA de los fármacos endócrinos y metabólicos y de la subespecialidad de Endocrinología y metabolism del American Board of Internal Medicine.

Ashley Grossman

Licenciado en Psicología y Antropología Social por la Universidad de Londres, médico y licenciado en neurociencias egresado de la University College Hospital Medical School de Londres. Es profesor de Endocrinología de la Universidad de Oxford, en el Centro de Oxford para la Diabetes, Endocrinología y Metabolismo, así como profesor de Neuroendocrinología . Fue editor en jefe de Clinical Endocrinology. Fue Presidente de la Asociación Neuroendocrina Europea (ENEA), del UKI Neuroendocrine Tumor Society (UKINETS) y de la Pituitary Society. Fue acredor a los premios como mejor Endocrinólogo Clínico (2004), el premio Geoffrey Harris de la Sociedad Europea de Endocrinología en el 2011 y el premio MacIntyre de Barts y Londres del 2017. Es autor y coautor de más de 900 artículos originales y de revisión, así como de varios capitulos de libros de endocrinología.

Balz Frei

Director y Titular Emérito de la Cátedra del Instituto Linus Pauling. Profesor Emérito del Departamento de Bioquímica y Biofísica Universidad Estatal de Oregon. Ha realizado diversos estudios en el área de disfunción endotelial y su prevención a través de productos antioxidantes. Es autor de multiples artículos originales y de revisión sobre el uso de micronutrientes, multivitamínicos y antioxidantes.

Bruno Grassi Corrales

Médico Internista y Diabetólogo. Profesor Asistente de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Coordinador del programa de Diabetes tipo 1 de la misma Universidad

Claudine Szpilfogel

Tiene una Maestría en Epidemiología Clínica con un enfoque en métodos de investigación, diseño de estudios, y estadísticas. Tiene experiencia como gerente de proyectos, es investigador, entrenador y facilitador en Canadá. Realiza un amplio trabajo en salud publica en la planificación de servicios clínicos y la investigación y evaluación. Es educador de profesionales en metodologías de la investigación, estadísticas e interpretación de la investigación clínica

David Dunger

El Dr. David Dunger se entrenó en Endocrinología Pediátrica en el Hospital para Niños Enfermos en Great Ormond St, Londres. Desde el 2000 es Profesor de Cátedra del Hospital Addenbrook de la Universidad de Cambridge. Tiene especial interés en la fisiopatología de la diabetes tipo 1 durante la infancia y adolescencia. Es miembro de la Academia de Ciencias Médicas en el Reino Unido. La Sociedad Europea de Endocrinología Pediátrica le dio el premio Prader en 2012. Tiene mas de 600 publicaciones.

Enrique Caballero

Director de la iniciativa Latino de Diabetes, Director de Asuntos Médicos de Educación Profesional. Endocrinólogo e investigador clínico en el Centro de Diabetes Joslin, así como profesor asistente de medicina y tutor de curriculum de cuidado en la Escuela de Medicina de Harvard.

Guillermo Umpierrez

Médico egresado de la Universidad de Guayaquil, Ecuador. Realizó la sus especialidades de medicina interna y endocrinología en la Universidad de Emory, Atlanta. Actualmente es profesor de medicina en la división de endocrinología y metabolismo, y Director de Investigación clínica del Centro de Diabetes y Metabolismo de dicha universidad. También es Director del Servicio de endocrinología y diabetes en el Grady Memorial Hospital en Atlanta.

Jaime Davidson

Médico egresado de la UNAM. Realizó la especialidad en Medicina Interna en la Universidad de Texas y en Endocrinología en la Universidad de Indiana. Actualmente, es profesor en el Centro Touchstone de Diabetes. Es miembro honorario de La Asociación Latino Americana de. Ha recibido varios reconocimientos de la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos, del Colegio Americana de Endocrinología y de la Asociación Americana de Diabetes. Ha publicado más de 150 artículos y ha sido editor y contribuyente de varios libros en el ámbito de Endocrinología y Diabetes.

Lawrence Alan Leiter

Presidente de la Sociedad Canadiense de Endocrinología y Metabolismo y profesor en los departamentos de Medicina y Ciencias de la Nutrición en la Universidad de Toronto. Labora el St. Michael's Hospital Health Care Centre, donde se desempeña como Director de la Clínica de Lípidos. Ha participado en ensayos clínicos de diabetes, dislipidemia, e hipertensión, y cuenta con más de 500 publicaciones en revistas indizadas.

Moshe Phillip

El Dr. Moshe Phillip se graduó de Medicina de la Universidad de Beer Sheva en Israel en 1983, y se especializó en Endocrinología Pediátrica en la Escuela de Medicina

de la Universidad de Maryland en Baltimore en 1992. Es Director del Instituto de Endocrinología y Diabetes, Centro Nacional de Diabetes Infantil en el Centro Schneider en Petah Tikva, Israel desde 1997. Es vice director de investigación y desarrollo de la Facultad de Medicina Sackler Faculty en la Universidad de Tel Aviv. El Profesor Phillip es conocido por su investigación básica y clínica, en especial en el desarrollo de tecnologías para el tratamiento de la diabetes tipo 1.

Gerson Geovany Andino Ríos

Pablo Flechert

Pedro Mata

Presidente y fundador de la Fundación Española de Hipercolesterolemia Familiar. Presidente de la Red Iberoamericana de Hipercolesterolemia Familiar. Doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Madrid. Está especialmente dedicado a la investigación epidemiológica, clínica y molecular en la Hipercolesterolemia Familiar (HF). Director del estudio SAFEHEART (estudio prospectivo de una cohorte de HF en España), un programa diseñado para conocer los factores pronósticos y los mecanismos que influencian el desarrollo de la enfermedad cardiovascular.

Philippe Chanson

Profesor de Endocrinología en la Universidad de París-Sud y Jefe del Departamento de Endocrinología y Enfermedades Reproductoras en el Hospital Bicêtre de París. Su interés principal es la Neuroendocrinología: Adenomas hipofisarios, incluida la acromegalia, la enfermedad de Cushing; y Reproducción (Función gonadotrópica y trastornos), los cuales son sus principales temas de investigación clínica.

Phillip Bouchard

Pieter Gillard

El Dr. Pieter Gillard estudió medicina en la University de Leuven (KUL) donde recibió su entrenamiento como medico internista, endocrinólogo y nefrólogo. Trabaja como co-director de la Clínica en el Departamento de Endocrinología, donde trata a mas de 1500 pacientes con diabetes tipo 1. Tiene un especial interés en terapias innovadoras (monitoreo continuo de glucosa, terapias complementarias), diabetes post-trasplante y trasplante de páncreas e islotes. Pieter Gillard es profesor adjunto de la Facultad de Medicina, Ciencias Biomédicas y Farmaceúticas de KUL.

Richard Auchus

Richard Auchus, MD, PhD obtuvo su licenciatura en Química en el Instituto de Tecnología de Massachusetts y su MD y PhD en Farmacología en la Universidad de Washington. Se formó en medicina interna en la Universidad de Iowa y completó su beca de endocrinología en Wilford Hall USAF Hosptial / UTHSC San Antonio, donde también sirvió en el Cuerpo Médico de la Fuerza Aérea de EE. UU. Realizó investigación postdoctoral y trabajó en la facultad de Pediatría y Medicina Interna de la Universidad de California en San Francisco. Su grupo participa activamente en proyectos de investigación que van desde los principios químicos básicos de las enzimas biosintéticas de esteroides hasta la investigación clínica y traslacional en trastornos de la hipófisis, las glándulas suprarrenales, los ovarios y los testículos que causan hipertensión, infertilidad y obesidad. El tema común de todo su trabajo es la biosíntesis y la acción de esteroides y esteroles con énfasis en las enfermedades

Archana Sadhu

MD, University of California at Los Angeles School of Medicine Clinical Fellowship, University of California at Los Angeles Residency, University of California at Los Angeles

Udo Hoss

Udo Hoss, Ph.D., is Director of Sensor Chemistry and a Senior Research Fellow in the R&D group of Abbott Diabetes Care. He is responsible for the development of next generation sensors, with a special focus on the underlying chemistry. Udo's major areas of expertise are in the field of biosensing covering both, the chemical and physical aspects of the sensing device as well as the interaction of the sensor materials with biological tissues. Udo has experience with sensor development from the ground up, starting with sensor material selection all the way to clinical testing and analysis. He is an expert in diverse areas such as electrochemistry, polymer chemistry, material science, thin film processing and physiology. Udo has been involved in the development of biosensor technology for more than 25 years. He studied Physics at the University of Konstanz, Germany and obtained a doctorate degree in human biology from the University of Ulm, Germany. Throughout his career Udo held several research and management positions in industry as well as academic research institutions. He was part of the glucose sensor team at Medtronic MiniMed launching the first commercial continuous glucose sensor in 2000. Udo joined Abbott Diabetes Care in 2005, and his work led to the launch of FreeStyle Libre, the first continuous glucose sensing device that does not require calibrations by the user.

Ya-Xion Tao

Ponentes Curso Internacional

José Alfredo Álvarez López

Médico egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Sinaloa. Especialidad en Endocrinología, en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza. Curso de Alta Especialidad en Metabolismo Óseo y Mineral, realizada en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Blanca Esthela Antolín López

Endocrinóloga por el Centro Médico Nacional la Raza. Alta especialidad en enfermedades del metabolismo Mineral INCMNSZ. Endocrinologa de HGR 251, IMSS, Metepec Mexico.

Ramón Guillermo De Los Santos Aguilar

Especialista en Medicina Interna (Egresado del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza) Subespecialista en Endocrinología (Egresado del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán INCMNSZ) Actualmente alumno del curso de alta especialidad en enfermedades del metabolismo mineral en el mismo instituto (INCMNSZ)

Victoria Mendoza Zubieta

Médica Internista, Endocrinóloga y Maestra en Ciencias Médicas. Profesora Titular de la especialidad de endocrinología en la Universida Nacional Autónoma de México. Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I. Actualmente es jefa del Servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI. Su línea de investigación principal son las enfermedades de Metabolismo Óseo y Mineral.

Dania Lizet Quintanilla Flores

Realizó las especialidades de Medicina Interna y Endocrinología en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" en Monterrey, N.L., y el posgrado de Alta Especialidad en Enfermedades del Metabolismo Mineral en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en la Cd de México. Se encuentra certificada por el Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de

Endocrinología, y es miembro activo de ambas Sociedades. Ha participado en múltiples proyectos de investigación en temas de Medicina Interna y Endocrinología con más de 15 publicaciones científicas en revistas nacionales e internacionales. Actualmente ejerce su práctica clínica privada e institucional en la ciudad de Monterrey, N.L.

Alfredo Reza Albarrán

Médico Internista, endocrinólogo y especialista en metabolismo mineral. Es médico adscrito al Departamento de endocrinología y Metabolismo del INCMNSZ y jefe de la Clínica de Paratiroides y Hueso del mismo departamento. Es profesor adjunto de la especialidad de posgrado de endocrinologiá y metabolismo.

Anabel Rodríguez Romo

Medicina Interna y Endocrinología en el Hospital Universitario de Monterrey: "Dr. Eleuterio Gonzalez". Endocrinología Pediatrica en el Hospital for Sick Children de Toronto. Alta especialidad en enfermedades del metabolismo mineral en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Actualmente laboró en la Clínica de Especialidades Indianilla del ISSSTE, en la CDMX encargada de la clínica de Osteoporosis de dicha clínica.

Alma Vergara López

Médico cirujano egresada de la Universidad La Salle. Especialista en Medicina Interna y Endocrinología en el CMN20 de noviembre, ISSSTE y en INCMNSZ, respectivamente. Realizó el curso de Alta Especialidad en Diabetes en el INCMNSZ. Actualmente es médico adscrito al Servicio de Endocrinología del CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. Es profesora Titular de los Cursos de Especialidad en Endocrinología yl Curso de Alta Especialidad en Enfermedades Tiroideas de la UNAM ambos con sede en el CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. Profesora titular del curso de pregrado de la cátedra de endocrinología en la Facultad de Medicina de la Universidad La Salle. Actualemnete es la Directora de Examen del Consejo Mexicano de Endocrinología 2019-2021. Autora o coautora de alrededor de 21 capítulos de libro con ISBN y de 35 artículos de revistas nacionales y algunas internacionales.

Ponentes Nacionales

Carlos A. Aguilar Salinas

Médico especialista en medicina interna y endocrinología, egrasado del INCMNSZ. Es doctor en investigación clínica. Realizó una estancia de investigación en la Washington Iniversity School of Medicine. Investigador nacional por el SIN (Nivel III) y por los Institutos Nacionales de Salud (Nivel F). Presidente de la SMNE en el 2009. Actualmente es Director de la División de Nutrición en INCMNSZ.

LN ED. Paola Alonso de la Vega

Nutrióloga egresada de la Licenciatura de Nutrición y Ciencia de los Alimentos por la Universidad iberoamericana , hizo un diplomado en nutrición y deporte en la misma universidad. Educadora en Diabetes por la Federación Mexicana de Diabetes. Especialidad en Obesidad por la Universidad Iberoamericana Actualmente trabaja en la Clínica EnDi como Nutrióloga y Educadora en Diabetes

Lidia Arce Sánchez

Egresada Universidad la Salle Subespecialista en: Medicina Interna Endocrinología egresada de "Centro Medico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE" Bióloga de la Reproducción egresada de "Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán"

Paulina Bezaury

Directora del área Médica del Departamento Radiología e Imagen del Laboratorio de Biomédica. Médico adscrito en el Departamento de Radiología e Imagen del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", de 1992 a 2013. Profesor Adjunto del curso de posgrado de Radiología e Imagen de la UNAM con sede en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán" , de 2002 a 2013. Profesor Titular del curso postgrado de alta especialidad de la UNAM en Ultrasonido general y Doppler color con sede en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán" de 2005 a 2013. Miembro Comité Editorial Revista Anales de Radiología de la Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen.

Ma. Fernanda Castilla Peón

Médico Cirujano egresada de la Facultad de Medicina de la UNAM. Realizó las especialidades en Pediatría y Endocrinología Pediátrica en el Instituto Nacional de Pediatría, además de la Maestía en Ciencias Médicas en la UNAM. Actualmente está adscrita a la Dirección de Investigación del Hospital Infantil de México Federico Gómez. Editora Asociada del Boletín Médico del Hospital Infantil de México. Miembro de la Asociación Internacional de Profesionales de la Salud Transgénero (WPATH). Experiencia clínica en acompañamiento médico de infancias y adolescentes transgénero.

Margarita Castilla Peón

Estudió Derecho en el Instituto Tecnológico de México. Se ha especializado en el análisis, diseño e implementación de estrategias de exigibilidad de derechos humanos desde sociedad civil como "FUNDAR", Centro de Análisis e Investigación A.C., y desde instituciones públicas tales como el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México (COPRED) y la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México (CDHCM), en donde actualmente desarrolla su actividad profesional. Sus áreas de mayor experiencia son derecho a la salud de niñas, niños y adolescentes trans, derechos lingüísticos de hablantes de lengua de señas mexicana, derecho a la igualdad, así como responsabilidad corporativa y derechos humanos.

José Alfredo Castillo Mora

Médico Cirujano egresado de la Universidad de Pachuca . Médico internista y endocrinólogo, egresado del Hospital General de México, Biologo de la Reproducción egresado del INCMNSZ. Se desempeño como médico adscrito al Departamento de Endocrinología del Instituto Nacional de Perinatología y en el Hospital General de Pachuca en donde fundó la Clínica para la atención de la Diabetes Gestacional. Ha participado en diversos foros de difusión de temas endocrinológicos, fundamentalmente en área de la Endocrinología Reproductiva.

Manuel Antonio Cervera Cetina

Endocrinólogo egresado del CMN "La Raza" del IMSS Educador en Diabetes, UNAM Maestro en ciencias y Fellow Postdoctoral en Diabetes, Universidad de Texas Maestro en Pedagogía, Universidad del Sur Entrenador Certificado Nivel 2, Federación Mexicana de Triatlón

Dra. Ma. del Carmen Cravioto Galindo

Médico Cirujano egresada de la Facultad de Medicina de la UNAM. Especialista en Medicina Interna y Biología de la Reproducción en en INCMNSZ. Realizó su estancia posdoctoral en la Universidad de California. A su regreso se incorporó al Departamento de Biología de la Reproducción del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ), siendo actualmente es la Coordinadora de la Clínica de Salud Reproductiva. Pertenece al SNI. Las líneas de investigación que ha desarrollado y trabajado son anticoncepción en mujeres con enfermedades crónicas y alto riesgo reproductivo, epidemiología y etiología de la falla ovárica prematura, prevención y tratamiento del cáncer cérvico-uterino y la oncofertilidad.

Dra. Ivette Cruz Bautista

Departamento de Endocrinología y Metabolismo de Lípidos en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán Investigador en Ciencias Maestría en Ciencias Médicas. Médica C, Lineas de investigación: Lípidos, Diabetes, Nefropatía Diabética y Síndrome Metabólico.

Daniel Cuevas Ramos

Médico cirujano egresado de la Universidad La Salle. Especialista en Medicina Interna, Endocrinología y Diabetes en el INCMNSZ. Es Maestroy Doctor en Ciencias Médicas por la UNAM. Realizó un Postdoctorado en el Área de Neuroendocrinología en UCLA, Los Angeles, California, EU. Actuamente está adscrito al Departamento de Endocrinología del INCMNSZ en donde fundó la Clínica de Neuroendocrinología . Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Es autor y coautor de diversos artículos originales y de revisión en el área de neuroendocrinología y endocrinología general, así como de diversos capítulos de libros.

Dra. Natalia Eloísa De la Garza Hernández

Egresada de la UANL (medicina interna/Endocrinología/Educadora en Diabetes), ejerce práctica privada en CEMEDIN.

Ana Laura Espinosa de los Monteros

Médico cirujano egresedad de la Universidad La Salle. Especialista en Endocrinología por la UNAM con sede en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI en donde se desempeña como médico en labores asistenciales, académicas y de investigación. Partícipa en la creación de las clínicas de Acromegalia y de Síndrome de Cushing en donde se atiende de manera multidisciplinaria un gran número de pacientes y en las que se llevan a cabo trabajos de investigación gracias a la elaboración de registros epidemiológicos. Investigador asociado C del Instituto Mexicano del Seguro Social y miembro del Sistema Nacional de Investigadores.

Sergio A. Godínez Gutiérrez

Médico internista y endocrinólogo por la Universidad de Guadalajara. Fue Jefe de la División de Medicina del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara (2007-2016). Profesor Titular de la Especialidad en Endocrinología, en la Universidad de Guadalajara (1990-2016). Profesor de Clínica de Endocrinología en la Universidad de Guadalajara, Pre-Grado (1981-2016). Presidente de la SMNE en 2011, Ex Presidente de la Sociedad Jaliscience de Endocrinología y Nutrición, Ex Presidente de la Sociedad para el Estudio de las Enfermedades Metabólicas Óseas de Occidente y miembro ejecutivo del Grupo de Trabajo de Obesidad de la SMNE.

Krystal Dennicé González Fajardo

Doctorante de segundo año en Ciencias de la Salud por la Universidad Veracruzana. Maestra en ciencias de la salud con área de concentración en nutrición por el Instituto Nacional de Salud Pública. Licenciada en nutrición por la Universidad Veracruzana. Nutrióloga certificada por el Colegio Mexicano de Nutriólogos Asociada titular de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología Antropometrista nivel I certificada por ISAK Tesorera del Colegio Mexicano de Nutriólogos Capítulo Veracruz Es profesora de asignatura en la Universidad Veracruzana y en la Universidad Anáhuac Xalapa. Se desempeñó en la Secretaría de Salud de Veracruz como apoyo técnico y responsable estatal de los programas de diabetes y riesgo cardiovascular de 2010 a 2016.

Miguel Herrera Hernández

Médico egresado de la Universidad Veracruzana. Realizó las especialidades en Medicina Interna y Cirugía General en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y un fellow en Cirugía endocrina en la Clínica Mayo. Es Doctor en Ciencias Médicas por la UNAM. Es profesor de posgrado de la UNAM. Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores nivel III, la Academia Nacional de Cirugía, la Academia Mexicana de Medicina, la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos, entre muchas otras sociedades internacionales. Sus principales áreas de interés son la cirugía gastroenterológica, endocrina, bariátrica y de mínimo acceso.

Fernando J. Lavalle González

Egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León(UANL). Cuenta con estudios de Medicina Interna y Endocrinología. Profesor de la Facultad de Medicna de la UANL en las materias de Endocrinología, Medicina Inerna y Nutrición. Coordinador de enseñanza de Pre y Posgrado del Servicio de Endocrinologíadel Hospital Universitario"Dr. José E. González" Presidente de la SMNE en 2015.

Daniel Marrero Rodríguez

Nayeli Martínez Cruz

Realizó la especialidad en Endocrinología en el CMN Siglo XXI y la subespecialidad en Biología de la Reproducción Humana en el INCMNSZ. Maestra en Ciencias Médicas por la UNAM. Actualmente adscrita al Departamento de Endocrinología en el INPer, donde es profesora del curso de Biología de la Reproducción Humana

Dra. En C. Ingrid Rivera Iñiguez

Profesora de Asignatura en la Licenciatura en Nutrición. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. México. Profesora de Asignatura en la Licenciatura en Nutrición y Ciencias de los Alimentos. ITESO. México. Investigadora en el Laboratorio de Biología Molecular en Medicina "Hospital Civil Fray Antonio Alcalde". FORMACIÓN ACADÉMICA: Licenciatura en Nutrición (2004-2008). Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. México. ESTUDIOS DE POSGRADO: Doctora en Ciencias en Biología Molecular en Medicina (2015-2018), Universidad de Guadalajara (UdeG). Estancia Doctoral University of Sacramento (2005). Master of Sciences in Nutrition and Metabolism (2011-2013). University of Alberta. Canada. Diplomado en Educación en Diabetes (2009). PRODUCCIÓN CIENTÍFICA: 13 artículos en revistas indizadas internacionales, índice H de 3 y 50 citas a los trabajos publicados. FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS: Evaluadora de tesis de Licenciatura (2).

Ma. del Pilar Milke García

Nutrióloga certificada por Colegio Mexicano de Nutriología Doctorado en Medicina Interna (Universidad Autónoma de Barcelona) Investigadora en Ciencias Médicas del Departamento de Gastroenterología del INCMNSZ (1997-2008). Coordinadora de investigación y servicio social en Nutrición. Investigadora en Ciencias Médicas de la Dirección de Nutrición del INCMNSZ (2008 a la fecha). Presidente Asociación Mexicana de Nutriología (antes Sociedad de Nutriología, A.C.) 1998 a 1999. Miembro del Comité Científico de la Fundación Mexicana para la Salud Hepática. Editora de 8 libros, autora de 45 artículos y 57 capítulos de libros. Investigación en Nutrición clínica, particularmente enfermedades hepáticas, enfermedad celiaca, pancreáticas y otras de tubo digestivo. Actualmente desarrollando investigación en sarcopenia, caquexia, aspectos de nutrición en enfermedad celiaca, hepatopatías, enfermedades neurológicas y urológicas y en pacientes oncológicos. Interés personal en la educación nutriológica y orientación alimentaria.

Dario Jorge Mario Molina Díaz

Médico cirujano por parte de la UNAM, realice la especialidad en pediatría en el Hospital Juárez de México, la subespecialidad en Endocrinología Pediatrica en el Hospital Infantil de México Federico Gómez y actualmente me desempeño como médico adscrito al departamento de endocrinologia de ese hospital.

Ma. de Lourdes Morato Hernández

ESPECIALIDAD Medicina Interna SUBESPECIALIDAD Endocrinología INTEGRANTE Asociación Médica del Hospital ABC Miembro Titular de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología Miembro Titular de la Endocrine Society Miembro Titular de la International Menopause Society Miembro de la Asociación Mexicana para el estudio del metabolismo óseo

Francisco J. Nachón García

Médico Especialista en Cirugía General y subespecialista en Cirugía del Aparato Digestivo en el Hospital Español de México. Maestría y Doctorado en Ciencias

Biomédicas por la Universidad Veracruzana. Investigador Titular del Instituto de Ciencias de la Salud en la línea de investigación Inflamación y Metabolismo. Profesor de Fisiología en la Maestría y Doctorado en Ciencias de la Salud de Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana.

Cesar Ochoa Martínez

Medico Investigador, Especialista en Medicina Interna, Endocrinología, y Medicina Cardiovascular, con Posdoctorado (PhD) en Investigación de Diabetes y Obesidad (NIH/USC). Académico Correspondiente Nacional de la Academia Mexicana de Cirugía. Clinical Research Developer/Quality Data Analyst, Profesor de Investigación Clínica, Profesor Asociado de Medicina Interna y Endocrinología en WesternU Health Center y College of Osteopathic Medicine of the Pacific, afiliado a Western University of Health Sciences, Pomona, CA (EUA).

Lesly Aminta Portocarrero Ortíz

Endocrinóloga Egresada del INCMNSZ. Jefa del servicio de Neuroendocrinología del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Maestría en Ciencias Médicas por la UNAM. Titular del Curso de Alta Especialidad en Neuroendocrinología por la UNAM. Investigador en las líneas de Prolactinoma, Cushing y Adenomas no funcionantes.

Claudia Ramírez Rentería

Realizó la especialidad en Endocrinología en el CMN Siglo XXI. Maestra en Ciencias Médicas en la UNAM. Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores, Nivel I. Actualmente adscrita a la Unidad de Investigación en Endocrinología Experimental del CMN Siglo XXI. Está a cargo de la Clínica de Tumores Neuroendócrinos del Servicio de Endocrinología del mismo hospital.

Aracely Díaz Polanco

Es egresada de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Posteriormente se especializó en Medicina Interna y en Endocrinología en el Sector Salud.

María de Lourdes Sánchez Aldana Robles

Endocrinóloga egresada del Centro Médico Nacional de Occidente Secretaria actual de la Sociedad Jalisciense de Endocrinología y Nutrición Presidenta actual de la Asociación Mexicana de Diabetes en Jalisco

Maricruz Sepulveda Villegas

Ernesto Sosa Eroza

Médico Endocrinólogo. Investigador Asociado. Labora en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Editor en Jefe de la Revista Mexicana de Endocrinología Metabolismo y Nutrición

Érika Karina Tenorio Aguirre

Jefa de la División de Medicina Interna del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", SSA. Médico Internista egresada del Hospital General "Dr. Manuel Gea González", SSA. Endocrinóloga egresada del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE. Profesora Titular del Curso de Especialidad en Medicina Interna en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", por parte de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Carolina Torres Anguiano

Egresada de la Universidad de Guadalajara Especialidad en Medicina Interna y Endocrinología en Hospital Civil Fray Antonio Alcalde Diplomado en Investigación por la Universidad de Guadalajara Certificada por el Consejo Mexicano de Endocrinología Socio titular de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología y de la Sociedad Jalisciense de Endocrinología y nutrición Exprofesora de Endocrinología en Universidad Autónoma de Guadalajara

Alfredo Ulloa Aguirre

Médico y Doctor en Ciencias Médicas por la Universidad Nacional Autónoma de México. Realizó las especialidades de Medicina Interna y Biología de la Reproducción Humana en el INCMNSZ. Su investigación se enfoca al estudio de la relación estructura-función de los receptores para las gonadotropinas y la hormona liberadora de las gonadotropinas. Presidente de la SMNE en el 2014. Actualmente es Investigador Titular de tiempo completo en la UNAM y Director Científico de la Red de Apoyo a la Investigación del consorcio UNAM - Institutos Nacionales de Salud

Lorena Valerdi Contreras

Médico Internista y endocrinólogo. Jefe de división de Medicina del Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde"

Karla Walkira Zamudio Coronado

Médica Internista. Realizó la especialidad de Endocrinlogía, la Alta especialidad de Diabetes y metabolismo y la Alta especialidad de Enfermedades Tiroideas en el INCMNSZ. Actualmente se encuentra realizando un Post-doctoral Fellowship en Diabetes en la Universidad de Emory.

LIX CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA AC
Guadalajara, Jalisco
Del 5 al 9 de noviembre de 2019

Curso Internacional

Martes 5 de noviembre

13:50-14:00	**Inauguración**	Dra. Maricela Vidrio Velázquez Dr. Alejandro Sosa Caballero
	Módulo I **Coordinador: Dr. Alejandro Sosa**	
14:00-14:30	Fisiología del osteocito	Dra. Teresita Bellido
14:30-15:00	¿Cómo interferir en los efectos dañinos del exceso de glucocorticoides en el sistema músculo-esquelético?	Dra. Teresita Bellido
15:00-15:30	Marcadores de recambio óseo	Dr. John Schousboe
15:30-16:00	Preguntas y respuestas	
	Módulo II **Coordinador: Dr. Alfredo Reza Albarrán**	
16:00-16:30	Hipercalcemia hipocalciúrica familiar	Dra. Dolores Shoback
16:30-17:00	Técnicas nuevas de imagen en hiperparatiroidismo primario	Dra. Dolores Shoback
17:00-17:30	Osteomalacia inducida por tumor	Dr. Alfredo A. Reza Albarrán
17:30-17:45	Preguntas y respuestas	
17:45-18:00	**Receso**	
	Módulo III **Coordinador: Dra. Teresita Bellido**	
18:00-18:30	Estrategias óptimas de tratamiento para el paciente de alto riesgo: Papel en evolución de la terapia anabólica	Dra. Felicia Cosman
18:30-19:00	Osteonecrosis de la mandíbula	Dr. Nelson Watts
19:00-19:30	Casos difíciles: Transiciones anabólicas y antirresortivas	Dra. Felicia Cosman
19:30-20:00	Preguntas y respuestas	

Miércoles 6 de noviembre

09:00-09:30	Papel de la evaluación de fractura vertebral (VFA) en la estimación del riesgo de fracturas	Dr. John Schousboe
9:30-10:00	Fracturas subtrocantéricas atípicas	Dr. Nelson Watts
10:00-10:30	Enfermedad de Paget del hueso	Dra. Victoria Mendoza Zubieta
10:30-10:45	Preguntas y respuestas	
10:45-11:00	**Receso**	
	Módulo V **Coordinador: Dr. Osvaldo Madrigal**	
11:00-11:30	Salud ósea y cirugía bariátrica	Dra. Dania Quintanilla Flores
11:30-12:00	Sarcopenia y osteoporosis	Dra. Alma Vergara López
12:00-12:30	Enfermedad de Gorham Stout	Dr. Alfredo Álvarez López
12:30-13:00	Osteopetrosis	Dra. Anabel Rodríguez
13:00-13:30	Contribuciones de los estudios genéticos en la práctica clínica en osteoporosis 13:00-13:15 Una mujer joven con fracturas vertebrales asociadas al embarazo — Dra. Blanca Antolín López 13:15-13:30 Un muchacho de 14 años enviado para evaluación de "enfermedad de Scheuermann" — Dr. Ramón De los Santos	
13:30-14:00	**Clausura**	Dr. Alejandro Sosa Caballero, Dr. Alfredo A. Reza Albarrán Dra. Teresita Bellido
14:00-15:45	México 3 Comida Lilly Nuevos horizontes en terapias inyectables en el paciente con diabetes con DM2: ADA 2019	Dr. Rafael Violante Ortíz

LIX CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA AC
Guadalajara, Jalisco
Del 5 al 9 de noviembre de 2019

Programa Académico

SIMPOSIA

Jueves 7 de noviembre

07:30-08:30	**SALÓN: Dr. David González Bárcena**
	DESAYUNO SIMPOSIO
	Coordinador: Dr. Alfonso Garduño Pérez
	SALÓN: Dr. Arturo Zárate Treviño
	Coordinador: Dr. Daniel Elías López
	SALÓN: Dr. Jorge Rosencranz
	Coordinador: Dr. Alfonzo Zapata Garrido Desayuno Simposio
08:30-08:45	**Inauguración y visita al área comercial**
08:45-09:35	**SALÓN: Dr. Salvador Zubirán Anchondo**
	Plenaria
	Coordinador: Dra. Maricela Vidrio Velázquez
09:45-11:15	**SALÓN: Dr. David González Bárcena**
	Simposio de Neuroendocrinología
	Coordinador: Dr. Daniel Cuevas Ramos
	SALÓN: Dr. Arturo Zárate Treviño
	Simposio Manejo Hospitalario de la Diabetes Tipo 2
	Coordinador: Dr. Jesús Ríos González, Dr. Ulises Pérez Hernández
	SALÓN: Dr. Jorge Rosencranz
	Simposio Endo Society Endocrinología Reproductiva
	Coordinador: Dr. Julio Mayorga Camargo, Dr. Alfredo Ulloa Aguirre
	SALÓN: Dra. Ofelia González Treviño
	Simposio Felaen Adrenales "Eje H-H-Suprarrenal en situaciones especiales"
	Coordinador: Dr. Pablo Fletcher Vázquez
11:15-12:15	**Trabajos orales, pósters y pósters comentados**
12.15-13:00	**ENCUENTRO CON EL PROFESOR**
	SALÓN: Dr. David González Bárcena
	Coordinador: Dra. Ma. Gabriela Rangel Sánchez
	SALÓN: Dr. Arturo Zárate Treviño
	Coordinador: Dr. Sergio Herández Jiménez
	SALÓN: Dr. Vidal Macías Torres
	Coordinador: Dra. Ma. del Rosario Arechavaleta Granell
	SALÓN: Dr. Jorge Rosencranz
	Coordinador: Dr. Julio Mayorga Camargo
	SALÓN: Dra. Ofelia González Treviño
	Coordinador: Dr. Alejandro Romero Zazueta
13:15-14:00	**SALÓN: Dr. Salvador Zubirán Anchondo**
	Plenaria
	Coordinador: Dra. Ma. Del Carmen Cravioto Galindo
14:00-15:45	**COMIDA SIMPOSIO**
	SALÓN: Dr. David González Bárcena
	Coordinador: Dr. Fernando Lavalle González
	SALÓN: Dr. Arturo Zárate Treviño
	Coordinador: Dr. Rogelio Zacarías Castillo
	SALÓN: Dr. Jorge Rosencranz
	Coordinador: Dr. René Rodríguez Gutiérrez
16:00-17:30	**SALÓN: Dr. Salvador Zubirán Anchondo**
	Simposio "Diabesidad, lipoinflamación y la importancia de la intervención dietética para su control
	Coordinador: Dr. Cesar Ochoa
	SALÓN: Dr. Jorge Rosencranz
	Simposio: Manejo del Hipogonadismo Femenino
	Coodinadora: Dra. Hilda Valencia

Viernes 8 de noviembre

07:30-08:30	**DESAYUNO SIMPOSIO**
	SALÓN: Dr. David González Bárcena
	Coordinador: Dr. Fernando Lavalle
	SALÓN: Dr. Arturo Zarate Treviño
	Coordinador: Dra. Danely Sabelia Montoya Morales
	SALÓN: Dr. Jorge Rosencranz
	Coordinador: Dra. Perla Carrillo González
08:30-08:45	**Visita al área comercial**
08:45-09:35	**SALÓN: Dr. Salvador Zubirán Anchondo**
	Plenaria
	Coordinador: Dr. Moisés Mercado Atri
09:45-11:15	**SALÓN: Dr. David González Bárcena**
	Simposio de Neuroendocrinologia
	Coordinador: Dra. Guadalupe Vargas Ortega
	SALÓN: Dr. Arturo Zárate Treviño
	Simposio Ejercicio
	Coordinador: Dr. Valentín Sánchez Pedraza
	SALÓN: Dr. Jorge Rosencranz
	Simposio Lípidos
	Coordinador: Dr. Antonio Escalante Herrera
	SALÓN: Dra. Ofelia González Treviño
	Simposio Tiroides
	Coordinador: Dra. Ceres Araceli Ochoa Sosa, Dra. Aleida de Jesús Rivera Hernández
11:15-12:15	**Trabajos orales, pósters y pósters comentados**
12.15-13:00	**ENCUENTRO CON EL PROFESOR**
	SALÓN: Dr. David González Bárcena
	Coordinador: Dr. Alfredo Pérez Nájera
	SALÓN: Dr. Arturo Zárate Treviño
	Coordinador: Dr. Sergio Zúñiga Guajardo
	SALÓN: Dr. Vidal Macías Torres
	Coordinador: Dr. Alfredo Castillo Mora
	SALÓN: Dr. Jorge Rosencranz
	Coordinador: Dra. Paloma Almeda Valdés
	SALÓN: Dra. Ofelia González Treviño
	Coordinador: Dr. Eduardo Márquez Rodríguez
13:15-14:00	**SALÓN: Dr. Salvador Zubirán Anchondo**
	Plenaria
	Coordinador: Dr. Sergio A. Godínez Gutiérrez
14:15-15:45	**COMIDA SIMPOSIO**
	SALÓN: Dr. David González Bárcena
	Coordinador: Dra. Rutila Castañeda Limones
	SALÓN: Dr. Arturo Zárate Treviño
	Coordinador: Dra. Nitzia López Juárez
	SALÓN: Dr. Jorge Rosencranz
	Coordinador: Dr. Agustín Madero Fernández del Castillo
16:00-17:30	**SALÓN: Dr. David González Bárcena**
	Simposio de la Sjen Encocrinología del Sistema Músculo Esquelético: Correlación Clínica
	Coordinador: Dra. Valeria Taylor Sánchez
	SALÓN: Dr. Arturo Zárate Treviño
	Simposios de Nutrigenética
	Coordinador: Dra. Ingrid Rivera
	SALÓN: Dr. Jorge Rosencranz
	Simposio de Prevención de Diabetes
	Coordinador: Dra. Margarita Torres Tamayo

Sábado 9 de noviembre

07:00-07:50	**SALÓN: Dr. Gustavo Vite Ruiz**
	Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus
	Dr. Sergio Hernández Jiménez
	SALÓN: Dr. Hans Leo Porias Cuéllar
	Grupo de Trabajo de Nutriología
	Dra. Victoria Eugenia Bolado García
	SALÓN: Dra. Cecilia María Gutiérrez Ávila
	Grupo de Trabajo Endocrinología Reproductiva
	Dra. Lizeth Alonso Salvador
07:50-08:40	**SALÓN: Dr. Miguel Castañeda Domínguez**
	Grupo de Trabajo de Obesidad
	Dr. Valentín Sánchez Pedraza
	SALÓN: Dr. Mariano Beltrán Adame
	Grupo de Trabajo de Tiroides
	Dra. Ceres Araceli Ochoa Sosa y Dra. Aleida de Jesús Rivera Hernández
	SALÓN: Dr. Gustavo Vite Ruiz
	Reunión RENACED
	Dra. Raquel Noemí Faradji Hazán
	SALÓN: Dr. Hans Leo Porias Cuéllar
	Registro EPIACRO
	Dr. Moisés Mercado Atri
	SALÓN: Dra. Cecilia María Gutiérrez Ávila
	Registro Hipercolesterolemia Familiar"
	Dr. Carlos A. Aguilar Salinas
08:30-08:45	**Visita al área comercial**
08:45-09:35	**SALÓN: Dr. Salvador Zubirán Anchondo**
	Plenaria
	Coordinador: Dra. Ceres Ochoa Sosa
09:45-11:15	**SALÓN: Dr. David González Bárcena**
	Simposio EASD Diabetes tipo 1
	Coordinador: Dr. Pieter Gillard, Dra. Paloma Almeda Valdés
	SALÓN: Dr. Arturo Zárate Treviño
	Simposio de la Sociedad de Endocrinología Pediátrica: Disforia de género
	Coordinador: Dra. Blanca Estela Aguilar Herrera
	SALÓN: Dr. Jorge Rosencranz
	Simposio Nutrición
	Coordinador: L.N. Susana Galindo Delfín
11:30-12:15	**Trabajos orales, pósters y pósters comentados**
	Dra. Esperanza Martínez Abundis
12:15-13:00	**ENCUENTRO CON EL PROFESOR**
	SALÓN: Dr. David González Bárcena
	AACE DIABETES 1
	Coordinador: Dra. Raquel N. Faradji Hazán
	SALÓN: Dr. Arturo Zárate Treviño
	Coordinador: Dr. Daniel Cuevas Ramos
	SALÓN: Dr. Vidal Macías Torres
	Coordinador: Dr. Alejandro Romero Zazueta
	SALÓN: Dr. Jorge Rosencranz
	Coordinador: Dr. Fernando J. Lavalle González
	SALÓN: Dra. Ofelia González Treviño
	Coordinador:
13:15-14:00	**SALÓN: Dr. Salvador Zubirán Anchondo**
	Plenaria
	Coordinador: Dr. Guillermo Umpierrez
14:15-15:45	**Clausura Expo Guadalajara**

Talleres

Jueves 7 de noviembre

16:00-19:00

SALÓN: Dr. Miguel Castañeda Domínguez
Taller Deficiencia de hormona de Crecimiento en el adulto
Coordinador: Dr. Alfredo Pérez Najera
SALÓN: Dr. Mariano Beltrán Adame
Taller Abordaje multidisciplinario de la DM2. Visión del endo, nefro y cardio
Coordinadora: Dra. Alma Rosa Álvarez Mendoza
SALÓN: Dr. Gustavo Vite Ruiz
Taller estratificación de riesgo e hipertensión arterial
Coordinador: Dr. Roberto Barrientos
SALÓN: Dr. Hans Leo Porias Cuéllar
Taller Formación de expertos en LibreView parte 1, aprendiendo a usar la plataforma LibreView, creación e interpretación de reportes
Coordinador: Dr. Salvador Pérez Plascencia
SALÓN: Dra. Cecilia María Gutiérrez Ávila
Taller diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias Sesion 1: Competencia: Identificar la etiología de una dislipidemia Metodología: Discusión de 3 casos clínicos
Coordinadores: Dr. Carlos A. Aguilar Salinas, Dra. Ivette Cruz, Dr. Daniel Elías

Viernes 8 de noviembre

16:00-19:00

SALÓN: Dr. Miguel Castañeda Domínguez
Taller de monitoreo de glucosa en el paciente tratado con insulina
Coordinador:
SALÓN: Dr. Mariano Beltrán Adame
Taller estratificación adecuada de riesgo cardiovascular en el paciente diabético y preferencias terapéuticas seguras
Coordinador:
SALÓN: Dr. Gustavo Vite Ruiz Ruiz
Taller de diabetes en el adulto mayor
Coordinador: Miguel Polanco Preza
SALÓN: Dr. Hans Leo Porias Cuéllar
Formación de expertos en LibreView parte 1, aprendiendo a usar la plataforma LibreView, creación e interpretación de reportes
Coordinador: Dra. Hilda Valencia Ramírez Taller
SALÓN: Dra. Cecilia María Gutiérrez Ávila
Taller: Carelink en el análisis de casos complejos de la vida real en usuarios de microinfusora
Coordinador:

Sábado 9 de noviembre

09:45-11:15

SALÓN: Dr. Gustavo Vite Ruiz
Taller para residentes
Coordinador
SALÓN: Dr. Hans Leo Porias Cuéllar
Taller de Ultrasonido de nódulo tiroideo
Coordinador
SALÓN: Dra. Cecilia María Gutiérrez Ávila
Taller revalorando el papel de las sulfonilureas a la luz de la nueva evidencia
Coordinador: Dr. Fernando Lavalle González

Presentaciones Orales

 # 101

Título: IMPACTO METABÓLICO Y COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTES OPERADOS EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

Autor principal: Dra. Alejandra Alarcón Sotelo

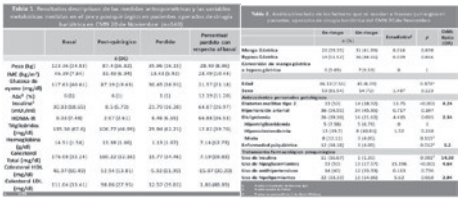
Email autor principal: alarcona_ale@hotmail.com

Autores: Vergara Alma, Servicio de Endocrinología del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE

Área a la que pertenece su trabajo: OBESIDAD

Resumen:

ANTECEDENTES. La obesidad (OB) es una enfermedad (enf) sistémica, multifactorial y crónica, que disminuye la calidad de vida y aumenta la morbi-mortalidad al ser un factor de riesgo para enfermedades no transmisibles. En México, >70% de los adultos >20 años padecen sobrepeso u OB. La piedra angular del tratamiento (tx) son las modificaciones al estilo de vida, y en ciertas situaciones puede acompañarse de tx farmacológico. La cirugía bariátrica (CB) ha demostrado ser una herramienta útil cuando estas medidas han fracasado en pacientes con IMC ≥40 kg/m2 o ≥35 kg/m2 con una o más complicaciones asociadas. OBJETIVO. Describir cambios metabólicos y principales complicaciones de los pacientes con OB mórbida tras ser sometidos a CB. MATERIAL Y MÉTODOS. Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, retrolectivo que incluyó a 148 pacientes operados de CB, en seguimiento por Endocrinología del 01 de enero del 2014 al 01 de enero del 2019. Se compararon medidas antropométricas, tensión arterial, biometría hemática, glucosa, A1c, triglicéridos, colesterol total, LDL y HDL, insulina, y uso de fármacos pre y postquirúrgico (postqx). Además, se describen principales complicaciones postqx, y factores prequirúrgicos (preqx) asociados con el fracaso quirúrgico (qx). RESULTADOS. La edad promedio (prom) fue de 45.53±8.03 años, sexo femenino 76.43%, 5 consultas de seguimiento prom. La manga gástrica fue la cirugía más realizada (55.71%). La mortalidad fue del 11.84% siendo sepsis abdominal por perforación yeyunal la principal causa. Se presentaron 14.49% complicaciones postqx, de las cuales el síndrome de dumping tardío y la hernia encarcerada fueron las más frecuentes. El 33.57% tenía antecedente de diabetes mellitus tipo 2 (DM 2), con remisión en un 53.85% (completa 85.71%). El 62.86% cursó con remisión de hipertensión arterial. El peso preqx prom fue 123.36±24.83 kg, postqx 87.4±24.83 kg con una pérdida de peso de 35.96±16.15 kg, todas las variables metabólicas presentaron mejoría postqx (Tabla 1). Sin embargo, el 97.14% no llegaron a un IMC normal, y 47.14% se catalogaron como personas aún en riesgo metabólico. Se encontraron como factores asociados al fracaso qx: DM 2 (OR 4.24), uso de insulina (OR 14.38), uso de hipoglucemiantes (OR 4.64), dislipidemia (OR 2.34), y enf psiquiátrica (OR 5.2). (Tabla 2) CONCLUSIONES. La CB se asocia a reducción de peso, mejora de diversas variables metabólicas, remisión de comorbilidades, y reducción de tx farmacológico postqx. Sin embargo, en nuestro estudio la mortalidad y complicaciones postqx fueron mayores a lo reportado; un gran porcentaje de pacientes no logran un IMC normal y persisten con alteraciones bioquímicas que los continúan situando en riesgo metabólico. BIBLIOGRAFÍA. Adams T, et al. Weight and metabolic outcomes 12 years after gastric bypass. N Engl J Med 2017;377:1143-55 Yumuk V, et al. European Guidelines for Obesity Management in Adults. Obes Facts 2015;8:402-24



 # 102

Título: "EVALUACIÓN INTEGRAL DE LA FUNCIÓN SEXUAL EN HOMBRES CON OBESIDAD SEVERA ANTES Y DESPUÉS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA"

Autor principal: Dr. Héctor Chávez Carlos

Email autor principal: heccalos_108@hotmail.com

Autores: Chávez-Carlos Héctor, Espinosa-Cárdenas Pattsy Etual, Sosa-Eroza Ernesto. Departamento de Endocrinología, Hospital de Especialidades CMNSXXI.

Área a la que pertenece su trabajo: OBESIDAD

Resumen:

Antecedentes: La obesidad es un problema de salud que además de producir comorbilidades metabólicas y mecánicas, presenta alteraciones en el eje gonadal, el funcionamiento sexual y la fertilidad. Los pacientes con obesidad tienen niveles disminuidos de testosterona, hormona folículo estimulante y hormona luteinizante y un incremento en los niveles de estradiol, lo que traduce un hipogonadismo multifactorial con un efecto deletéreo en la función sexual y en la fertilidad. Objetivos: Determinar la prevalencia de hipogonadismo en pacientes con obesidad grave pertenecientes a la clínica de obesidad del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, así como comparar las concentraciones de testosterona y gonadotropinas y la función sexual evaluada con el índice internacional de disfunción eréctil (IIEF) entre los pacientes pre y pos operados de cirugía bariátrica. Material y métodos: Pacientes mayores de 18 años, con IMC > 40 kg/m2 candidatos a cirugía bariátrica o que hayan sido operados, pertenecientes a la clínica de obesidad. Se les aplicó el IIEF, se determinaron niveles de testosterona y gonadotropinas y medidas antropométricas. Las comparaciones entre el grupo pre y posquirúrgico de variables cuantitativas se realizaron con T Student o U Mann Whitney, de acuerdo a la distribución; y las variables cualitativas con X2. Se consideró como significativa una p <0.05. Resultados: Se incluyeron un total de 85 pacientes, 63 en el grupo prequirúrgico y 22 en el posquirúrgico. Hubo una prevalencia de 51% de pacientes con hipogonadismo hipogonadotrófico y de 41% de disfunción eréctil en el grupo prequirúrgico. Se encontró que al incrementarse el IMC disminuían más los niveles de testosterona, aumentando la frecuencia de hipogonadismo hipogonadotrófico, así como la frecuencia de disfunción eréctil. En la población posquirúrgica se encontró hipogonadismo y disfunción eréctil sólo en el 18% del grupo, siendo ambas proporciones significativamente menores que en el grupo prequirúrgico (p 0.01 y p 0.05 respectivamente). No hubo una diferencia significativa en el resto de los componentes evaluados por el IIEF (función orgásmica, deseo sexual, satisfacción sexual, satisfacción general y el puntaje total) entre los grupos. Conclusiones: La pérdida de peso posterior a la cirugía bariátrica en pacientes masculinos se asocia a aumento de niveles de testosterona en correlación a un mayor puntaje en la esfera de función eréctil. No parece haber una diferencia en cuanto al resto de los rubros evaluados por el IIEF entre el grupo pre y posquirúrgico, esto probablemente asociado a que se tratan de rubros con un componente psicológico importante y la persistencia de factores asociados como depresión o baja autoestima. Bibiografía: Lee Y, Dang JT. Impact of Bariatric Surgery on Male Sex Hormones and Sperm Quality: a Systematic Review and Meta-Analysis. Obes Surg. 2019;29(1): 334-346.

#103

Título: EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LA REMISIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN PACIENTES CON OBESIDAD EXTREMA

Autor principal: Dr. Jesús Gaytán García de Alba

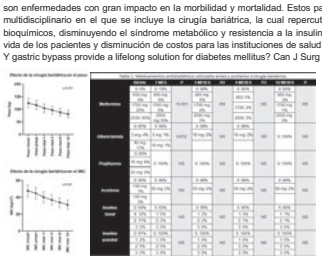
Email autor principal: chuygaytan_@hotmail.com

Autores: Molina A. Mario Antonio, Ferreira H. Aldo, Aquino B. Ashli Guadalupe. Servicio de Endocrinología UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI

Área a la que pertenece su trabajo: OBESIDAD

Resumen:

ANTECEDENTES: La obesidad es una epidemia, en México 3% de la población tiene obesidad extrema. Se relaciona con resistencia a la insulina, enfermedad cardiovascular, hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 (DM2), disminuye la calidad de vida, aumenta la mortalidad y costos de la atención. La cirugía bariátrica logra la reducción de peso y disminuye el riesgo de comorbilidades, en algunos pacientes logra remisión de la DM2. La Asociación Americana de Diabetes (ADA) en el 2010, propuso el tratamiento quirúrgico en pacientes con DM2 e IMC de >35 kg/m2 y estableció los términos de remisión con la HbA1c <5.7% o mejoría con HbA1c 5.7-6.4% con por lo menos 1 año sin tratamiento antidiabético. OBJETIVO: Evaluar la efectividad de la cirugía bariátrica en la remisión de la DM2, los cambios bioquímicos e identificar tratamiento médico y dosis de antidiabéticos, antes y después a la cirugía en pacientes con obesidad extrema que se sometieron a bypass gástrico en Y de Roux (BGYR), manga gástrica (MG) y bypass gástrico de una sola anastomosis (BAGUA). MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, en pacientes con DM2 con obesidad extrema sometidos a cirugía bariátrica. Por medio del registro y una base de datos se identificaron los pacientes y se recabó la información por medio del expediente médico. RESULTADOS: Se evaluaron 85 pacientes. 38 operados de BAGUA, 38 de BGYR y 9 de MG. 75% eran mujeres, 25% hombres, media de edad de 48.7±8.7, con media de peso inicial de 124.4±19.4 kg. Se logró reducción significativa de peso con dieta y ejercicio, con media de peso previo a la cirugía 116.6±28.3 kg. Se observó reducción en el peso y en el IMC posterior a 1, 3, 6 y 12 meses de la cirugía (fig 1), con una mediana de peso a 12 meses 79.2 kg (RIC 71.6-92 kg). El porcentaje de exceso de peso perdido a 12 meses fue de 60.8%±22. Hubo una reducción en las concentraciones de glucosa, colesterol total, colesterol LDL, insulina, HbA1c e índice HOMA-IR y aumento del colesterol HDL en todos los pacientes sin diferencia entre los tres tipos de cirugía. Se logró reducción del número y dosis de antidiabéticos orales e insulina (tabla 1). Posterior a la cirugía se suspendió cualquier tratamiento antidiabético en 62 pacientes (72%). Se encontró remisión de la diabetes en 63.5%, y mejoría en 8.5%. A los 12 meses el 94.1% alcanzó una HbA1c de menos de 6.5%. CONCLUSION: la DM2 y la obesidad extrema son enfermedades con gran impacto en la morbilidad y mortalidad. Estos pacientes se benefician del manejo integral y multidisciplinario en el que se incluye la cirugía bariátrica, la cual repercute en la disminución de peso y los valores bioquímicos, disminuyendo el síndrome metabólico y resistencia a la insulina, con lo cual hay mejoría en la calidad de vida de los pacientes y disminución de costos para las instituciones de salud. BIBLIOGRAFIA: Hussain A. Can Roux-en-Y gastric bypass provide a lifelong solution for diabetes mellitus? Can J Surg 2009;52:269-75.



 # 104

Título: ANORMALIDADES EN EL METABOLISMO ÓSEO EN SUJETOS CON ≥5 AÑOS DE OPERADOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Autor principal: Dra. Dania Lizet Quintanilla Flores

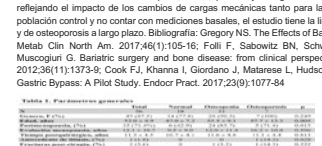
Email autor principal: dra.quintanilla.endo@gmail.com

Autores: Quintanilla Flores Dania Lizet, Reza Albarrán Alfredo Adolfo, Gómez Herrera Laura Gabriela, Almeda Valdés Paloma, Vázquez Velázquez Verónica, García García Juan Eduardo, Aguilar Salinas Carlos Alberto, Viveros Ruiz Tania*, Andino Ríos Gerson*, Herrera Hernández Miguel Francisco*, Pantoja Millan Juan Pablo*, Velázquez Fernández David*, Sierra Salazar Mauricio*

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

Antecedentes: La cirugía bariátrica es un tratamiento efectivo para la obesidad, que resulta en pérdida de peso y mejora de sus comorbilidades. Después de la cirugía hay cambios en hormonas intestinales y de tejido adiposo y se genera un estado de malabsorción intestinal, los cuales impactan en el metabolismo óseo. La cirugía bariátrica se asocia a disminución en la densidad ósea (DMO) deficiencia de vitamina D (DVD), hiperparatiroidismo secundario e incremento en el riesgo de fracturas, especialmente con mayor tiempo de evolución. Objetivo: Evaluar las anormalidades en el metabolismo óseo después de ≥5 años de cirugía bariátrica. Material y métodos: Estudio observacional, transversal, descriptivo en 56 sujetos con ≥5 años de cirugía bariátrica. Se estableció la prevalencia de osteoporosis y fracturas. Se evaluaron parámetros bioquímicos, ingesta de micronutrientes y macronutrientes, parámetros antropométricos, y distribución de tejidos blandos por densitometría ósea, y su correlación con mayor deterioro en la DMO. Resultados: La edad promedio fue 53.0±9.9 años, 87.5% mujeres. Los pacientes utilizan 3,837±2,237 UI de vitamina D al día y tienen un aporte de calcio de 1,242±556 g. Se logró un exceso de peso perdido (EPP) al nadir de 70.5±17.4 kg, 45 pacientes (88.2%) completaron el 50% del EPP y 23 (45.1%) el 75% del EPP. La prevalencia de osteoporosis fue 12.5%, osteopenia 55.4%, fracturas 3.6%. Dentro de las deficiencias nutricionales destacan hipocalciuria 58.3%., DVD 30.2% e hipocitraturia 60.6% (Tabla 1). Edad ≥50 años, postmenopausia, IMSR tercil inferior, hipocalciuria y elevación de N-telopéptidos representaron los principales factores de riesgo para osteopenia y osteoporosis. Conclusiones: La prevalencia de alteraciones en la DMO a largo plazo después de cirugía bariátrica es elevada, afectando a cerca de dos terceras partes de la población después de 11 años de seguimiento. Es frecuente encontrar DVD, hipocalciuria e hipocitraturia, incluso a pesar de adecuada suplementación de calcio y vitamina D. Los cambios antropométricos influyen directamente en la disminución en la DMO, destacando menor peso, IMSR, porcentaje de grasa androide/ginecoide y mayor porcentaje de EPP, reflejando el impacto de los cambios de cargas mecánicas tanto para la columna como para la cadera. Al carecer de población control y no contar con mediciones basales, el estudio tiene la limitante de no poder estimar riesgos de fractura y de osteoporosis a largo plazo. Bibliografía: Gregory NS. The Effects of Bariatric Surgery on Bone Metabolism. Endocrinol Metab Clin North Am. 2017;46(1):105-16; Folli F, Sabowitz BN, Schwesinger W, Fanti P, Guardado-Mendoza R, Muscogiuri G. Bariatric surgery and bone disease: from clinical perspective to molecular insights. Int J Obes (Lond). 2012;36(11):1373-9; Cook FJ, Khanna I, Giordano J, Matarese L, Hudson S. Long-Term Bone Health after Roux-En-Y Gastric Bypass: A Pilot Study. Endocr Pract. 2017;23(9):1077-84



 # 105

Título: Eficacia y seguridad de Semaglutide 0.5 mg vs. Dulaglutide 1.5 mg una vez a la semana en la diabetes tipo 2: un análisis post-hoc de SUSTAIN 7

Autor principal: Dr. Paloma Almeda Valdes

Email autor principal: edusl10@hotmail.com

Autores: RICHARD E. PRATLEY, VANITA R. ARODA, THEIS GONDOLF, THOMAS HANSEN, ILDIKO LINGVAY, JOERG, LUEDEMANN, TRINE VANG SKJOETH and ADIE VILJOEN, EDURNE SANDOVAL DIEZ

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Semaglutida y Dulaglutida son agonistas del receptor del péptido parecido al glucagón tipo 1 para el tratamiento de la diabetes tipo 2 (DT2). En SUSTAIN 7, un ensayo clínico de grupo paralelo, internacional, abierto, en adultos con descontrol glucémico, se asignó al azar (1:1:1:1) a semaglutida subcutánea o dulaglutida una vez a la semana a baja dosis (0.5 vs 0.75 mg) o dosis altas (1.0 vs. 1.5 mg). Semaglutide proporcionó un control glucémico superior y reducciones mayores en peso corporal a dosis bajas y altas. Para estudiar las dosis disponibles en la práctica clínica, realizamos un post hoc análisis de los efectos de la dosis baja de semaglutida (0.5 mg) frente a la dosis alta de dulaglutida (1.5 mg) en la semana 40, utilizando métodos estadísticos en análisis preespecificados publicados. La edad media de los sujetos fue de 56 años, HbA 8.2%, duración de la diabetes media de 7.4 años; el 77de la población eran blancos. Los datos de eficacia (Tabla) muestran un control glucémico y presión arterial similares, y una mayor pérdida de peso, para semaglutida 0.5 mg vs. dulaglutida 1.5 mg. Con respecto a la frecuencia y severidad de los efectos adversos, los eventos (EA) fueron similares para semaglutida y dulaglutida, incluidos los EA gastrointestinales (GI) (náuseas: 23% vs.20%, respectivamente; Vómitos: 10%, cada tratamiento). La interrupción prematura debida a GI AE ocurrió en el 5% de sujetos en cada brazo. En resumen, 0.5 mg de semaglutida mostraron mejoras similares en el control glucémico y una mayor pérdida de peso en comparación con dulaglutida 1.5 mg en la semana 40, mientras que muestra una tolerabilidad similar en sujetos con DT2.

Table. Efficacy data for semaglutide low (0.5 mg) vs dulaglutide high (1.5 mg) dose

	Semaglutide 0.5 mg n=301	Dulaglutide 1.5 mg n=299
HbA_{1c}, %		
Baseline	8.3 (1.0)	8.2 (0.9)
Change from baseline at week 40	−1.5 (0.1)	−1.4 (0.1)
ETD [95% CI]	−0.14 [−0.30;0.01] p=0.0756	
Glycemic responses, %		
Proportion of subjects achieving HbA_{1c} <7.0% at week 40	68	67
Proportion of subjects achieving HbA_{1c} ≤6.5% at week 40	49	47
Body weight, kg		
Baseline	96.4 (24.4)	93.4 (21.8)
Change from baseline at week 40	−4.6 (0.3)	−3.0 (0.3)
ETD [95% CI]	−1.58 [−2.35;−0.82] p<0.0001	
Weight loss responses, %		
Proportion of subjects achieving weight loss ≥5%	44	30
Proportion of subjects achieving weight loss ≥10%	14	8
Blood pressure, mmHg		
Baseline	134 (14.8)/81 (9.0)	132 (13.6)/80 (8.7)
Change from baseline at week 40	−2.4 (0.8)/−0.6 (0.5)	−2.9 (0.8)/−0 (0.5)
ETD [95% CI]	0.42 [−1.68;2.52] p=0.697/−0.54 [−1.86;0.79] p=0.426	

Values are mean (SE) change from overall baseline mean (SD) or ETD (95% CI), unless otherwise indicated, from a mixed model for repeated measurements analysis using on-treatment without rescue medication data. CI, confidence interval; ETD, estimated treatment difference; NS, not significant; SD, standard deviation, SE, standard error.

 # 106

Título: SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 1: PREVALENCIA Y COMPLICACIONES ASOCIADAS

Autor principal: Dr. NEFTALI EDUARDO ANTONIO VILLA

Email autor principal: nefoantonio@hotmail.com

Autores: ANTONIO-VILLA NEFTALI EDUARDO*1,2 (presentado por AVP), GARCÍA-T. AILÍ3, CASTILLO-G CARMEN3,4, SANCHEZ-R KARLA L4, POLANCO-P MIGUEL A5, GONZALEZ-G GUILLERMO6, YEPEZ-R ALICIA E7, VIDRIO-V MARICELA8, VALENZUELA-M JULIO C9, ROMERO-Z ALEJANDRO10, MENDOZA R MIGUEL A11, GUAJARDO-J MANUEL12, TAVERA-H MARCELA13, FARADJI-H RAQUEL N4,14 y ALMEDA-V PALOMA2 1.- PECEM, UNAM, 2.- UIEM, INNCMSZ, 3.- Endocrinología, INNCMSZ, 4.- Clínica EnDi, 5.- H. Civil de Guadalajara Fray A. Alcalde, 6.- Ins. Jalisciense de Inv. Diabetes y Obesidad, 7.- CHS, 8.- IMSS HGR 110, 9.- H. Gineco-Pediatria-31 IMSS, 10.- C. de Endocrinología, Culiacán, 11.- C. de Diabetes, SLP, 12.- AMCCI, Drg, 13.- HAL, México, 14.- Centro Médico ABC

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

ANTECEDENTES: El síndrome metabólico (SM) es un constructo utilizado para evaluar alteraciones metabólicas, también ligadas a resistencia a la insulina (IR). La asociación del SM en diabetes tipo 1 (DM1), a metas de tratamiento y sus complicaciones ha sido poco explorada. OBJETIVO: Evaluar la prevalencia del SM en el Registro Nacional de Pacientes con Diabetes Tipo 1 (RENACED DT1) así como su impacto en desenlaces metabólicos (metas de tratamiento y complicaciones). Adicionalmente, se utilizaron los índices "Metabolic Syndrome Score for Insulin Resistance" (METS-IR) y "Estimated Glucose Disposal Rate" eGDR como dos subrogados de RI (1,2). MATERIAL Y MÉTODOS: Se utilizó la definición de "Harmonized MS-Definition", donde se omitió el criterio de glucosa alterada en ayuno (≥100 mg/dl) (3). Se definió SM como la presencia de 2/4 criterios. Adicionalmente, se utilizó la escala contínua denominada "Metabolic Syndrome Z-Score Risk" (MS-Z-Score) para evaluar su correlación con los subrogados de RI (4). Se determinó mediante regresión logística la asociación de SM con desenlaces metabólicos y regresión lineal para evaluar la asociación con los subrogados de RI. RESULTADOS: De 1420 sujetos en RENACED DT1, 164 (11.5%) pacientes tuvieron datos completos para "Harmonized MS-Definition", de los cuales 77 (46.9%) cumplían criterios para SM. Los sujetos con SM tuvieron una mayor asociación con LDL ≥100 mg/dl (OR: 2.09; 95% IC: 1.08-4.07) y nefropatía (OR: 3.29; 95% IC: 1.26-8.55). Los sujetos con SM tuvieron mayor índice METS-IR (44.20, RI: 38.9-49.9 vs 35.46, RI: 32-39; p<0.001) y menor eGDR (7.98, RI: 6.8-8.8 vs 9.32, RI: 8.1-11; p<0.001). Finalmente, la escala MS-Z-Score, correlacionó a un mayor índice de METS-IR (r= 0.491; 95% IC: 0.353-0.608) y un menor eGDR (r= -0.312; 95% IC: -0.463 a -0.141). CONCLUSIONES: La prevalencia de SM en RENACED DT1 fue de 46.9%. El constructo de SM se asoció a descontrol de LDL y nefropatía. Los sujetos con SM tienen un componente de RI, evaluado por subrogados (METS-IR y eGDR). Se requiere replicar esta asociación en otros estudios. CONFLICTOS DE INTERES: Ninguno REFERENCIAS: 1. Bello-Chavolla OY, Almeda-Valdes P, Gomez-Velasco D, Viveros-Ruiz T, Cruz-Bautista I, Romo-Romo A, et al. METS-IR, a novel score to evaluate insulin sensitivity, is predictive of visceral adiposity and incident type 2 diabetes. Eur J Endocrinol. 2018;178(5):533–44. 2. Epstein EJ, Osman JL, Cohen HW, Rajpathak SN, Lewis O, Crandall JP. Use of the estimated glucose disposal rate as a measure of insulin resistance in an urban multiethnic population with type 1 diabetes. Diabetes Care. 2013;36(8):2280–5. 3. K.G.M.M. A, et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome. Circulation. 2009;120(16):1640–5. 4. Gurka MJ, Filipp SL, Musani SK, Sims M, DeBoer MD. Use of BMI as the marker of adiposity in a metabolic syndrome severity score: Derivation and validation in predicting long-term disease outcomes. Metabolism. 2018;Jun;83:68-74

 # 107

Título: DIFERENCIAS EN CONTROL METABÓLICO Y COMPLICACIONES EN PACIENTES QUE VIVEN CON DIABETES TIPO 1 ENTRE CENTROS PÚBLICOS Y PRIVADOS EN MÉXICO.

Autor principal: Dra. Alli Lupita Garcia Tuomola

Email autor principal: alilup@gmail.com

Autores: García-Tuomola Alli1,V Antonio-V Neftalí E2*,De la Garza-H Natalia E3,Valadez-C Mayra4, Bustamante-M Jorge F5, Islas-O Laura6,Martinez-R Méndez Angélica7, Escobedo-O Ana R8, Ferreira-H Aldo9, Miracle-L Sigfrido10, Figueroa-A Mario11,Madriz-P Ramón12,Ceballos-M José J12 ,Galindo-C Carmen13, Almeda-V. Paloma1, Faradji-Hazán Raquel N. 13,14 a nombre del GRUPO RENACED DT1 1.INCMNSZ, 2.UNAM, 3.CEMEDIN, 4.Hospital de Especialidades Del Niño y La Mujer, 5.Hospital General de Tepic,6.Hospital del Niño DIF, 7.Hospital Español, 8.Hospital General Dr. Miguel Silva, 9.Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI 10.Hospital Ángeles de las Lomas 11.Hospital General de Zona #1 IMSS,12.SEDENA, 13.Clínica EnDi. 14. Centro Médico ABC

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

ANTECEDENTES La DT1 (diabetes tipo 1) es la enfermedad crónica más común de la infancia. Requiere educación, monitoreo y tratamiento médico continuo. Se realizó un análisis para ver si existe disparidad en el grado de control metabólico y complicaciones entre los sectores públicos y privados en México en la base de datos del Registro Nacional de Pacientes con Diabetes Tipo 1 (RENACED DT1). OBJETIVO: Describir las características sociodemográficas, control metabólico, tratamiento y complicaciones de los pacientes que reciben atención en instituciones públicas y privadas registrados en RENACED DT1. MATERIAL Y MÉTODOS: Se compararon variables sociodemográficas, antropométricas, metabólicas, educación en diabetes, tipos de insulina utilizadas, monitoreo de glucosa, complicaciones agudas y crónicas entre pacientes atendidos en el sector público y privado. RESULTADOS: De los 1,458 pacientes registrados, se encontraron diferencias significativas entre los niveles de HbA1c (7.8% instituciones privadas vs 8.7% en públicas, p<0.001) y alcance de meta de HbA1c <7% (30.1% instituciones privadas vs 19.6% públicas, p<0.001). En las instituciones privadas, 47.1% de los pacientes utilizan terapia con microinfusora, y 44.7% utilizan basal-bolo con inyecciones (p<0.001), mientras qué en las instituciones públicas, el 2.6% utiliza microinfusoras y el 84.8% basal bolo (p<0.001) (Cuadro 1). El 30.4% de los pacientes en instituciones privadas realizan monitoreo de glucosa 6 a 10 veces al día vs el 14.3% de los pacientes en instituciones públicas (p<0.001). El uso de monitoreo continuo de glucosa ocurre en el 46.4% de los pacientes del sector privado vs 5% del sector público (p<0.001). Un mayor número de pacientes del sector privado aplican insulina realizando conteo de carbohidratos comparado con el sector público (89.1% vs 31.3%, p<0.001). No se encontraron diferencias significativas en cuanto a hipoglucemias leves y moderadas, pero si hubo una mayor incidencia de hipoglucemias severas en el sector público vs privado (57 vs 43%, p<0.001). Así mismo, se encontró mayor prevalencia de nefropatía en el sector público vs privado (82.9 vs 17.1%, p=0.034) CONCLUSIONES: Se encontraron diferencias significativas en cuanto a monitoreo de glucosa, aplicación de conteo de carbohidratos, modo de administración, tipos y esquemas de insulina utilizados entre los pacientes del sector público versus privado, que pudieran explicar las diferencias observadas en el control metabólico, así como las complicaciones. Es imperativo que se implementen políticas de salud pública, para disminuir estas diferencias, y que todas las personas que viven con DT1 puedan tener acceso a un tratamiento completo. BIBLIOGRAFÍA: Doubova et al. Socio-demographic and clinical characteristics of type 1 diabetes patients associated with emergency room visits and hospitalizations in Mexico. BMC Health Services Research (2018) 18:602



 # 108

Título: ALTERACIONES EN LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA EN MUJERES CON PRODUCTOS MACROSÓMICOS SIN DIABETES GESTACIONAL DETECTADA.

Autor principal: Dr. Rafael Violante Ortiz

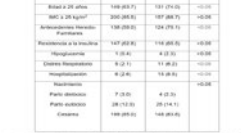
Email autor principal: dr.violante@hotmail.com

Autores: REQUENA CLAUDIO* (Violante Ortiz Rafael), AMAYA LUIS*, TABET MERUAN*, LOZANO ISAURO*, RETA RODOLFO*, PANCARDO MAGNOLIA* Departamento de Endocrinologia. Hospital General Regional No. 6 Cd. Madero, Tam Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro de Estudios de Investigación Metabólicos y Cardiovasculares Tampico, Tam.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

INTRODUCCIÓN: La macrosomía es definida como productos ≥4,000 g se asocia con el sobrepeso, la obesidad materna y a la Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), predisponiendo al producto y a su madre a una variedad de complicaciones materno-fetales incluyendo un mayor número de cesáreas, laceración del tracto genital, hemorragia postparto, distocia de hombro, hipoglucemia e incluso muerte neonatal. OBJETIVO: Determinar la prevalencia de alteración en la tolerancia a la glucosa en mujeres con producto macrosómico sin diagnóstico previo de DMG. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal, descriptivo y prospectivo realizado en el Hospital Regional General No.6 "Lic. Ignacio García Téllez" del IMSS en Ciudad Madero, Tamaulipas. Se estudiaron 411 mujeres puérperas, que tuvieron un producto macrosómico y que no eran portadoras de DMG, fueron invitadas a participar en el estudio. A todas ellas se les realizó una encuesta para determinar factores de riesgo de DMG y posteriormente una Curva de Tolerancia a la Glucosa Oral de 75g antes de las 48 horas postparto, y se les clasificó como intolerancia a la glucosa (IGT) o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) de acuerdo con los criterios propuestos por la ADA. Se recabaron los datos de los productos de cada grupo. RESULTADOS: El 43.1% (n=177) presentó algún tipo de alteración en la tolerancia a la glucosa, 33.6% (n=138) IGT y 9.5% (n=39) DM2. El número total de factores de riesgo para DMG fue significativamente mayor en las mujeres con alteración en la tolerancia a la glucosa (5.68 vs 4.98). Más del 80% de las participantes presentaban sobrepeso u obesidad y más del 60% tenía antecedentes heredofamiliares de diabetes y signos de resistencia a la glucosa. Sólo la edad ≥25 años y los antecedentes familiares de diabetes fueron estadísticamente significativos (p<0.05), los productos fueron similares en ambos grupos en peso (4.2 + 0.2 vs 4.3 + 0.3 kg), Apgar 0´ (8.0 + 0.7 vs 7.9 + 1.1) y apgar 5´ (8.9 + 0.5 vs 8.9 + 0.7). En los productos se presentó más casos de hipoglucemia en el grupo de madres con alteración en la tolerancia a la glucosa (4 vs 1) pero sin diferencia estadísticamente significativa. Solo el síndrome de distrés Respiratorio y la hospitalización alcanzaron esta diferencia (p<0.05) (Tabla 1). CONCLUSIONES: La prevalencia de alteración en la tolerancia a la glucosa en el postparto en mujeres que tuvieron productos macrosómicos es muy alta. Esto puede asociarse a casos de DMG no detectada o al sobrepeso y obesidad de sus madres.



 # 109

Título: EFICACIA DE LA ADMINISTRACION PERCUTANEA, GUIADA POR ULTRASONIDO, DE POLIDOCANOL PARA LA ABLACION DE NODULOS TIROIDEOS QUISTICOS

Autor principal: Dra. Marlen Alejandra Alvarez Castillo

Email autor principal: malevarez@hotmail.com

Autores: Segovia Palomo, Antonio. Clínica de Tiroides del Servicio de Endocrinología. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Introducción: El nódulo tiroideo quístico es una variante de presentación de la enfermedad nodular, puede condicionar síntomas compresivos, el drenaje de la lesión es una alternativa para su manejo, pero presenta una elevada tasa de recidiva, la inyección de etanol es una alternativa para casos refractarios pero requiere múltiples sesiones y no está exenta de recidiva, al respecto el polidocanol puede representar una mejor alternativa para el tratamiento. Objetivo: Determinar la eficacia del polidocanol para la ablación de la enfermedad nodular tiroidea quística. Diseño del estudio: Se realizó un estudio experimental, prospectivo, comparativo de antes y después y analítico. Periodo y Población: Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años, con diagnóstico de enfermedad nodular tiroidea quística a los cuales se les realizó drenaje de la lesión y posterior ablación con polidocanol al 1%, considerando eficacia terapéutica una reducción de al menos 50% respecto al volumen inicial. Resultados: Se estudiaron en total 33 pacientes, 29 (87.9%) mujeres, con una edad de 49.1 (16.08) años. Todos con lesiones palpables, tiempo de identificación de 14.2 (9.1) meses y un tamaño por palpación de 3.3 (1.8) cms. Localización predominante fue en lóbulo derecho (51.5%), 20 (60.6%), refirieron crecimiento previo al procedimiento condicionando sintomatología compresiva. La composición principal fue quiste puro y único en 16 (48.5%). 10 (30.3%) refirieron problema cosmético importante/ disfagia. La TSH fue de 1.76 (1.28) mU/ ml. Un volumen inicial de 12.41 (10.15) ml y un volumen final de 5.39 (10.2) ml, p 0.000 (IC 95% 3.9, 10.8). 3 (9.1%) presentó hematoma y 2 (6.1%) dolor. Tiempo de seguimiento 16.12 (10.85) semanas. Porcentaje de reducción 73.2 (27.5), 28 (84.8%) lograron una reducción de ≥50% y en 17 (51.5%) ≥80% del volumen inicial. Conclusiones: El polidocanol es efectivo y seguro para el tratamiento de enfermedad nodular tiroidea quística, por lo que debe plantearse su empleo en los pacientes con esta patología. Bibliografía: 1. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2016; 26 (1):1-133. 2. Gharib H, Papini E, Garber JR, et al. American association of clinical endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the diagnostic and management of thyroid nodules, 2016 update. Endocrine Pract 2016:22(sup 1):1-60. Palabras Clave: Nódulo quístico, polidocanol.

 # 110

Título: ANÁLISIS DE LAS DOSIS DE LEVOTIROXINA EN MUJERES EMBARAZADAS CON HIPOTIROIDISMO CLÍNICO

Autor principal: Angel de Jesus Betanzo Rios

Email autor principal: angel.betanzo@alumno.buap.mx

Autores: Betanzo Rios Angel de Jesus* (Garcia Espinosa Elida Yolanda) Garcia Espinosa Elida Yolanda Herrera Rodriguez Manuel Alejandro*(Garcia Espinosa Elida Yolanda) Nicanor Mayo Aldo*(Garcia Espinosa Elida Yolanda) Nieva Vazquez Adriana*(Garcia Espinosa Elida Yolanda) Benemérita Universidad Autónoma de Puebla Complejo Regional Sur Hospital de la mujer y Neonatología de Tehuacán

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Antecedentes: La enfermedad tiroidea es el segundo trastorno endocrino más común que afecta a las mujeres en edad reproductiva (Carney et al. 2014).Esta condición se asocia con abortos, anemia materna, hipertensión inducida por el embarazo, parto prematuro, sufrimiento fetal, bajo peso al nacer y deterioro neuropsicológico (Turunen et al., 2019)(Alexander et al.2017). Objetivo: Analizar la dosificación de levotiroxina en mujeres embarazadas con hipotiroidismo clínico. Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal con los expedientes clínicos completos de pacientes del hospital de la mujer de Tehuacán, con diagnósticos de embarazo de hipotiroidismo del año 2014 al 2018. Resultados: Las dosis de levotiroxina que aumentaron del segundo al tercer trimestre que se analizaron de presentan en la Tabla 1, las pacientes restantes que no se encuentran en la tabla tuvieron una dosis de levotiroxina que no aumentó del segundo al tercer trimestre, trimestre en el cual la mayoría de las pacientes ya contaba con un tratamiento sustitutivo. Conclusiones:En el estudio realizado por Sullivan et al., 2017, compararon el aumento empírico en pacientes con HC por encima de la dosis diaria de LT4 previa al embarazo en incrementos de hasta tres dosis por semana, que, aunque segura, provocó la disminución de TSH en sangre hasta valores subnormales <0.1 mU/l, comparando al segundo grupo del mismo estudio en la que los ajustes de las dosis se realizaron en incrementos de µg /día basados en TSH sérica y la dosis de LT4 previa al embarazo, las cuales si llegaron a cifras de control esperadas de TSH; si comparamos esto con nuestros resultados podemos observar que la TSH sérica disminuyó en los últimos trimestres del embarazo gracias a la dosificación de levotiroxina basada en las mediciones de TSH por lo cual hubo pocas complicaciones maternas y fetales. Bibliografía Carney, L., Quinlan, J., & West, J. (2014). Thyroid disease in pregnancy. Am Fam Physician, 273(8), 273–8. Alexander, E. K., Pearce, E. N., Brent, G. A., Brown, R. S., Chen, H., Dosiou, C., … Sullivan, S. (2017). 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. Thyroid, 27(3), 315–389. https://doi.org/10.1089/thy.2016.0457 Turunen, S., Väärämäki, M., Männistö, T., Hartikainen, A.-L., Lahesmaa-Korpinen, A.-M., Gissler, M., & Suvanto, E. (2019). Pregnancy and Perinatal Outcome Among Hypothyroid Mothers: A Population-Based Cohort Study. Thyroid, 29(1), 135–141. https://doi.org/10.1089/thy.2018.0311 Sullivan, S. D., Downs, E., Popoveniuc, G., Zeymo, A., Jonklaas, J., & Burman, K. D. (2017). Randomized Trial Comparing Two Algorithms for Levothyroxine Dose Adjustment in Pregnant Women With Primary Hypothyroidism. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102(9), 3499–3507. https://doi.org/10.1210/jc.2017-01086

Tabla 1. Dosis de Levotiroxina mgr (Promedio por día)

Aumento de dosis (segundo a tercer trimestre)		aumenta
114	136	19%
171	228	33%
86	100	20%
125	150	20%
71	86	21%
85	86	1%
36	42	16%
114	150	31%
Promedio		20%
Disminución de dosis (segundo a tercer trimestre)		**disminuyó**
75	50	33%
86	64	24%
121	114	6%
100	86	14%
100	86	14%
Promedio		18%

Fuente: Tabla elaborada por los autores con datos de los expedientes

 # 111

Título: PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN TIROIDEA EN ADULTOS SANOS SEGÚN SU CONSUMO DE YODO: LA COHORTE SALMEX

Autor principal: Dr. Iván Pérez Díaz

Email autor principal: ivan.endocrino@gmail.com

Autores: Flores-Rebollar Armando1,Correa-Rotter Ricardo2, Vega-Vega Olynka2, Rivera-Moscoso Raúl1, Fagundo-Sierra Reyneric3, Carbajal-Morelos Sergio L1, Osorio-Landa Hillary K1, Salvador Hernández Castellanos4 Rosa Elena Aguilar Fuentes4,Francisco Martín del Campo Lizaola4. 1. Department of Internal Medicine. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Mexico City, Mexico. 2. Department of Nephrology and Mineral Metabolism. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Mexico City, Mexico. 3. Central Laboratory. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Mexico City, Mexico. 4. Tecnológico de Monterrey, Mexico City, Mexico.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Introducción: La disfunción tiroidea es uno de los principales trastornos endocrinos, sin embargo, su prevalencia e incidencia difieren significativamente en diferentes países y regiones. La ingesta de yodo es uno de los principales factores ambientales asociados a la disfunción tiroidea y autoinmunidad. Objetivos: El propósito del presente estudio es evaluar la prevalencia de la disfunción tiroidea en una cohorte de individuos sanos en la Ciudad de México, así como, correlacionar los resultados con una ingesta de yodo según lo determinado por la excreción urinaria de yodo en 24 horas. De igual manera se buscaron discrepancias entre la concentración urinaria de yodo y la excreción urinaria de yodo en 24 horas. Métodos:El estudio fue realizado en la cohorte SALMEX, incluyó 683 individuos sin enfermedad. Las pruebas de función tiroidea y concentraciones de anticuerpos tiroideos fueron determinados en suero. El yodo urinario fue medido en una recolección de orina de 24 horas. Resultados: La frecuencia de la tiroiditis autoimmune fue del 3.5% (24/638). El hipotiroidismo subclínico fue detectado en 5.0 % (34/ 683) y el hipotiroidismo clínico en 1.8% (12 / 683). La mediana de yodo urinario fue 180 µg/L (RIQ 120.0 – 260.0) y la mediana de la excreción urinaria de yo en 24 – hrs fue de 285 µg/L (RIQ 215.0 – 369.0). No se detectaron diferencias en la presencia de manifestaciones bioquímicas de la disfunción tiroidea entre los voluntarios de diferentes grupos de consumo de yodo. Conclusiones: Aunque la disfunción tiroidea y la tiroiditis autoinmune fueron altamente prevalentes en la población, no se encontró estadísticamente una diferencia significativa entre los diferentes grupos de consumo de yodo. Se necesitan estudios posteriores para definir claramente la prevalencia de la disfunción tiroidea, así como, el estatus de yodo nutricional en nuestro país. Referencias: 1. Hoogendoorn EH, Hermus AR, de VF, Ross HA, Verbeek AL, Kiemeney LA, et al. Thyroid function and prevalence of anti-thyroperoxidase antibodies in a population with borderline sufficient iodine intake: influences of age and sex. Clin Chem 2006 Jan;52(1):104-11. 2. Vanderpump MP. The epidemiology of thyroid disease. Br Med Bull 2011;99:39-51. 3. Burek CL, Talor MV. Environmental triggers of autoimmune thyroiditis. J Autoimmun 2009 Nov;33(3-4):183-9.

 # 112

Título: PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN POBLACIÓN MESTIZO MEXICANA Y EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS BIOQUÍMICAS, DE ADIPOSIDAD Y MARCADORES DE INFLAMACIÓN DE ACUERDO A GÉNERO

Autor principal: Dra. Berenice Peña Aparicio

Email autor principal: berenicepaendocrino@hotmail.com

Autores: Peña-Aparicio B. (Presenta),Torres-Tamayo M., Jorge-Galarza E.*, Cardoso-Saldaña G., Posadas-Sánchez R., Posadas-Romero C. Departamento de Endocrinología, Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

ANTECEDENTES. El hipotiroidismo subclínico (HSC) se define bioquímicamente por hormonas tiroideas normales y elevación de tirotropina (TSH >4.0 mU/L), sin signos ni síntomas de hipotiroidismo. Se ha reportado una prevalencia mundial del 0.7% al 17.7%, con una relación 7:2, Mujer:Hombre (M:H). Los resultados de diferentes estudios clínicos de HSC muestran asociación con variables cardiometabólicas y marcadores de inflamación. En México, son pocos los estudios que han reportado la prevalencia de esta entidad clínica, y no han sido descritas las características bioquímicas, de adiposidad y marcadores de inflamación de acuerdo a género en esta población. OBJETIVO. Estimar la prevalencia de HSC en población mestizo mexicana y evaluar las características bioquímicas, de adiposidad y marcadores de inflamación de acuerdo a género. MATERIAL Y MÉTODOS. Del estudio de corte transversal GEA (Genética de la Enfermedad Aterosclerosa), se seleccionaron 1551 sujetos mestizo mexicanos sin antecedentes de enfermedad cardiovascular, de los cuales se identificaron 316 sujetos con HSC, 60% del género femenino, con edad media de 55 años, en quienes se realizó valoración de variables bioquímicas, incluyendo glucosa, lípidos, adiposidad (distribución de grasa abdominal por tomografía axial computada) y marcadores de inflamación: proteína C reactiva (PCR), interleucina 6 (IL-6) y factor de necrosis tumoral alfa (TNF-a); estas variables fueron comparadas de acuerdo a género. RESULTADOS. La prevalencia de HSC en esta población fue del 20.4%, con promedio de glucosa sérica de 96mg/dL, significativamente mayor en el género masculino; en Colesterol Total, C-LDL, C-HDL y Triglicéridos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a género, sin embargo, se identificó una prevalencia de C-LDL alto e hipertrigliceridemia, del 34% y 49% respectivamente, en el total de la población. No se observaron diferencias en las medidas de adiposidad, solo tendencia a mayor grasa abdominal visceral en el género masculino. Además, se midieron marcadores de inflamación, identificándose una prevalencia del 31% de PCR alta en el total de la población, sin observarse diferencias por género; las concentraciones de IL-6 fueron normales; el TNF-a se encontró alto en el total de la población, siendo significativamente mayor en los sujetos masculinos con HSC. CONCLUSIONES. El presente trabajo muestra la alta prevalencia de HSC en población mestizo mexicana, mayor que la reportada en otros grupos étnicos, con una relación 3:2, M:H. Además se observó que los sujetos con HSC presentan alta prevalencia de dislipidemia (C-LDL alto e hipertrigliceridemia) y elevación de marcadores tempranos de inflamación (PCR y TNF-a), con un patrón más adverso en el género masculino. BIBLIOGRAFÍA. 1.doi:10.1001/archinte.160.4.526. 2.doi:10.1507/endocrj.EJ16-0549. 3.doi:10.1530/EJE-14-0150. 4.doi:10.1056/NEJMcp1611144. 5.ISSN0016-3813, Vol.150, Nº.4, 2014.

#113

Título: ESTUDIO COMPARATIVO DE TRATAMIENTO CON RADIOTERAPIA CONVENCIONAL FRACCIONADA Y ESTEREOTACTICA EN PACIENTES POSTOPERADOS CON ACROMEGALIA PARA EVALUAR REMISION Y COMPLICACIONES A LARGO PLAZO

Autor principal: Dr. Juan Ramón Madrigal Sanromán

Email autor principal: juanrams14@gmail.com

Autores: Madrigal-Sanromán Juan Ramón 1, Alamilla-Lugo Lisndey 1, Jimenez-Sánchez Marisela, Tapia-González María de Los Ángeles 1, Torres-Tamayo Margarita 2, Del Moral-Ramírez María Eugenia 1, Pérez-Rivera Lorena 1, Muñoz-Solis Andrés 1 1 Endocrinología. Centro Médico Nacional La Raza, 2 Instituto Nacional De Cardiología

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

ANTECEDENTES: La Acromegalia es una enfermedad rara, lentamente progresiva causada por una producción crónica excesiva de hormona de crecimiento (GH), asociada a una significativa morbimortalidad. Aproximadamente dos tercios de los pacientes son tratados en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en donde se brinda un manejo integral: neurocirugía, radioterapia (RT), análogos de somatostatina (SSA) y cabergolina. La remisión se cumple cuando la GH basal se encuentra menor a 1 ng/mL e IGF-1 dentro de rangos para la edad y género. Los beneficios de la RT, como tercera línea de tratamiento son reducción tumoral y descenso en secreción hormonal, valorando efectos a largo plazo y riesgo de eventos adversos. OBJETIVO: Se comparó frecuencia de remisión entre RT convencional fraccionada y RT estereotáctica en un periodo entre 3, 5 y 10 años en pacientes postoperados con Acromegalia en seguimiento en el Centro Médico Nacional La Raza. MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó estudio observacional, retrospectivo, comparativo, longitudinal, descriptivo. Se incluyeron pacientes vigentes en el servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades CMN La Raza, con diagnóstico de Acromegalia entre en un periodo de 3 a 10 años; postoperados y que fueron sometidos a tratamiento con RT convencional fraccionada o RT estereotáctica como parte del manejo adyuvante. Se registró perfil hormonal previo a RT y a 3, 5 y 10 años, además de sus complicaciones. RESULTADOS: Se incluyeron 43 pacientes: 27 mujeres (62.8%) y 16 hombres (37.2%) de 55.9 (+- 12.3) años promedio. El 93% fueron sometidos a cirugía transesfenoidal, 7% cirugía transcraneal; de los cuales al 51.2% se aplicó RT convencional y al 48.8% RT estereotáctica, obteniendo remisión en el 46.5% de los pacientes, con discordancia en 12 (27.9%). El 46.5% recibieron cabergolina, 30.2% análogos de somatostatina posterior a RT. Las complicaciones encontradas fueron hipocortisolismo (39.5%), hipotiroidismo (48.8%) y evento vascular cerebral (14%). La RT se asoció a remisión de enfermedad en 46.5% de los pacientes (p=0.023). CONCLUSIONES: La RT en ambas modalidades se asoció a remisión bioquímica de la enfermedad a largo plazo, encontrando deficiencias hormonales en menos del 50% con un porcentaje bajo de otras complicaciones relacionadas como evento vascular cerebral. Bibliografía: 1. Katznelson Let al. Acromegaly: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2014. 2. PJ, De-Loyde KJ et al. Acromegaly: a single centre's experience of stereotactic radiosurgery and radiotherapy for growth hormone secreting pituitary tumors with the linear accelerator. J Clin Neurosci. 2013 Nov;20(11):1506-13...

 # 114

Título: ENFERMEDAD ÓSEA ASOCIADA A ACROMEGALIA: PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS, OSTEOPENIA Y RIESGO DE FRACTURA

Autor principal: Dr. MARLON VLADIMIR VÁZQUEZ AGUIRRE

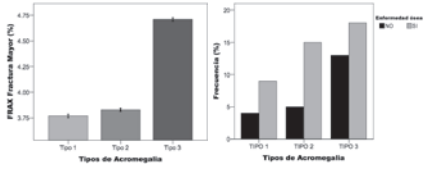
Email autor principal: vvazquezaguirre@icloud.com

Autores: Vázquez-Aguirre Marlon Vladimir,Rocha-Haro Andrea*, Godoy-Alonso Juan Pablo, González de la Cruz Germán, Martínez-Sánchez Froylán David*, Vega-Beyhart Arturo*, Enríquez- Estrada Víctor Manuel, Gómez-Sámano Miguel Ángel, Gómez-Pérez Francisco Javier, Cuevas-Ramos Daniel. Clínica de Neuroendocrinología, Departamento de Endocrinología y Metabolismo, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Antecedentes: La acromegalia es un trastorno sistémico causado por la sobreproducción de hormona de crecimiento (GH) a partir de un adenoma hipofisario del somatotropo. GH y el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1) estimulan la resorción ósea en las células osteoclásticas y por lo tanto, el efecto crónico excesivo de GH e IGF-1 en acromegalia aumenta el recambio óseo. Si bien, las comorbilidades observadas al momento del diagnóstico son hipertensión arterial, apnea del sueño, intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus, la fragilidad ósea y riesgo de fracturas ha sido reportado comúnmente. El riesgo de fracturas aumenta por reducción del volumen óseo trabecular, mayor separación por el incremento en el grosor de trabéculas y disminución del hueso esponjoso. Sin embargo, el grosor cortical está incrementado pero es poroso en comparación con sujetos sanos. La prevalencia de fracturas vertebrales en acromegalia es de 40%, con 3-8 veces mayor riesgo en comparación con los sujetos control, siendo más prevalente en hombres (1). Objetivo: Determinar la prevalencia de enfermedad ósea y riesgo de fractura en los pacientes con diagnóstico de acromegalia, agrupados por tipos 1 a 3, en la Clínica de Neuroendocrinología del INCMNSZ. Material y métodos: Estudio comparativo, observacional, transversal, retrolectivo. Se realizó búsqueda sistemática de los expedientes de pacientes con diagnóstico de acromegalia y estudio densitométrico disponible (n=64). También, se calculó el riesgo de fractura a 10 años. Se utilizó la clasificación estructural y funcional de acromegalia (2). Resultados:La edad promedio de los casos fue de 40 años con DE +- 13 con 63% mujeres (n=40) y 37% hombres (n=24). La frecuencias de acromegalia fueron 20% tipo 1 (n=13), 31% tipo 2 (n=20) y 49% tipo 3 (n=31). La frecuencia de enfermedad ósea en toda la cohorte fue de 66% (n=42), de ellos, 64% osteopenia y 36% osteoporosis. Al clasificarlos por tipos de acromegalia, se observó 21% (n=9) en tipo 1, 36% (n=15) tipo 2 y 43% (n=18) en el tipo 3 (Fig.1). Se identificaron 34% de casos sin enfermedad ósea diagnosticada con la densitometría ósea (DMO). De ellos, 18% (n=4) en tipo 1, 13% (n=5) tipo 2, y 59% (n=13) en tipo 3. La frecuencia de fracturas fueron solo 3 casos, sin embargo, el 100% fueron acromegalia tipo 3. El FRAX para fractura mayor tuvo un promedio significativamente más alto en el tipo 3 (X=4.7, DE 5) en comparación con tipo 1 (X=3.7, DE 2.9). (Fig.2) Conclusiones: La frecuencia de enfermedad ósea es común en acromegalia. Los casos con mayor severidad y riesgo de fractura fueron los tipo 3. La DMO permitió discriminar entre la mayoría de los casos con y sin enfermedad ósea. Bibliografía: Mazziotti G, e. (2019). MANAGEMENT OF ENDOCRINE DISEASE: Bone disorders associated with acromegaly: mechanisms and treatment . Cuevas-Ramos, D., Carmichael, J. D., Melmed, S. (2015). A Structural and Functional Acromegaly Classification. JCEM, 100(1), 122–131.doi:10.1210/jc.2014-2468



 # 115

Título: Diferentes tasas de remisión y mortalidad en pacientes con enfermedad de Cushing según el tamaño del tumor hipofisario: un estudio de cohorte ambidireccional

Autor principal: Dr. César Ernesto Lam Chung

Email autor principal: cesarion028@yahoo.com

Autores: Lam-Chung César, MD, León-Suárez Andrés, MD, Morales-García Mariana, MD, Roldán-Sarmiento Paola, MD, Guzmán-Pérez Alberto, MD, Martínez-Jiménez Angélica, MD, González-de la Cruz Germán, MD, Godoy-Alonso Juan, MD, Gómez-Sámano Miguel, MD, Gómez-Pérez Francisco, MD, Cuevas-Ramos Daniel, MD, PhD

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Antecedentes: Alrededor del 90% de los casos de enfermedad de Cushing (EC) son ocasionados por microadenoma, mientras que las tasas de macroadenoma alcanzan hasta un 50%. Los reportes acerca del comportamiento clínico y bioquímico del macroadenoma no son concluyentes, algunas con resultados desfavorables y otros similares en comparación con los microadenomas. Objetivo: Comparar las tasas de remisión y mortalidad en los pacientes con EC según el tamaño del tumor hipofisiario. Método: Estudio de cohorte ambidireccional. Se realizó un análisis comparativo, transversal y retrospectivo de 174 pacientes con EC tratados en nuestro centro de referencia terciario. Seguidamente, se realizó un estudio longitudinal para analizar las tasas de remisión y mortalidad. Resultados: Se incluyeron 109 pacientes con microadenoma y 32 pacientes con macroadenoma con EC confirmados. La edad promedio fue de 33.4 ± 11.8 años para los casos con microadenoma y 32.1 ± 10.5 años para aquellos con macroadenoma (p = 0.56). El predominio del género femenino se observó tanto en microadenoma (92%) como en macroadenoma (87.5%). El análisis bioquímico del hipercortisolismo, que incluyó el cortisol basal, nivel de cortisol en orina de 24 horas y la capacidad de respuesta a la supresión de dosis altas de dexametasona fueron similares entre ambos grupos. Sin embargo, la remisión después de la cirugía pituitaria inicial por microadenoma fue mayor en comparación a los pacientes con macroadenoma (82.5 vs 17.5%, p = 0.04). Además, la mortalidad fue menor en pacientes con microadenoma (40% vs 60%, p = 0.02). Se utilizó la prueba de log-rank donde se confirmó las tasas de remisión más altas en microadenomas (p = 0.04) y un mayor riesgo de mortalidad con macroadenomas (p = 0.02). Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que los pacientes con microadenomas mostraron mejores tasas de remisión y menor mortalidad que aquellos con macroadenomas, a pesar de la similaridad en las características bioquímicas y tratamiento. Por lo tanto, se requieren investigación adicional para identificar otros factores de riesgos que influyen en el pronóstico. Bibliografía Aydin K, Dagdelen S, Ozgen B, Oruckaptan H, Soylemezoglu F, Erbas T. Pituitary Corticotroph Microadenomas Versus Macroadenomas Causing Cushing's Disease2014. 358-62 p. Hwang YC, Chung JH, Min YK, Lee MS, Lee MK, Kim KW. Comparisons between macroadenomas and microadenomas in Cushing's disease: characteristics of hormone secretion and clinical outcomes. Journal of Korean medical science. 2009 Feb;24(1):46-51. PubMed PMID: 19270812. Pubmed Central PMCID: PMC2650989. Epub 2009/03/10. eng



#116

Título: DESENLACE DE TRATAMIENTO PRIMARIO ENTRE CIRUGÍA TRANSESFENOIDAL MICROSCÓPICA (TSEM) Y TRASNSESFENOIDAL ENDOSCÓPICA (TSEE) EN ENFERMEDAD DE CUSHING (EC) EN EL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA MANUEL VELASCO SUÁREZ (INNNMVS)

Autor principal: Dr. Manuel Julian* Orduño Piceno

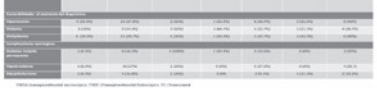
Email autor principal: julianpiceno18@gmail.com

Autores: Rodriguez Alvarez Ivana Victoria*, Navas Minero Carmen Elena, Portocarrero Ortiz Lesly Aminta. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía MVS, Ciudad de México

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Antecedentes La EC es causada por un adenoma hipofisario secretor de hormona adrenocorticotrópica (ACTH). La incidencia se estima de 1.2–1.7 por millón/año. El exceso de glucocorticoides causa osteoporosis, obesidad central, dislipidemia, hipertensión, hipercoagulabilidad y trastornos neuropsiquiátricos. El tratamiento de primera elección sigue siendo cirugía hipofisaria transesfenoidal, microscópica y en las últimas décadas se ha introducido la técnica endoscópica teniendo como objetivo eliminar de forma selectiva el adenoma corticotropo.1 En metanálisis no hubo diferencias significativas en la remisión entre los dos grupos: 79.7% (IC 95%: 73.1-85.0%) en el grupo endoscópico y 76.9% (IC 95%: 71.3-81.6%) en el grupo microscópico (P =0.485) .2 Objetivo Comparar remisión y complicaciones de cirugía en el tratamiento de EC entre abordaje TSEM y TSEE. Material y métodos Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes diagnosticados con EC intervenidos quirúrgicamente (2009-2018) en el INNNMVS. Se consideró la remisión bioquímica <1.8 ug/dL cortisol PSDBD de uno a 3 años después de tratamiento quirúrgico, edad, sexo, comorbilidades a la hora de diagnóstico y complicaciones postquirúrgicas fueron descritas por técnica y tamaño de tumor. Fuente de información expedientes clínicos del INNNMVS. Resultados Se incluyeron 53 pacientes (tabla), (69.8%) 37/53 mujeres, 63.2% (31/49) entraron en remisión, 30.7% (12/39) intervenidos TSEM y 79.5% 39/49 TSEE. 4 fueron operados transcraneal. La remisión en TSEM 83.3% y TSEE 56.7%, no hubo recaídas en TSEM y TSEE 8.1%. La relación microadenomas 25 y macroadenomas 24. En microadenomas, la remisión en TSEM fue 100% (3/3) y TSEE 59.1% (13/22). Macroadenomas, la remisión en TSEM fue 77.8% (7/9) y TSEE 53.3% (8/15). Complicaciones quirúrgicas, diabetes insípida 8.3% (1/12) TSEM y 16.2% (6/37) TSEE, hipotiroidismo 8.3% (1/12) TSEM y 27% (10/37) TSEE, hipopituitarismo 8.3% TSEM (1/12) y 10.8% (4/37) TSEE. Conclusiones No se identificó una ventaja significativa entre las dos técnicas TSEM y TSEE, en el tratamiento primario de EC con base en el criterio de remisión bioquímico. Las complicaciones quirúrgicas en ambas intervenciones son similares, sin mostrar una superioridad una sobre la otra. Lo que sugiere que podría depender de la habilidad del neurocirujano que la realice, de ahí la importancia que este tipo de tumores sean intervenidos por cirujanos de base de cráneo, y que estos pacientes sean atendidos por centros especializados de atención pituitaria. Bibliografía 1. Broersen, L., van Haalen, F., Biermasz, N., Lobatto, D., Verstegen, M., van Furth, W., Dekkers, O., and Pereira, A. (2019). Microscopic versus endoscopic transsphenoidal surgery in the Leiden cohort treated for Cushing's disease: surgical outcome, mortality, and complications. Orphanet Journal of Rare Diseases, 14(1). 2. Qiao, N. (2018) Outcome of endoscopic vs microsurgical transsphenoidal resection for Cushing's disease. Endocrine Connections, 7(1).



 # 117

Título: "DESENLACES MATERNO-FETALES EN PACIENTES CON HIPERTIROIDISMO TRATADAS CON TIAMAZOL"

Autor principal: Dra. PALOMA BLAS HERNANDEZ

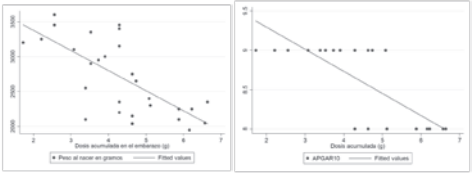
Email autor principal: paloma_shark@hotmail.com

Autores: Segovia P. Antonio . Clínica de tiroides . Hospital General de México, SSA, México.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

INTRODUCCION:El hipertiroidismo se presenta aproximadamente en 1 a 2 por cada 1000 embarazos. Las causas de hipertiroidismo incluyen aquellas etiologías que se presentan en no embarazadas, así como causas propias del embarazo. Se ha demostrado un incremento de las complicaciones materno-fetales cuando no se tiene buen control del hipertiroidismo, así como efectos secundarios y teratógenos de los fármacos que se utilizan para su tratamiento. OBJETIVO: Comparar perfil tiroideo y dosis acumulada de tiamazol y la correlación con desenlaces y complicaciones materno-fetales de las pacientes embarazadas con hipertiroidismo primario que recibieron tratamiento durante el embarazo. MATERIAL Y METODOS:Estudio descriptivo, observacional, longitudinal y retrospectivo, analítico.Se revisaron los expedientes de pacientes embarazadas con diagnóstico de hipertiroidismo antes o durante el embarazo, que recibireron tratamiento, en el periodo del año 2013 al 2018 de la consulta de clínica de tiroides del HGM.RESULTADOS:Se incluyeron datos de 30 pacientes con edad de 27+/-5 años, con un IMC de 28.2+/-3 kg/m2 y un tiempo de evolución al momento de ser ingresadas de 10.47 +/-5.2 meses. La DA (dosis acumulada) de tiamazol durante el embarazo fue de 4.4 +/-1.3 gramos y un 30% de las pacientes tuvieron >= 5 g durante el embarazo. Se encontraron desenlaces adversos maternos: enfermedad hipertensiva en el 36.7%, fetales: RCIU 30%, feto pequeño en 50%, hospitalización en 60% en todos los casos por complicaciones respiratorias. La DA tuvo correlación con el peso al nacer (r=-0.68, p<0.001); el APGAR a los 10 minutos (r=-0.802, p<0.001); La TSH al tercer trimestre tuvo correlación con el APGAR al minuto (r=0.48, p=0.007), a los 10 minutos (r=0.37, p=0.042) y el peso (r=0.46, p=0.009); la T4T del 3° trimestre con APGAR al minuto (r=-0.41, p=0.024), peso al nacer (r=-0.36, p=0.045). Una dosis mayor a 5 g se asoció a Mayor proporción de EHIE 19 vs 77%, (p=0.002); feto pequeño 28.6 vs 100%, (p<0.001); RCIU 19 vs 55.6% (p=0.046), síndrome de dificultad respiratoria 42 vs 100% (p=0.003) y además en estos últimos a mayor días de hospitalización con 2 +/-2 vs 5 +/-1 días (p=0.006) . El análisis multivariado reveló que la variable predictiva para determinar el peso al nacer [R2=0.442] fue la DA (β=-205, p=0.033) de forma independientemente de los valores al tercer trimestre de TSH (β=20.1, p=0.94), T4T (β=-14.2, p=0.7) y T4L (β=-308.0, p=0.31). La dosis de >= 5 gr para EHIE con OR = 12.7(IC95% 1.055 – 153, p=0.045). CONCLUSIONES: Existió correlación entre las variables del perfil tiroideo durante el tercer trimestre y la DA y los desenlaces adversos. La DA de más de 5 gramos fue un factor de riesgo independiente para desenlaces adversos maternos y fetales. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:Los resultados serán procesados con el paquete estadístico de computación STATA SE 11.0 Utilizaremos estadística descriptiva, determinando medidas de tendencia central, de dispersión y tablas de de salida.



 # 118

Título: Efecto de la exposición intrauterina a metformina en hijos adolescentes de madres con Diabetes gestacional.

Autor principal: Dra. Natalia De La Garza Hernández

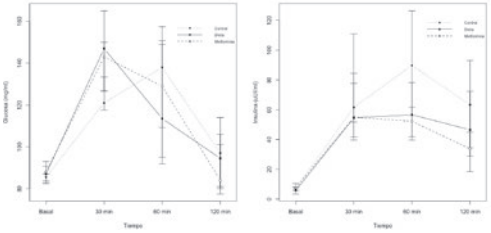
Email autor principal: natalia_eloisa@hotmail.com

Autores: De la Garza, Hernández, Natalia†;Romero Ibarguengoitia, María Elena**;González Cantú, Arnulfo ***;†Practica Privada, ** Coordinadora de Investigación y Enseñanza Clínica Nova, *** Eukarya PharmaCyte

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Introducción: La diabetes mellitus gestacional (DMG) esta asociada a desenlaces adversos en el hijo y la madre (1). El tratamiento farmacológico de primera elección es insulina; sin embargo, en la practica diaria la metformina es usada ampliamente. Existen reportes de efecto benéfico de la metformina durante el embarazo (ej. menor ganancia de peso), pero también se han reportado desenlaces adversos a largo plazo (vida extrauterino) en el producto (2). Objetivo: Evaluar el efecto a largo plazo de la exposición in útero de metformina en hijos adolescentes de madres con DMG. Material y métodos: Es un estudio prospectivo, observacional donde se compararon hijos adolescentes de madres con DMG tratadas con dieta únicamente o dieta+metformina y se compararon con hijos de madres sin DMG. En el análisis se incluyeron la edad, masa muscular, grasa visceral, perfil de lípidos (con Apo A y Apo B) y la curva de glucosa e insulina después de una carga de 75 grs. Se realizaron dos análisis, uno con los datos crudos, y otro con la distribución de remuestreo obtenida con la técnica de bootstrap paramétrico. Se realizaron pruebas de permutación de k grupos para evaluar la diferencia entre ellos. Se consideró un alfa de 0.05 como significancia estadística. El análisis se realizó en R v 3.4.0 Resultados. Se incluyeron 9 pacientes en el grupo de dieta, 20 en el grupo de dieta +metformina y 14 en el grupo control. No existieron diferencias significativas en segmentos corporales, perfil de lípidos ni en la curva de glucosa e insulina. Conclusión: En nuestro estudio, la evolución a largo plazo de los hijos de madres con DMG es buena. No existe asociación con alguna alteración metabólica en particular. 1. Buchanan TA, Xiang AH, Page KA. Gestational diabetes mellitus: risks and management during and after pregnancy. Nat Rev Endocrinol. 2012 Nov;8(11):639-49. 2. Barbour LA, Feig DS. Metformin for Gestational Diabetes Mellitus: Progeny, Perspective, and a Personalized Approach. Diabetes Care. 2019 Mar;42(3):396-399.



 # 119

Título: DESENLACES NEONATALES EN MUJERES CON DIABETES GESTACIONAL INTEGRADAS A UN PROGRAMA DE CONTROL INTENSIVO.

Autor principal: Dr. CLAUDIO REQUENA RIVERA

Email autor principal: claudio.requenar@gmail.com

Autores: VIOLANTE RAFAEL, AMAYA LUIS*, LOZANO ISAURO*, RETA RODOLFO*, PANCARDO MAGNOLIA*, SANTOS CRUZ*. Departamento de Endocrinologia. Hospital General Regional No. 6 Cd. Madero, Tam Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro de Estudios de Investigación Metabólicos y Cardiovasculares Tampico, Tam.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

INTRODUCCIÓN: La diabetes gestacional (DMG) se diagnostica generalmente durante el segundo o tercer trimestre del embarazo. Los principales desenlaces neonatales en pacientes con (DMG) son: macrosomía, hipoglucemia, prematurez, síndrome de distrés respiratorio, sufrimiento fetal agudo, ictericia y malformaciones congénitas. Se ha demostrado que el control intensivo en estas mujeres reduce las complicaciones en el producto. OBJETIVO: Comparar los desenlaces neonatales entre las mujeres con DMG integradas a un programa de control intensivo y aquellas sin control intensivo. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohorte, prospectivo, realizado en mujeres embarazadas con diagnóstico de DMG con una curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) 75gr según los criterios de la IADPSG integradas o no a un programa de control intensivo, efectuado en el Hospital Regional General #6 de Cd. Madero, Tam. 247 pacientes, 180 en control intensivo y 67 sin control intensivo, entre diciembre 2011-mayo 2018 fueron incluidas. Se recabaron datos maternos: edad, peso, talla, IMC; y del neonato: peso, talla, capurro, hidramnios, vía de nacimiento y morbilidad neonatal, en ambos grupos. Las pacientes con DMG que fueron incluidas en un Programa Intensivo basado en citas cada 1-4 semanas (acorde a necesidades), seguimiento a distancia, consejo nutricional, ajuste de tratamiento y asistencia en la resolución de embarazo. Las pacientes externas fueron seguidas de manera convencional en consulta externa de endocrinología, se recabaron los datos después del parto. Se sometieron los datos a análisis estadístico a través del paquete estadístico SPSS. RESULTADOS: Las madres presentan edad promedio en el grupo control fue de 31.9 (±5.4) y 31.5 (±5) años del grupo sin control. En este grupo, el peso: 83.6 (±16.7) y 80.1 Kg (±16.5) así como el IMC promedio 32.9(±7.3) y 31.8(±5.6) kg/m2 fueron mayores en relación con el grupo de control intensivo, pero no fueron estadísticamente significativos. En cuanto a los productos hubo similitud en la talla 49 (±2) cm del grupo control y de 49 (±4) cm del grupo sin control, capurro de 37.9 (±1.7) y 38.0 (±17) respectivamente. Si bien el peso del grupo en control intensivo fue de menor: 3.220 (±0.561) kg comparado con 3.591(±0.673) kg del grupo sin control, no alcanzó significancia estadística. La macrosomía, se presentó mucho más frecuentemente en el grupo externo 29.9% (n=20/67) y 5% (n=9/180) en el grupo control (p<0.05). No se presentaron malformaciones fetales o muerte perinatal. El grupo no controlado presentó 1 óbito, y no hubo presencia de significancia estadística en los demás desenlaces neonatales. CONCLUSIONES: El manejo intensivo de mujeres con DMG puede reducir de manera importante algunas de las complicaciones metabólicas típicamente reconocidas en este tipo de pacientes. Si bien en ambos grupos los desenlaces fueron bajos y similares, se redujo de manera importante la macrosomía en comparación con el grupo que no llevo control estricto.

Tabla 1. Características antropométricas de cada población con DMG

Características antropométricas de cada población con DMG			
	En el programa Media (DE)	Externos Media (DE)	P
Edad (años)	31.9 (5.4)	31.5 (5.0)	>0.05
Peso (kg)	83.5(16.5)	83.6 (16.7)	>0.05
Talla (m)	1.58 (0.06)	1.58 (0.05)	>0.05
IMC	31.8 (5.6)	32.9 (7.3)	>0.05
Factores de riesgo	4.5 (1.5)	4.8 (1.4)	>0.05

Tabla 2. Desenlaces neonatales de producto de madre con DMG

Desenlaces neonatales de producto de madre con DMG				
		En el programa (n=180)	Externos (n=67)	P
Síndrome de dificultad respiratoria		12.2% (22)	9% (6)	>0.05
Prematurez		12.22% (24)	11.4% (8)	>0.05
Nacimiento por cesarea		62.7% (140)	83.58% (56)	>0.05
Estado físico hipoglucémante		3.3% (6)	9% (6)	>0.05
Ictericia		5.9% (7)	3% (2)	>0.05
Macrosomía		5% (9)	29.9% (20)	<0.05
Hidramnios	Normal	95% (172)	91.04% (61)	>0.05
	Oligohidramnios	3.8% (7)	7.46% (5)	>0.05
	Polihidramnios	0.5% (1)	0% (0)	>0.05

 # 120

Título: HIPERLIPIDEMIA EN MUJERES EMBARAZADAS CON Y SIN DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Autor principal: Dr. RAFAEL VIOLANTE ORTIZ

Email autor principal: dr.violante@hotmail.com

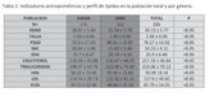
Autores: REQUENA CLAUDIO* (Violante Ortiz Rafael), AMAYA LUIS*, GUTIERREZ JORDI*, LOZANO ISAURO*, RETA RODOLFO*, CRUZ SANTOS*. Departamento de Endocrinologia. Hospital General Regional No. 6 Cd. Madero, Tam Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro de Estudios de Investigación Metabólicos y Cardiovasculares Tampico, Tam.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

INTRODUCCION: El aumento gradual en los depósitos de grasa materna ocurre durante los primeros 2/3 de la gestación, mientras que disminuye o incluso cambia a una condición catabólica neta durante el último trimestre del embarazo, coincidiendo con la fase de crecimiento fetal máximo. Estos cambios contribuyen al desarrollo de la hiperlipidemia materna. OBJETIVO: Comparar perfil de lípidos de pacientes embarazadas con Diabetes Gestacional (DMG) versus pacientes embarazadas sanas e identificar la prevalencia de dislipidemia en ambos grupos. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, transversal y comparativo, realizando en mujeres embarazadas una curva de tolerancia a la glucosa oral (CTGO) 75 g y perfil lipídico, acorde a los criterios de la American Diabetes Association (ADA), realizado en el Hospital General Regional No.6 de Cd. Madero, Tamaulipas. Se estudiaron un total de 326 pacientes clasificadas en 2 grupos, 151 pacientes con DMG y 175 pacientes sin DMG, entre febrero de 2018 a abril de 2019. Se recabaron los siguientes datos: edad, semanas de gestación, IMC, valores de colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, VLDL de ambos grupos y se sometieron a análisis estadístico a través de paquete estadístico SPSS RESULTADOS: En el grupo de las pacientes embarazadas sin DMG: 65.7% presentó hipercolesterolemia, 77.1% hipertrigliceridemia y 56.6% hiperlipidemia mixta. En el grupo de las pacientes embarazadas con DMG: 59.6% con hipercolesterolemia, 86.1% hipertrigliceridemia y 52.3% hiperlipidemia mixta. La presencia de triglicéridos elevados fue la única que mostró significancia estadística p=<0.05 (Tabla 1). Las pacientes con diagnóstico de DMG presentan mayor edad, peso e IMC que las pacientes embarazadas sanas (Tabla 2). CONCLUSIONES: La hiperlipidemia es un fenómeno normal del embarazo en el cual se ve una asociación importante de la hipertrigliceridemia y la Diabetes gestacional, lo cual no ocurre en el caso del colesterol. La edad, el peso y el IMC son factores de riesgo para presentar dislipidemia. Ambos grupos presentan una prevalencia muy estrecha en presentar dislipidemia mixta.





 # 121

Título: INCIDENCIA DEL SÍNDROME DE HUESO HAMBRIENTO Y FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES SOMETIDOS A PARATIROIDECTOMÍA Y/O TIROIDECTOMÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

Autor principal: Dra. Ariana Avecillas Segovia

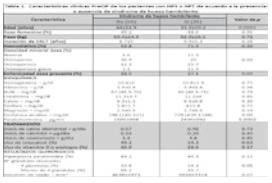
Email autor principal: ari_avii@hotmail.com

Autores: Vergara López Alma. Servicio de Endocrinología, CMN ISSSTE 20 de Noviembre, México.

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

ANTECEDENTES. El síndrome de hueso hambriento (SHH) es una complicación posoperatoria (PO) importante, caracterizada por hipocalcemia rápida, profunda y prolongada asociada a hipofosfatemia y/o hipomagnesemia. Se da más frecuentemente en pacientes con enfermedad renal crónica terminal sometidos a paratiroidectomía (PTX) para manejo de hiperparatiroidismo secundario (HPS) o terciario (HPT) refractarios; pero también post-tiroidectomía total (TT) en pacientes con recambio óseo alto preoperatorio (PreOP). Los escasos estudios disponibles sobre su incidencia (series varían del 12 al 95%), curso clínico y factores de riesgo (FR) asociados, difieren controversialmente. OBJETIVO. Determinar la incidencia del SHH e identificar FR asociados a su desarrollo. MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio transversal, observacional y descriptivo donde se analizaron las características demográficas, clínicas y bioquímicas PreOP y PO de 141 pacientes con diagnósticos (Dx) de hiperparatiroidismo primario (HPP), HPS, HPT o hipertiroidismo primario (HT) sometidos a PTX y/o TT entre los años 2013 y 2019 en el CMN 20 de Noviembre. RESULTADOS. Sexo femenino 59% y edad media (M) de 45±16 años. Los Dx más frecuentes fueron HPS (31%) e HPT (40%) con un total de 100 pacientes. A este grupo corresponden los 35 pacientes que desarrollaron SHH (Dx de HPP e HT no lo presentaron) y se encontró asociación significativa con factores PreOP como menor edad, presencia de enfermedad ósea (EO), menor densidad mineral ósea, niveles más altos de fosfatasa alcalina (M: 729 mg/dl) o paratohormona (M: 2430 pg/ml) y por último con el volumen de tejido paratiroideo resecado (ps0.05). El modelo de regresión logística mostró que todos estos FR, a excepción de la EO, podrían predecir el desarrollo de SHH de manera independiente (Tabla 1). Los requerimientos PO de calcio (Ca) fueron significativamente mayores (M: 60 vs. 3 gramos/día) y la estancia hospitalaria más prolongada (M: 10.4 vs. 3.5 días) en el grupo con SHH comparado con el que no lo presentó. El uso temporal de teriparatida en 8 pacientes contribuyó a disminuir estos aspectos. CONCLUSIONES. El SHH no es infrecuente y constituye una entidad peligrosa con alta morbimortalidad si no se detecta y trata oportunamente en población de riesgo. Por lo tanto predecir su desarrollo con base a la presencia de determinados FR para dar el mejor manejo PreOP posible es crucial para prevenirlo y/o mitigar su severidad. BIBLIOGRAFÍA. 1. Brasier AR, et al. Hungry bone syndrome: clinical and biochemical predictors of its occurrence after parathyroid surgery. Am J Med. 1988;84:654. 2. Latus J, et al. Incidence of and risk factors for hungry bone syndrome in 84 patients with secondary hyperparathyroidism. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2013;6:131-7. 3. Yang G, et al. Hypocalcemia-based prediction of hungry bone syndrome after parathyroidectomy in hemodialysis patients with refractory secondary hyperparathyroidism. J Int Med Res. 2018;300605187887 44.



 # 122

Título: EFECTO DE LA PÉRDIDA DE PESO SOBRE LOS NIVELES DE HORMONAS TIROIDEAS EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

Autor principal: Dra. Ana Lucía Castañeda Vásquez

Email autor principal: alcastavas13@gmail.com

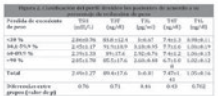
Autores: Castañeda Vásquez, Ana Lucía. Residente de Endocrinología CMN 20 de Noviembre, ISSSTE. Balderrama Soto, Adriana. Médico Adscrito de Endocrinología CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, México. Vergara López Alma. Médico Adscrito de Endocrinología CMN 20 de Noviembre, ISSSTE, México.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

ANTECEDENTES: el exceso de adiposidad se ha relacionado con alteraciones en las pruebas de funcionamiento tiroideo (PFT), sobre todo con hormona estimulante de la tiroides (TSH) alta. Se ha discutido que la dificultad para bajar de peso puede ser secundaria a un hipotiroidismo subclínico que condicione gasto energético bajo, sin embargo, estudios recientes demuestran que el exceso de tejido adiposo ocasiona cambios en el eje hipotálamo-hipófisis-tiroideo que dan como resultado un incremento de TSH y en los niveles de triyodotiroinina (T3) y en ocasiones de tiroxina (T4), en un intento de limitar la ganancia de peso. Estudios previos han demostrado resultados contradictorios en el efecto del descenso de peso secundario a cirugía bariátrica (CB) y cómo afecta a las PFT. OBJETIVO: evaluar el efecto de la pérdida de peso en las PFT en los pacientes sometidos a CB. MATERIAL Y MÉTODOS: estudio retrospectivo, observacional y analítico, incluyó expedientes de pacientes en seguimiento por endocrinología y que se les haya realizado cirugía bariátrica durante el 2016 y 2017. Se analizó en SPSS 22.0, Wilcoxon para comparar medias y ANOVA para evaluar la diferencia entre los grupos. RESULTADOS: se incluyó un total de 71 expedientes: mujeres 85.5%; edad 44.5±7.1 años; peso prequirúrgico 115.6±19.8 kg; IMC (kg/m2) prequirúrgico más frecuente > 40 (70.42%). Para la comparación del perfil tiroideo pre y postquirúrgicas se realizó Wilcoxon con p < 0.05 en todas la variables (figura 1). Se evaluó el efecto del porcentaje de descenso de peso de los pacientes sometidos a CB al año del procedimiento o en el momento de mayor descenso de peso posterior al mismo en los niveles de PFT usando ANOVA y no se encontró diferencia significativa entre los grupos (figura 2). CONCLUSIONES: a pesar de que no se encontraron alteraciones en las PFT, sí se demostró que el descenso de peso tiene efecto sobre éstas en el posquirúrgico; la que mayor cambio evidenció fue T3 total. En este estudio no se encontró asociación entre la magnitud del descenso de peso y la alteración de las PFT, lo que sugiere que diferentes adipocinas pueden estar involucradas, así como la existencia de un eje hipotálamo-hipófisis-tejido adiposos. La leptina del tejido adiposo tiene un efecto estimulador en la función tiroidea, por lo que al disminuir de peso baja la leptina y desciende la TSH, y subsecuentemente T3 y T4. BIBLIOGRAFÍA: Neves et al. Effect of weight loss after bariatric surgery on thyroid-stimulating hormone level in patients with morbid obesity and normal thyroid function. Obes Surg. 2018; 28 (1): 97-103. // Krotkiewski M. Thyroid hormones in the pathogenesis and treatment of obesity. Eur J Pharmacol. 2002; 12;440(2-3): 85-98.





 # 123

Título: Características clínicas de pacientes con diagnóstico de tumores neuroendocrinos funcionales tratados en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Autor principal: Dra. Arlette Enriquez Román

Email autor principal: arlette_ariadne@hotmail.com

Autores: Dra. Nicole Marie Iñiguez Ariza Dr. Alfredo Adolfo Reza Albarrán Dr. Ramón Guillermo De Los Santos Aguilar Dr. Diego Adolfo Montes Barrón

Área a la que pertenece su trabajo: OTROS

Resumen:

Antecedentes: Las neoplasias neuroendocrinas son un grupo heterogéneo de tumores, que se originan de células con propiedades "neuro" y "endocrinas". El sistema neuroendocrino incluye glándulas (hipófisis, paratiroides, suprarrenal, tiroides, páncreas, etc) y células endocrinas de tracto gastrointestinal, sistema respiratorio, sistema nervioso, mama y sistema urogenital. Representan 0.5% de todos los nuevos canceres, con una incidencia en incremento en todo el mundo. Pueden clasificarse en funcionales y no funcionales dependiendo de su capacidad de secretar hormonas y monoaminas. Los estudios epidemiológicos y de características clínicas de estos tumores neuroendocrinos funcionales son escasos en nuestro medio. Objetivo: Describir las características clínicas de los pacientes con tumores neuroendocrinos funcionales tratados en el INCMNSZ en enero 1987 a junio 2019. Material y método: Se trata de un estudio observacional, longitudinal, retropolectivo y descriptivo. Se incluyen todos los pacientes con diagnóstico de tumores neuroendocrinos funcionales desde enero 1987 a junio 2019 en el INCMNSZ. Resultados: Se identificaron 126 pacientes con diagnóstico de tumores neuroendocrinos (TNE) funcionales, la mediana de seguimiento fue de 47.4 meses (0.03-533.23; IQR 10.8 a 93.7). 81 fueron mujeres (64.3%) y 45 hombres (35.7%). La media de edad al diagnóstico fue 46.3 ± 14.48 años. El 59.5% fueron insulinomas, 12.7% tumores carcinoides con síndrome carcinoide, 11.1% gastrinomas, 10.3% ACTHomas, 2.4% VIPomas, 2.4% glucagonomas y 1.6% Ppomas. El 15.1% se presentó con síndromes genéticos, principalmente NEM 1 (89.5%). El 8.7% presentaron otras neoplasias. El tiempo de inicio de los síntomas previo al diagnóstico tuvo una mediana de 24 meses (0.03 a 324 meses; IQR 7.75 a 48). El 86.5% se localizaron en el tracto gastrointestinal, el 7.1% se encontraban fuera del tracto gastrointestinal, principalmente pulmón (6), y en 6.4% (8) no se pudo localizar el tumor primario. Al diagnóstico 24.6 % presentaban metástasis y en total 29.3% presentaron metástasis en alguno momento de su evolución. Los sitios más frecuentes de metástasis fueron hígado (86.5%) y ganglios regionales (59.8%). Al clasificar los TNE pancreáticos (93) según la TNM de la AJCC se encontró que al diagnóstico 79 (84.9%) se encontraban en etapa clínica I, 1 (1.1%) en etapa clínica II, 0 (0%) en etapa clínica III y 13 (14%) en etapa clínica IV. También se clasificaron 80 pacientes utilizando la clasificación de WHO del 2010 de acuerdo con el conteo de mitosis y Ki67, se encontró que el 71.25% se encontraba en G1 (57), el 27.5% (22) en G2 y 1.25% (1) en G3. Conclusiones: Las características clínicas de los TNE funcionales tratados en el INCMNSZ son similares a las reportadas en la literatura médica universal sobre este tipo de tumores. Bibliografía: Oronsky B, Ma P, Morgensztern D, Carter C. Nothing But NET: A Review of Neuroendocrine Tumors and Carcinomas. Neoplasia. 2017;19(12):991-1002.

 # 124

Título: TALLA FINAL EN NIÑOS CON HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA TRATADOS CON HORMONA DE CRECIMIENTO

Autor principal: Dra. Leonor Sarai Zamora Rea

Email autor principal: leonorzamora@outlook.com

Autores: Zamora Rea Leonor Saraí *, Terreros Barros Vilma*, Rivera Hernández Aleida de Jesús. UMAE Hospital de pediatría CMN SXXI servicio endocrinología

Área a la que pertenece su trabajo: PEDIATRIA

Resumen:

ANTECEDENTES: La hiperplasia suprarrenal congénita se presenta por deficiencia de 21-hidroxilasa, siendo la causa más común. Los pacientes presentan talla baja debido al exceso de andrógenos, su aromatización a estrógenos y terapia con glucocorticoides que contribuyen al cierre epifisiario prematuro. La talla final adulta en estos niños es menor a la esperada y solo el 55.3% alcanzan su talla blanco parental. Existen estudios con hormona de crecimiento (GH) para mejorar el pronóstico de talla final adulta, aunque con resultados poco concluyentes y controversiales. OBJETIVOS: Describir las características clínicas, tallas banco parental y talla actual, en 2 grupos de pacientes; los tratados con hormona de crecimiento y lo que no fueron tratados con hormona de crecimiento MATERIAL Y METODOS: Se recabaron datos del expediente electrónico de pacientes con diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita que acuden a la consulta externa de endocrinología. Se dividieron en aquellos que recibieron tratamiento con GH y aquellos en los que no la recibieron. Las variables incluídas fueron talla inicial, talla blanco y talla final. RESULTADOS El estudio incluyo 28 casos, la mediana de edad fue 139 meses (RIQ 120, 178), el 53.6 % perteneció al sexo femenino; la variedad virilizante simple fue del 57.1%; la mediana. de dosis cortisol (DC) 17.7 m2SC/día (RIQ 13.5, 22.8), el 32 % recibieron acetato de leuprolide. En cuanto a los casos que recibieron GH fueron el 42.95% (12 casos), de éstos el 50% perteneció al masculino, la mediana de edad fue 139 meses (RIQ 85, 174) el 50% recibió también acetato de leuprolide para tratamiento de pubertad precoz centralizada. En relación a la edad de inicio se obtuvo mediana de 148 meses (RIQ 127, 162), el tiempo de administración de GH una mediana 30 meses (RIQ 16.2, 45) y Dosis de 1.09 Us/Kg/semana (RIQ 1.03, 1.18). La mediana de la talla blanco fue de 162 cm (RIQ 154, 165 cm) y una diferencia entre el Zs de la talla al inicio y momento de realización del estudio mediana de -0.435 (RIQ -1.23, 0.87). Los casos que no recibieron GH 57.05% (16); pertenecieron al sexo femenino 56.25%, la mediana de edad fue 144 meses (RIQ 124, 178.5). Ningún caso recibió acetato de leuprolide, la mediana de dosis cortisol (DC) fue 19.1 mg/m2SC/día (RIQ 12, 24.2); la mediana de la talla blanco fue de 163 cm (RIQ 160.6, 168.9) y el Zs de la talla actual con la talla blanco familiar mostro una mediana -0.31 (RIQ -1.68, 0.56). CONCLUSIONES: En cuanto a la talla blanco, solo el 33% de los pacientes que recibieron GH se encontraban dentro del Zs de su talla blanco, comparados con e 44% de los pacientes que no recibieron GH, por lo que en nuestro estudio no hubo diferencia entre los dos grupos.

 # 125

Título: EFICACIA Y SEGURIDAD DE LIRAGLUTIDA VERSUS PLACEBO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO2: RESULTADOS DEL ESTUDIOS ALEATORIZADO ELLIPSE

Autor principal: Dra. Ana Rosa Escobedo Ortiz

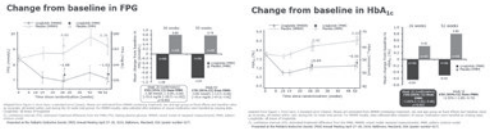
Email autor principal: juparaco@hotmail.com

Autores: Fiorentini Morales Claudio Vincenzo, Ramírez Contreras Juan Pablo

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Antecedentes: A pesar del reto que significa la Diabetes 2 en niños y adolescentes, Metformina e insulina son los únicos tipos de tratamientos que actualmente cuentan con aprobación para este grupo de edad. El estudio ELLIPSE investigó la eficacia y seguridad de Liraglutida, un análogo de péptido similar al glucágon-1 versus placebo cuando se agrega a Metformina, con o sin tratamiento con insulina basal como una opción de tratamiento nueva para jóvenes con DM2. Diseño/Métodos: En el estudio ELLIPSE (estudio multicéntrico fase 3) niños de 10 a 17 años fueron aleatorizados 1:1 para recibir tratamiento con Liraglutida hasta 1.8 mg/día (o la dosis máxima tolerada) o placebo durante un periodo doble ciego de 26 semanas, seguido por una extensión de estudio abierto de 26 semanas para recolectar datos adicionales, (en total 52 semanas). Los criterios de inclusión fueron índice de masa corporal por arriba del percentil 85 de la población general para edad y género, HbA1c ≥7.0% y ≤11% si eran tratados con dieta y ejercicio o HbA1c ≥6.5% y ≤11% si eran tratados con metformina y/o insulina basal. El desenlace primario fue el cambio de la HbA1c basal a las 26 semanas. Los desenlaces secundarios incluyeron cambio en la glucosa plasmática en ayuno (GPA). Se evalúa la seguridad durante todo el estudio. Resultados: de los 135 niños aleatorizados, a 134 se les administró tratamiento (66 Liraglutida, 68 placebo). La edad promedio fue 14.6 años (DS: 1.7 años, rango: 10-16.9 años; 30% tenían 10-14 años) y 62% fueron mujeres. Los dos grupos tenían características demográficas similares. A las 26 semanas (desenlace primario), la HbA1c disminuyó de 7.87% a 7.13% con Liraglutida y aumentó de 7.69% a 8.19% con placebo (diferencia estimada de tratamiento DET: -1.06%; 95% IC -1.89, -0.70, p<0.001). Liraglutida también disminuyó la GPA en las semanas 26 y 52 (-19.4 -18.5 mg/dL [+0.8 y +0.8 mmol/L] respectivamente). El porcentaje de niños que reportaron efectos adversos (EA) fue similar en ambos grupos (84.8% vs 80.9% con Liraglutida vs placebo respectivamente). Los EA gastrointestinales fueron más frecuentes con Liraglutida (33.3%) que con placebo (13.2%). Conclusiones: Liraglutida a dosis de hasta 1.8 mg/día (cuando es añadida a metformina ± insulina basal) ofrece un nueva, eficaz y durable opción de tratamiento con un perfil aceptable de seguridad, para niños y adolescentes con DM2 cuando es necesario mejorar su control glucémico.



 # 126

Título: DULAGLUTIDE (DU) HAS BETTER GLYCEMIC EFFECTIVENESS VS BASAL INSULIN (BI) IN INJECTION-NAÏVE PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES (T2D): THE DISPELTM STUDY

Autor principal: Dr. Oded Stempa -

Email autor principal: stempa_blumenfeld_oded@lilly.com

Autores: Reema Mody; Qing Huang; Maria Yu; Xian Zhang; Liya Wang; Michael Grabner; Hiren Patel

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Background: 2018 ADA-EASD consensus report recommends GLP-1 RAs over BI as the first injectable medication in most patients with T2D. Objective: Objective of this US retrospective observational study was to compare 1-year real-world glycemic effectiveness among patients with T2D initiating DU vs BI. Materials and Methods: Patients ≥18 years with T2D initiating DU or BI between Nov'14–Apr'17 (index date=earliest fill date), and no claim for any antidiabetic injectable in 6 months pre-index period (baseline), continuous enrollment and ≥1 HbA1c result 6 months pre-index and 1-year post-index were identified from a US claims database. DU users were propensity-matched 1:1 to BI users. Results: The pre-matching mean baseline HbA1c for DU cohort (n=1,103) was 8.4% vs 9.9% for BI cohort (n=3,193). Matched cohorts (903 pairs) were balanced in baseline characteristics with mean HbA1c: ~8.6%, mean age: 54 years, SGLT2 inhibitor use: 24% and DPP-4 inhibitor use: ~38%. 1-year post-index, 11% of DU cohort used BI and 10% of BI cohort used GLP-1 RAs; DU patients used less rapid-acting insulin (2% vs 16%) and DPP-4 inhibitors (24% vs 39%) and more SGLT2 inhibitors (34% vs 23%) vs BI patients. For the matched cohorts, change (mean; SE) in HbA1c levels from baseline was significantly greater in the DU (-1.12; 0.05) vs the BI cohort (-0.51; 0.05) (p<0.01). HbA1c level was reduced by ≥1% or decreased to <7% in significantly more number of patients in the DU (65.6%) vs the BI cohort (45.3%) (p<0.01). Among patients with baseline HbA1c>9%, change (mean; SE) in HbA1c levels was significantly greater in the DU -2.11; 0.10) vs the BI cohort (-1.52; 0.10) (p<0.01). Similar observations were made in patients aged ≥65 years. Conclusions: This real-world study, patients with T2D initiating DU demonstrated significantly greater and clinically meaningful HbA1c reduction compared to those initiating BI.

 # 127

Título: Efectos de IDegLira (Degludec/Liraglutida) en pacientes con diabetes tipo 2, mal controlada (DMT2) con A1C >9%: Análisis del programa DUAL

Autor principal: Dra. Luisa Geraldine Villanueva Rodríguez

Email autor principal: musi.lopezforero1@gmail.com

Autores: Danny Sugimoto, Juan Frias, Didier Gouet, Róbert Takács, Ting Jia, Petra Örsy, Stephen Bain, Carmen Alicia López Forero

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

INTRODUCCIÓN Siendo qué la diabetes está asociada con múltiples comorbilidades, es necesario hacer un buen control de esta enfermedad para evitar complicaciones; Sabemos que a pesar de la gran variedad de tratamientos que existen para la diabetes tipo 2 (DMT2), más de la mitad de los pacientes no están en tratamiento, y al menos la mitad de los que están en tratamiento, no alcanzan metas de control glucémico. OBJETIVOS Determinar el impacto de IDegLira en el control glucémico de pacientes con DMT2 mal controlados. MATERIAL Y MÉTODO Se hizo un análisis post-hoc de los ensayos DUAL I, II, V y VII, para evaluar diferencias entre el cambio de Hemoglobina glicosilada (A1C) al final del ensayo, % de pacientes con A1C <7%, % de pacientes con A1C <7% sin hipoglicemia, y % de pacientes con A1C <7% sin hipoglicemia ni ganancia de peso; qué se podían presentar con distintos tratamientos. RESULTADOS En DUAL I, II y V, el grupo que estaba en tratamiento con IDegLira logró una reducción mayor de A1C al final del ensayo, frente a los comparadores de insulina basal o liraglutida, la reducción en los estudios estuvo entre -2.5 a -2.7 puntos porcentuales de la A1C basal. En DUAL VII, la reducción de A1C desde el inicio de tratamiento y A1C al final del ensayo, fueron comparables para IDegLira e insulina glargina U100 (100 U/ml) + insulina aspart (4 veces/día). (tabla 1) Al final del ensayo también se evaluó el porcentaje de pacientes que lograban una reducción de A1C <7% sin hipoglucemia, y A1C <7%, sin hipoglucemia y/o aumento de peso, estos objetivos se lograron en una mayor proporción de pacientes tratados con IDegLira que con los comparadores. CONCLUSION Es importante dejar a un lado la inercia clínica en este tipo de pacientes, con estos estudios clínicos, vemos que pacientes con DMT2 que aún no están en control glucémico, son candidatos para ser tratados con IDegLira. El programa de estudios DUAL muestra qué, una alta proporción de pacientes que tenían A1C >9%, lograron un buen control glucémico pudiendo llegar a A1C <7%. También se evidencio que al evaluar el objetivo final compuesto (A1C <7%, sin hipoglucemia y/o aumento de peso) la mayor proporción de pacientes que cumplieron este objetivo pertenecía al grupo tratado con IDegLira.

Change in A1C, A1C at EOT and % patients achieving composite endpoints at EOT for patient group with baseline A1C >9% from DUAL I, II, V and VII

	DUAL I (NCT 01336023)			DUAL II (NCT 01392573)		DUAL V (NCT 01952145)		DUAL VII (NCT 02420262)	
	IDegLira	Insulin degludec	Liraglutide	IDegLira	Insulin degludec	IDegLira	IGlar U100	IDegLira	IGlar U100 + Lisp
N	190	107	86	62	84	71	52	37	46
Mean Δ A1C, %	−2.7	−2.0	−1.9	−2.5	−1.2	−2.6	−1.8	−2.3	−2.2
Mean A1C at EOT, %	6.8	7.6	7.7	7.2	8.3	6.9	7.8	7.1	7.3
% achieving A1C <7%	61.6	41.1	34.9	45.2	16.7	56.3	23.1	43.2	45.7
% achieving A1C <7% w/o hypoglycemia*	46.3	26.2	33.7	37.1	14.3	42.3	11.5	38.2	22.0
% achieving A1C <7% w/o hypoglycemia* or weight gain	20.0	8.4	32.6	29.0	6.0	26.8	1.9	23.5	2.4

*In the last 12 weeks of treatment. †In DUAL II, maximum allowed dose of degludec was 50 U. Hypoglycemia definition: subject unable to self-treat and/or have a recorded plasma glucose <3.1 mmol/L (<56 mg/dL) (DUAL I, II and V); subject unable to self-treat or have a recorded plasma glucose <3.1 mmol/L (<56 mg/dL), with symptoms consistent with hypoglycemia (DUAL VII). Δ, change; A1C, glycated hemoglobin; EOT, end of trial; IAsp, insulin aspart; IDegLira, insulin degludec/liraglutide; IGlar U100, insulin glargine 100 units/mL; w/o, without.

 # 128

Título: PATRONES DE TRATAMIENTO EN DIABETES MELLITUS TIPO2 EN PACIENTES MEXICANOS. RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A 2 AÑOS DEL PROGRAMA DISCOVER, QUE DEMUESTRAN LA NECESIDAD DE UNA INTERVENCIÓN TEMPRANA PARA ALCANZAR METAS Y LA FALTA DE UN ENFOQUE HOLÍSTICO AL ELEGIR EL TRATAMIENTO HIPOGLUCEMIANTE

Autor principal: Dr. Rafael Margarito Violante Ortíz

Email autor principal: estefania.vazquez@astrazeneca.com

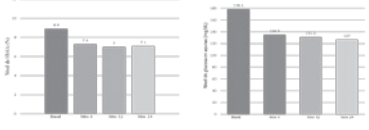
Autores: , González Gálvez Guillermo, Silva Giordano Alejandra* (Violante Ortiz Rafael), Vázquez-Méndez Estefanía* (Violante Ortiz Rafael).

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

En México, la frecuencia de DM2 aumentó en un 59.6% entre 2000 y 2012 [1]. Estudios multicéntricos reportan que del 24% al 62% de las personas con diabetes no ha sido diagnosticada o tratada [2]. Guías internacionales recomiendan un control oportuno y dinámico de la glucosa tomando en consideración además factores individuales del paciente como riesgo cardiovascular, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal, la necesidad de disminución de peso, riesgo de hipoglicemia, entre otros [3].Objetivos: Primario: Describir los patrones de tratamiento y su efecto sobre el control glucémico en pacientes con DM2 en el estudio DISCOVER.Material y Métodos. El programa DISCOVER es un estudio multinacional, observacional, longitudinal y prospectivo.Estamos reportando los datos se seguimiento a 2 años de la cohorte mexicana. Resultados. Se reclutaron 455 pacientes en 15 centros. La duración promedio del tratamiento de primera línea fue 7.2 ± 7.5 años. El 13% de los pacientes reportó antecedentes de enfermedad macrovascular concomitante y complicaciones microvasculares el 17.1%. El 81% de los sujetos presentaron sobrepeso u obesidad. El seguimiento de los niveles de glucemia se realizó a los 6, 12 y 24 meses y los resultados se muestran en la figura 1. Los tratamientos seleccionados al inicio del estudio como segunda línea de tratamiento fueron metformina (MET) + sulfonilureas (SU), MET + inhibidores de la dipeptidil-peptidasa 4 (iDDP4), MET + inhibidores del co-transportador sodio-glucosa (iSGLT2), MET + Otro hipoglucemiante, MET + SU + tiazolidonas (THAZ) o insulina (sola o en combinación) en el 47.3%, 17.8%, 5.7%, 6.6%, 2.6% y 10.8% de los pacientes, respectivamente, el 77.4% de los sujetos con terapia dual. Cambios en el tratamiento inicial se han realizado en el 9.3%, 7.2% y 9.8% de los pacientes a los 6, 12 y 24 meses de tratamiento. Los ajustes en las terapias se han realizado utilizando MET, iDDP4, insulina basal y SU. Conclusiones. El control glucémico sigue siendo subóptimo en muchos pacientes, y la proporción es mayor si se requiere terapia para otras comorbilidades. En este estudio se observó un retraso de 7.8 años en la modificación de la terapia antihiperglucemiante a pesar de no lograr metas terapéuticas de HbA1c. Más allá del control glucémico, las terapias utilizadas con mayor frecuencia, MET, SU, iDPP4 no han demostrado ser eficaces en la prevención del riesgo cardiovascular y renal. Es necesario un uso más temprano de agentes terapéuticos demuestren beneficios más allá del control glucémico, sino que además tengan efectos positivos sobre el control metabólico, el manejo de co-morbilidades como la hipertensión arterial y reduzcan el riesgo cardiovascular y renal. Bibliografía. IDF Diabetes Atlas 2016: www.diabetesatlas.org. ISBN: 978-2-930229-87-4 2. E, Mallinger L, Abbott-Klafter J, Guerrero R, Villalpando S, Lopez Ridaura R, Aekplakorn, ADA. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of medical care in Diabetes, 2019.

Gráfico 1.
Niveles de HBA1c y glucosa en ayunas, evolución en el seguimiento a 2 años



REVISTA MEXICANA DE ENDOCRINOLOGÍA, METABOLISMO & NUTRICIÓN. 2019;6:SUPL. 1

Pósters Comentados

 # 01

Título: ESTUDIO DE MORBI-MORTALIDAD EN PACIENTES CON ADENOMAS DE HIPOFISIS NO FUNCIONANTES

Autor principal: Dr. Eduardo Barrón Rojas

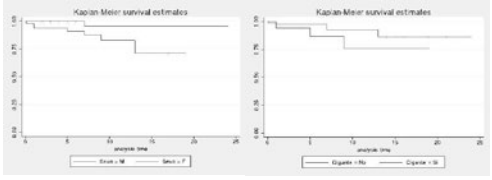
Email autor principal: eduardo_barron_rojas@hotmail.com

Autores: Dra. Vargas Ortega Guadalupe Dr. Gonzalez Virla Baldomero Jose Gregorio Servicio de Endocrinología Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional siglo XXI, IMSS.

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

ESTUDIO DE MORBI-MORTALIDAD EN PACIENTES CON ADENOMAS DE HIPOFISIS NO FUNCIONANTES Barrón Rojas Eduardo, Vargas Ortega Guadalupe, Gonzalez Virla Baldomero Jose Gregorio. Servicio de Endocrinología Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional siglo XXI, IMSS. antecedentes:Los adenomas hipofisarios no funcionantes (AHNF) se definen como neoplasias hipofisarias de carácter benigno originadas de células de la adenohipófisis las cuales no producen hipersecreción hormonal y por consecuencia no hay clínica de sobreproducción de hormonas. Diversos estudios han evidenciado un incremento en la mortalidad en pacientes con AHNF respecto a la población en general, se ha tratado de identificar diversos factores para predecir la mortalidad en estos pacientes, de los cuales la edad menor de 40 años, el sexo femenino,la radioterapia, se han estudiado asi como la deficiencias hormonales destaca la deficiencia de ACTH puesto que la dosis de reemplazo con hidrocortisona incrementa la mortalidad al recibir dosis mayores a 20 mg al día o su equivalencia. Objetivo: Se determinó la morbilidad y mortalidad en pacientes con adenoma hipofisario no funcionante durante 12 años de seguimiento a partir de su diagnóstico. Material y método: Se realizó un estudio transversal, analítico, comparativo a partir de un muestreo no probabilístico de casos consecutivos en el que se incluyeron a pacientes evaluados en la clínica de Adenomas hipofisiarios no funcionantes del Servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades "Bernardo Sepúlveda Gutiérrez" Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social con diagnóstico de AHNF bajo tratamiento específico. Se utilizó estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y dispersión acordes a la distribución de las variables. Resultados: La presencia de AHNF en relación al género presentó una diferencia significativa en cuanto a la supervivencia al paso del tiempo durante el seguimiento favoreciendo al sexo femenino (p 0.02), En relación al tamaño del tumor, no se observó una diferencia significativa en la cual se evidenció una mayor sobrevivencia en pacientes con tumores hipofisiarios no gigantes, sin una diferencia significativa entre ambos grupos (p 0.52), en relación a la compresión inicial no se evidenció diferencia significativa entre ambos grupos (p0.41) En cuanto a la presencia de hipocortisolismo como factor de morbi-mortalidad en estos pacientes no se observó una diferencia significativa comprada con el grupo control al paso del tiempo.(p 0.60).Conclusión: al valorar los diversos factores de riesgo o predictores de mortalidad así como de morbilidad en nuestro medio solo se corroboro de manera significativa en cuanto al género femenino el menos asociado a morbi-mortalidad en este tipo de pacientes al paso de los 12 años. Bibliografia: Metaxia T, Athanasios F. et al. Mortality in patients with non-functioning pituitary adenoma. Pituitary (2018) 21:203-207.



 # 02

Título: EFICACIA DE LA RADIOTERAPIA ESTEREOTÁCTICA FRACCIONADA CON ACELERADOR LINEAL EN PACIENTES CON ACROMEGALIA.

Autor principal: Dr. Juan Pablo Godoy Alonso

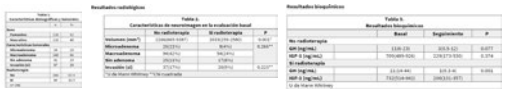
Email autor principal: godoyjp@hotmail.com

Autores: Godoy Alonso Juan Pablo, González de la Cruz Germán, Vázquez Aguirre Marlon Vladimir, León Suarez Andrés, Hinojosa Anaya José Miguel, Martínez Jiménez Angelica, Rocha Haro Andrea, Balbuena Álvarez Juan Salvador, Flores Balcázar Christian, Gómez Sámano Miguel Ángel, Gómez Pérez Francisco Javier, Cuevas Ramos Daniel.

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

ANTECEDENTES La acromegalia es un trastorno relacionado con la producción excesiva de la hormona del crecimiento (GH) y caracterizado por la desfiguración somática progresiva (que implica principalmente la cara y las extremidades) y manifestaciones sistémicas. El aumento de la morbilidad y la mortalidad requieren control de la enfermedad temprana. La radioterapia es utilizada en la acromegalia cuando la cirugía y el tratamiento farmacológico fallan al controlar el paciente. La introducción de radioterapia altamente dirigida, o radiocirugía, ha incrementado las opciones terapéuticas disponibles en el manejo de tumores hipofisarios secretores. OBJETIVOS Evaluar tasas de remisión y curación con radioterapia estereotáctica fraccionada con acelerador lineal en pacientes con acromegalia en el INCMNSZ. MATERIAL Y METODOS Estudio de diseño de cohorte comparativa, longitudinal, retrolectivo con una segunda fase prolectiva para conocer el desenlace. Se realizo una revisión sistemática de todos los expedientes de pacientes que recibieron radioterapia estereotáctica fraccionada con acelerador lineal en el INCMNSZ entre el año 2014 y 2018. Se determino el control bioquímico [factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) <1.2 x ULN y/o GH nadir < 1] y el control tumoral (ausencia de crecimiento - aumento de 20% de volumen tumoral y reducción del tamaño – disminución de 20% de volumen tumoral). RESULTADOS Se incluyeron 246 pacientes con acromegalia, el 52% de sexo femenino. El 66% de los casos eran macroadenomas y 166 (67.5%) recibieron radioterapia. La duración media de seguimiento radiológico fue de 26 meses (12-48). El tamaño del tumor fue menor en los pacientes que recibieron tratamiento con radioterapia en comparación a los que tuvieron seguimiento quirúrgico y farmacológico. Los volúmenes tumorales post-radioterapia fueron significativamente menores que los volúmenes de los pacientes que no recibieron radioterapia (P=0.001). No se observó un aumento de tamaño del tumor a lo largo del seguimiento en ningún paciente. Los pacientes con diagnóstico de acromegalia que recibieron radioterapia tuvieron una reducción mediana de GH de 21 a 1 ng/ml (disminución del 95%) y de IGF-1 de 732 a 206 ng/dl (disminución del 72%), en comparación con los pacientes que no recibieron tratamiento con radioterapia. CONCLUSIONES Se observo una disminución de los niveles de GH de 95% del valor inicial después de la radioterapia con una media de seguimiento de 26 meses. Las concentraciones de IGF-1 disminuyeron a menor proporción (72%), sin embargo, no se encontró diferencia con los pacientes de niveles basales más bajos. BIBLIOGRAFIA Colao AM, et al. PRIMER Acromegaly. Nature Reviews 2019. Hannon M, Barkan A, William M. Drake W. The Role of Radiotherapy in Acromegaly. Neuroendocrinology 2016; 103:42–49.



 # 03

Título: EFICACIA DE LA RADIOTERAPIA ESTEREOTÁCTICA FRACCIONADA CON ACELERADOR LINEAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CUSHING.

Autor principal: Dr. Germán González de la Cruz

Email autor principal: germangc87@gmail.com

Autores: González de la Cruz Germán, Godoy Alonso Juan Pablo, Vázquez Aguirre Marlon Vladimir, Hinojosa Anaya José Miguel, León Suárez Andrés, Martínez Jiménez Angélica(*), Rocha Haro Andrea(*), Balbuena Álvarez Juan Salvador(*), Flores Balcázar Christian(*), Gómez Sámano Miguel Ángel, Gómez Pérez Francisco Javier, Cuevas Ramos Daniel. Departamento de Endocrinología y Metabolismo del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Antecedentes: La enfermedad de Cushing es causada por un tumor en las células corticotropas de la glándula hipófisis. Los pacientes con enfermedad de Cushing generalmente son tratados con cirugía transesfenoidal, ya que este enfoque conduce a la remisión de la enfermedad en 70-90%. No obstante, entre los pacientes en remisión postoperatoria, el riesgo de recurrencia de la enfermedad de Cushing podría alcanzar hasta el 20-25% a los 10 años después de la cirugía. Por lo tanto, los pacientes con enfermedad de Cushing persistente o recurrente podrían beneficiarse de una segunda operación (que conduce a la remisión en el 50-70% de los casos), radioterapia o adrenalectomía bilateral. La remisión después de la radioterapia ocurre en aproximadamente el 85% de los pacientes después de un período de latencia considerable. Objetivo: Evaluar las tasas de remisión, recaída y curación con radioterapia estereotáctica fraccionada con acelerador lineal (REFAC) en pacientes con enfermedad de Cushing en el INCMNSZ. Material y métodos: El diseño del estudio es de cohorte comparativo, intervención de procedimiento, con asignación observacional ad hoc, longitudinal con una primera fase retrolectivo y segunda fase prolectivo con el fin de documentar los desenlaces. El tamaño de la muestra será de todos los pacientes con enfermedad de Cushing que hayan recibido tratamiento con REFAC en el INCMNSZ del 2014 al 2018. Resultados: Se juntaron 174 pacientes con enfermedad de Cushing, los cuales 128 no recibieron tratamiento con REFAC y 48 pacientes si la recibieron. La duración media de seguimiento radiológico fue de 26 meses (12-48). El tamaño del tumor post-tratamiento fue menor en los pacientes que recibieron tratamiento con REFAC en comparación a los que tuvieron seguimiento quirúrgico y farmacológico. Los volúmenes tumorales post-radioterapia fueron significativamente menores que los volúmenes de los pacientes que no recibieron radioterapia (P=0.025). No se observó un aumento de tamaño del tumor a lo largo del seguimiento en ningún paciente. La mediana basal en cuanto al nivel de Cortisol sérico disminuyó desde un valor pre tratamiento de 28 a 13 ng/ml al último control post-radioterapia (disminución del 54%), cortisol urinario de 454 a 172 mcg (disminución del 62%) y ACTH de 85 a 107 pg/ml (aumento del 20%). Conclusiones: La REFAC es un tratamiento eficaz en los pacientes con recidiva o recurrencia de enfermedad de Cushing en nuestra población. Bibliografía: Trifiletti, Daniel M., et al. "Endocrine remission after pituitary stereotactic radiosurgery: differences in rates of response for matched cohorts of Cushing disease and acromegaly patients." International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics 101.3 (2018): 610-617. Solari, Domenico, et al. "Pituitary Adenomas: What Are the Key Features? What Are the Current Treatments? Where Is the Future Taking Us?." World neurosurgery 127 (2019): 695-709.

 # 04

Título: GIGANTISMO HIPOFISARIO. ESTUDIO RETROSPECTIVO DURANTE 20 AÑOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

Autor principal: Dra. María del Carmen Ramón Ramírez

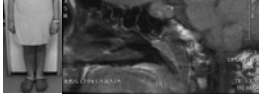
Email autor principal: mc_cute89@hotmail.com

Autores: Ramón-Ramírez María del Carmen*, Madrigal-González Mónica Margarita*, Rivera-Hernández Aleida Servicio de Endocrinología, Hospital de Pediatría "Silvestre Frenk Freund" CMN Siglo XXI, IMSS.

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

El gigantismo hipofisario con incidencia de 8 a 11 casos por millón, originado por elevaci´ón de hormona de crecimiento(GH) por un adenoma de estirpe somatotropo, con epifisis óseas aún abiertas. Puede ser esporádico o hereditario identificando mutaciones germinales hasta en un 46% de casos. Clínicamente presenta aceleración en velocidad de crecimiento(VC) >P75, talla >2DE de media poblacional, cefalea y efectos de masa. Su tratamiento multimodal tiene el objetivo de normalizar GH e IGF1, siendo la cirugía primera elección con tasa de remisión total de 23-41%. El manejo adyuvante incluye análogos de somatostatina(SST), agonistas dopaminérgicos y/o radioterapia(RT). Objetivo.Describir características clínicas, bioquímicas e imagenológicas al diagnóstico y postratamiento de casos de gigantismo con seguimiento en el servicio de Endocrinología del Hospital de Pediatría de CMN SXXI. Material y métodos.Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal de enero 2000 a julio 2019, donde se incluyeron 6 casos que cumplieron con criterios de selección y seguimiento mayor a 6 meses en Hospital de Pediatría. Se recabaron datos antropométricos, hormonales basales y postcarga de tolerancia oral a la glucosa(CTOG), hallazgos de imagen, tratamiento primario, manejo adyuvante y respuesta al mismo así como complicaciones asociadas. Resultados.El 57% fueron hombres, al diagnóstico edad 12.5 años(10-16); talla 188.5 cm(182-192), ZS 4.2(2.17-6.2). Clínicamente todos presentaron aumento en VC, cefalea, acrocrecimiento en 2 casos y un caso datos de cráneo hipertensivo. La media de IGF-1 fue 860ng/mL (520-1789). Ningún caso suprimió durante la CTOG con GH basal 28.5ng/ml(7.25-116) y a 2 horas de 36.5ng/ml(8.72-159). En 5 casos se encontró hiperprolactinemia 172.5ng/mL(9-480). El 83% fueron macroadenomas, tamaño tumoral promedio 30mm(9-47). Un caso con estudio molecular reportó microduplicación de Xp26.3. En 5 casos el tratamiento primario fue quirúrgico y en 2 octreótide LAR aunado a cabergolina en 1 caso. Ningún caso remitió con cirugía, 5 recibieron tratamiento médico con octreótide LAR, 2 además cabergolina y 1 bromocriptina. Dos fueron enviados a RT. Comorbilidades asociadas en 5 casos obesidad; 3 hipopituitarismo; 2 casos desarrollaron colelitiasis postratamiento. Se reportó disminución de IGF-1 426ng/ml (312-612) y GH 4 ng/ml (2-7). Se desconoce tamaño exacto de remanente tumoral siendo de 40% en algunos reportados. Conclusiones. En el 100% se presentó talla alta, IGF 1 mayor a la esperada y ningún caso suprimió en la CTOG. El 83.3% se acompañó de hiperprolactinemia por sobresecreción del tumor. En general se puede concluir que el comportamiento clínico, bioquímico y respuesta al tratamiento es similar a lo reportado en la literatura. Bibliografía. Rhee N,et.al. Gigantism caused by growth hormone secreting pituitary adenoma.Ann Pediatr Endocrinol Metab.2014;19:96-99. Rostomyan L, et al. Pituitary gigantism: characteristics. Annales d Endocrinologie 2015;76:643-649.



 # 05

Título: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON PROLACTINOMA

Autor principal: Dra. Irene Irisson Mora

Email autor principal: irene_irisson@hotmail.com

Autores: Irisson Irene , Eugeno Genesis, Ernesto Sosa, Espinosa Etual. UMAE HE CMN SXXI

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Antecedentes: Los prolactinomas son el tumor hipofisario funcional más frecuente. A diferencia de todos los demás adenomas hipofisarios, la primera línea de tratamiento es farmacológica con altas tasas de respuesta bioquímica, no obstante, esto pueden asociarse con una morbilidad significativa que incluye una calidad de vida comprometida ya que existen muchos factores inherentes a la enfermedad y otros más asociados con el tratamiento y la respuesta al mismo, que pueden modificarla. Se ha escrito en México sobre la evolución clínica de estos pacientes, pero no se ha abordado de manera suficiente su percepción de la calidad vida. Si la reducción de la calidad vida fuera una complicación de hiperprolactinemia, se esperaría que los pacientes no controlados presenten una calidad de vida menor que aquellos con buen control de la enfermedad. Objetivo: Evaluar el deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de prolactinoma y definir en qué medida esto es el resultado del control de la enfermedad. Material y Métodos: La calidad de vida relacionada con la salud se evaluó mediante el cuestionario SF-36. Los resultados del cuestionario se analizaron teniendo en cuenta las variables demográficas, clínicas y hormonales después de dividir la población de estudio en aquellos que tenían adecuado control y aquellos que no. Resultados: Participaron un total de 130 pacientes, 58 (45%) mujeres y 72 (55%) hombres, con edad promedio de 46 ±13 años. De estos pacientes, el 45% tenía buen control y el 55% estaban mal controlados. Cuando se estudiaron no se identificaron diferencias significativas en puntuaciones de calidad de vida relacionada con la salud en estos dos grupos (gráfico 1). Pero al analizar los resultados del SF-36 de manera general, se puede observar que los pacientes con diagnóstico de Prolactinoma presentan puntajes bajos en las 8 áreas de calidad de vida exploradas por la encuesta en comparación con la población general (tabla 1), el área más afectada fue la vitalidad con una media de 60, seguido del rol físico con una media de 75, siendo la Salud mental el área menos afectada con una media de 68 (tabla 1). Conclusiones: La calidad de vida en pacientes con prolactinomas está significativamente comprometida en las 8 áreas evaluadas por la encuesta SF-36. Sin embargo, el control de la enfermedad no determina por sí solo la calidad de vida. En nuestro estudio únicamente aquellos pacientes con prolactinomas gigantes tuvieron una mejor percepción de calidad de vida relacionada con la salud al estar bien controlados (gráfico 2). La investigación de la calidad de vida en este grupo de pacientes podría desarrollarse aún más mediante el desarrollo de cuestionarios específicos de enfermedad para prolactinoma y podría haber margen para una mejora adicional de la calidad de vida al establecer un tratamiento médico óptimo.

Tabla 1. Puntaje obtenido en el total de pacientes evaluados con el cuestionario SF-36

	Prolactinomas (n=130)	Referencia (n=5950)	Significancia*
Función Física (FF)	79 ±23	95 ±9	<0.001*
Rol Físico (RF)	75 ±39	94 ±15	<0.001*
Dolor Corporal (DC)	67 ±25	89 ±15	<0.001*
Salud General (SG)	60 ±22	73 ±15	<0.001*
Salud Mental (SM)	68 ±18	80 ±14	<0.001*
Rol Emocional (RE)	68 ±41	83 ±25	<0.001*
Vitalidad (VT)	60 ±24	81 ±12	<0.001*
Función Social (FS)	73 ±25	87 ±16	<0.001*
Salud Mental (CSM)	44 ±12	83 ±14	<0.001*
Salud Física (CSF)	47 ±9	88 ±15	<0.001*

Población de referencia se refiere al trabajo de Durán-Arenas, Luis, et al. Salud Pública Mex 2004, 46:306

 # 07

Título: ENFERMEDAD ÓSEA ASOCIADA A ACROMEGALIA: PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS, OSTEOPENIA Y RIESGO DE FRACTURA

Autor principal: Dr. MARLON VLADIMIR VÁZQUEZ AGUIRRE

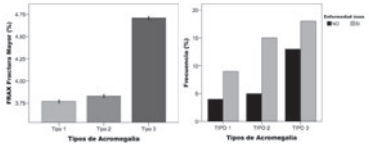
Email autor principal: vvazquezaguirre@icloud.com

Autores: Vázquez-Aguirre Marlon Vladimir,Rocha-Haro Andrea*, Godoy-Alonso Juan Pablo, González de la Cruz Germán, Martínez-Sánchez Froylán David*, Vega-Beyhart Arturo*, Enríquez- Estrada Víctor Manuel, Gómez-Sámano Miguel Ángel, Gómez-Pérez Francisco Javier, Cuevas-Ramos Daniel. Clínica de Neuroendocrinología, Departamento de Endocrinología y Metabolismo, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Antecedentes: La acromegalia es un trastorno sistémico causado por la sobreproducción de hormona de crecimiento (GH) a partir de un adenoma hipofisario del somatotropo. GH y el factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1) estimulan la resorción ósea en las células osteoclásticas y por lo tanto, el efecto crónico excesivo de GH e IGF-1 en acromegalia aumenta el recambio óseo. Si bien, las comorbilidades observadas al momento del diagnóstico son hipertensión arterial, apnea del sueño, intolerancia a la glucosa o diabetes mellitus, la fragilidad ósea y riesgo de fracturas ha sido reportado comúnmente. El riesgo de fracturas aumenta por reducción del volumen óseo trabecular, mayor separación por el incremento en el grosor de trabéculas y disminución del hueso esponjoso. Sin embargo, el grosor cortical está incrementado pero es poroso en comparación con sujetos sanos. La prevalencia de fracturas vertebrales en acromegalia es de 40%, con 3-8 veces mayor riesgo en comparación con los sujetos control, siendo más prevalente en hombres (1). Objetivo: Determinar la prevalencia de enfermedad ósea y riesgo de fractura en los pacientes con diagnóstico de acromegalia, agrupados por tipos 1 a 3, en la Clínica de Neuroendocrinología del INCMNSZ. Material y métodos: Estudio comparativo, observacional, transversal, retrolectivo. Se realizó búsqueda sistemática de los expedientes de pacientes con diagnóstico de acromegalia y estudio densitométrico disponible (n=64). También, se calculó el riesgo de fractura a 10 años. Se utilizó la clasificación estructural y funcional de acromegalia (2). Resultados:La edad promedio de los casos fue de 40 años con DE +- 13 con 63% mujeres (n=40) y 37% hombres (n=24). La frecuencias de acromegalia fueron 20% tipo 1 (n=13), 31% tipo 2 (n=20) y 49% tipo 3 (n=31). La frecuencia de enfermedad ósea en toda la cohorte fue de 66% (n=42), de ellos, 64% osteopenia y 36% osteoporosis. Al clasificarlos por tipos de acromegalia, se observó 21% (n=9) en tipo 1, 36% (n=15) tipo 2 y 43% (n=18) en el tipo 3 (Fig.1). Se identificaron 34% de casos sin enfermedad ósea diagnosticada con la densitometría ósea (DMO). De ellos, 18% (n=4) en tipo 1, 13% (n=5) tipo 2, y 59% (n=13) en tipo 3. La frecuencia de fracturas fueron solo 3 casos, sin embargo, el 100% fueron acromegalia tipo 3. El FRAX para fractura mayor tuvo un promedio significativamente más alto en el tipo 3 (X=4.7, DE 5) en comparación con tipo 1 (X=3.7, DE 2.9). (Fig.2) Conclusiones: La frecuencia de enfermedad ósea es común en acromegalia. Los casos con mayor severidad y riesgo de fractura fueron los tipo 3. La DMO permitió discriminar entre la mayoría de los casos con y sin enfermedad ósea. Bibliografía: Mazziotti G, e. (2019). MANAGEMENT OF ENDOCRINE DISEASE: Bone disorders associated with acromegaly: mechanisms and treatment . Cuevas-Ramos, D., Carmichael, J. D., Melmed, S. (2015). A Structural and Functional Acromegaly Classification. JCEM, 100(1), 122–131.doi:10.1210/jc.2014-2468



 # 08

Título: DISLIPIDEMIA Y RIESGO DE DISLIPIDEMIA EN NIÑOS CON ADIPOSIDAD

Autor principal: Dr. Maximiliano Burgos Garza

Email autor principal: rovalilia@hotmail.com

Autores: Burgos Maximiliano* (presentado por Rodriguez-Ventura Ana), Pulido K, Parra A, Tigre A, Morales R, Tolentino M, Sánchez B y Rodríguez-Ventura A.

Área a la que pertenece su trabajo: LIPIDOS

Resumen:

Introducción: Las alteraciones en el perfil lipídico son indicadores tempranos de riesgo cardiovascular y/o síndrome metabólico. En niños con adiposidad, cualquier tipo de dislipidemia se ha reportado en más del 50% y se ha propuesto definir concentraciones de lípidos en la categoría de Riesgo de dislipidemia para iniciar cambios en el estilo de vida, pero no suele reportarse esta categoría en población infantil con adiposidad. Objetivos: Describir las frecuencias de dislipidemia y riesgo de la misma en niños con adiposidad. Material y métodos: Estudio transversal anidado en una cohorte de niños de 5 a 18 años de edad con adiposidad (puntaje Z del IMC ≥ 1.0), sexo indistinto, que participaron en el PECNI "Sacbe". Se obtuvo el registro de características antropométricas, de hábitos y recordatorio de 24 hrs., así como variables metabólicas de forma basal y en el seguimiento y se tomaron muestras de glucosa y lípidos de forma basal y en el seguimiento. En este estudio se reportan los hallazgos de lípidos en la muestra basal. Se usó estadística descriptiva y análisis bivariado. Resultados: Se incluyeron 110 niños de 156, 58.2% fueron mujeres, edad 12 años (IQR 9.1, 14.7), peso 56.5 kg (IQR 43.3, 73.1), talla 150 cm (IQR 135.8, 158.4), la media de IMC z-score fue 2.30 ±0.83. Se encontró que de forma basal, los niños tuvieron algún tipo de dislipidemia en el 46.9%, 1 alteración en el 34.4%, 2 alteraciones en el 6.3% y 3 alteraciones en el 6.3%.Y el perfil de Riesgo de dislipidemia se observó en el 86% de los participantes, 34.4% tuvo una alteración, 35.9% 2, 14.1% 3 y 1.6% 4. Hipercolesterolemia total se observó en el 20% y de riesgo en 30%, LDL elevado en 7.8% y de riesgo en 18.8%, hipertrigliceridemia en el 35.8% y de riesgo 14.9%, hipoalfalipoproteinemia en el 3% y riesgo en el 23.9%. Conclusiones: Es sumamente alto el porcentaje de niños con adiposidad en Riesgo de dislipidemia y con dislipidemia franca, por lo que se debe favorecer la prevención, detectando a tiempo niños con adiposidad y con Riesgo de dislipidemia. Debemos sensibilizar a los padres y a los niños para que acepten mejorar su dieta y estilo de vida. También se deben hacer consensos sobre un tratamiento farmacológico más oportuno en el caso de que la educación masiva falle o no sea viable. Bibliografía: Barja S. et al. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias en niños y adolescentes. Rev Chil Pediatr 2014; 85 (3): 367-377

 # 09

Título: ALTERACIONES BIOQUÍMICAS DEL METABOLISMO DE LÍPIDOS EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL Y FACTORES ASOCIADOS.

Autor principal: Dra. GÉNESIS DINORA EUGENIO PONCE

Email autor principal: GEN_ILLA@HOTMAIL.COM

Autores: Irisson-Mora Irene1, Balcázar-Hernández Lourdes1, Rubio-Cano Jose-Andrés2 * (Balcázar-Hernández Lourdes), Mendoza-Zubieta Victoria1, Vargas-Ortega Guadalupe1, González-Virla Baldomero1. 1. Servicio de Endocrinología. Hospital de Especialidades CMN SXXI, IMSS 2. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Área a la que pertenece su trabajo: LIPIDOS

Resumen:

Introducción: La alteraciones bioquímicas del metabolismo de lípidos se encuentran en más del 60% de los receptores de trasplante renal (RTR). La dislipidemia post-trasplante renal (TR) se caracteriza por la presencia de hipertrigliceridemia, elevación de colesterol total, aumento de LDL-C y disminución de HDL-C, con una incidencia del 57.7%, 24-40%, 62% y 11%, respectivamente. Entre los factores de riesgo asociados se encuentran: obesidad, alimentación inadecuada, tabaquismo, diabetes y uso de inmunosupresores como tacrolimus, glucocorticoides o ciclosporina. La dislipidemia post-TR aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y disfunción/rechazo del injerto. Objetivo: Identificar las alteraciones bioquímicas del metabolismo de lípidos en RTR y factores asociados. Método: Estudio retrospectivo en RTR con función renal estable y evolución post-TR menor a 6 meses. Resultados: Se incluyeron 57 RTR; 55%(n=31) fueron hombres; edad: 31 años (RIC 25.5-36); IMC 22.3 (RIC 20.19-24.5); evolución post-TR 3.5 meses (RIC 1-6). La etiología de la enfermedad renal crónica se muestra en la figura 1; 9%(n=5) tuvo diabetes y 39% (n=22) hipertensión arterial. Procedencia del TR: donador fallecido 48%(n=27), donador vivo relacionado: 39.5%(n=23) y donador vivo no relacionado 12.5%(n=7). Tratamiento inmunosupresor: tacrolimus 6 mg/d (RIC 4-7), prednisona 20 mg/d (RIC 15-25), micofenolato 1.5g (RIC 1-2). Las características bioquímicas del metabolismo de lípidos antes y después del TR se muestran en la Tabla 1. El análisis bivariado demostró una correlación positiva entre triglicéridos post-TR y la dosis de tacrolimus (r=0.39;p=0.049); LDL post-TR se correlacionó positivamente con el colesterol total preTR (r=0.35;p=0.014), LDLpreTR (r=0.31;p=0.043) y colesterol total post-TR (r=0.83;p=0.001); HDL post-TR se correlacionó positivamente con HDL preTR (r=0.32;p=0.037). Análisis: Post-TR, se evidenció un aumento en las concentraciones de triglicéridos, asociado con la dosis de tacrolimus. Se observó la reducción de LDL-C y aumento de HDL-C, encontrándose una correlación directa con las concentraciones de LDL-C y HDL-C antes del TR, es decir, la dislipidemia pre-TR se correlacionó con la dislipidemia post-TR. Se evidenció una reducción de hipoalfalipoproteinemia, sin embargo, no se encontró relación con otras variables. Conclusiones: La dislipidemia post-TR es frecuente, siendo factores asociados la dislipidemia pre-TR y fármacos inmunosupresores como tacrolimus. El diagnóstico y tratamiento oportuno es fundamental para disminuir el riesgo cardiovascular, evitar complicaciones del injerto, mejorar el pronóstico y optimizar recursos en materia de salud.

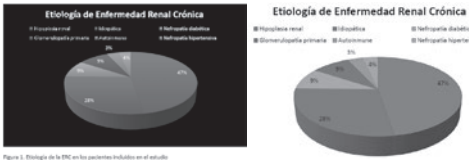


Figura 1. Etiología de la ERC en los pacientes incluidos en el estudio

 # 10

Título: Respuesta clínica (HbA ≥1% y/o pérdida de peso corporal ≥5%) con Semaglutida durante el programa SUSTAIN, basado en los valores basales de A1c y peso corporal

Autor principal: Dr. Valentín Sánchez Pedraza

Email autor principal: edusl10@hotmail.com

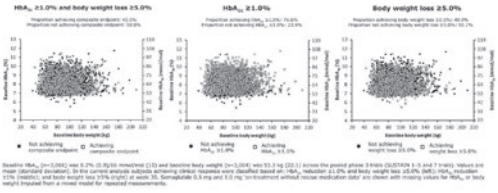
Autores: VANITA R. ARODA, JULIE F. LARSEN, SIGNE HARRING ØSTOFT, ROSANGELA R. REA, DANNY SUGIMOTO, UWE ZIEGLER, TINA VILSBØLL y EDURNE SANDOVAL DIEZ

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

El programa de desarrollo clínico SUSTAIN evaluó el uso de semaglutida una vez por semana, un análogo del péptido similar al glucagón tipo 1(GLP-1), para el tratamiento de pacientes con DT2, incluso en pacientes sin tratamiento previo y en aquellos que eran usuario de antidiabéticos orales y/o insulina. Semaglutida demostró reducciones superiores en A1c y peso corporal vs placebo y comparadores como sitagliptina, exenatida de liberación prolongada, insulina glargina y dulaglutida). Este análisis post hoc evaluó la proporción de sujetos tratados con semaglutida que lograron respuestas clínicamente relevantes (desenlace compuesto≥1% de reducción de A1c y ≥5% de pérdida de peso corporal; así como los componentes individuales: ≥1% de A1c ó ≥5% de pérdida de peso corporal) a través de los estudios SUSTAIN 1-5 y 7. Consistentemente una alta proporción de sujetos tratados con semaglutida lograron respuestas clínicamente relevantes (para el desenlace compuesto, 42.0%; ≥1% Reducción de HbA, 76,6%; ≥5% de pérdida de peso corporal, 49.9%), independientemente de la A1c y del peso corporal de referencia (Figura). La A1c y el peso corporal basales no afectaron la probabilidad de lograr los puntos finales compuestos. La disminución de ≥1% en A1c fue significativamente más alcanzable en los sujetos con una A1c mayor en la basal (143% de incremento de las posibilidades por cada 1% arriba de A1c, p<0.0001). En conclusión, Semaglutida provee una reducción más significativa de A1c y peso corporal en todo el espectro de A1c y peso. Los individuos con pobre control glucémico son los que más logran reducciones superiores al 1% en A1c.

Figure. Scatter plot of baseline HbA_{1c} (%) and baseline body weight (kg) in reductions of HbA_{1c} ≥1% and body weight ≥5% (composite and individual component endpoints) at week 30



 # 11

Título: ALIROCUMAB VERSUS EVOLUCUMAB EN EL TRATAMIENTO DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR, REPORTE DE 10 CASOS.

Autor principal: Dr. José Juan Ceballos Macías

Email autor principal: drjceballos@hotmail.com

Autores: Lara Sánchez Carolina, Flores Real Jorge, Ortega Gutiérrez Guillermo, Vargas Sánchez Joel, Meneses Pérez Carolina * (presentada por Ceballos Macías José Juan), Madriz Prado Ramón, Hernández Moreno Alfredo * , Picazo López Ana Laura *.

Área a la que pertenece su trabajo: LIPIDOS

Resumen:

Antecedentes. La hipercolesterolemia familiar (HF) es el trastorno genético del metabolismo de lípidos más asociado con enfermedad coronaria prematura (ECP). Se recomienda una meta de cLDL en adultos <100mg/dl y con antecedente de enfermedad cardiovascular (ECV) o diabetes mellitus <70 mg/dl. Las estatinas son el pilar de tratamiento en HF, sin embargo, frecuentemente son insuficientes para lograr metas de cLDL, por lo que se requiere agregar inhibidores de la proteína convertasa subtilisina/kexina tipo 9 (PCSK9). Objetivo. Comparar Alirocumab vs Evolocumab en 10 casos de HF, con el fin de alcanzar metas de cLDL y reducción de cLDL. Valorar la eficacia del tratamiento convencional + iPCSK9 (estatina+ezetimibe+iPSKC9) vs iPCSK9 como monoterapia en pacientes con intolerancia a las estatinas. Material y Método. Se estudiaron 10 pacientes con diagnóstico de HF de acuerdo con los Criterios de la Red de Clínicas de Lípidos Holandesas (CRCLH). Fueron aleatorizados para recibir alirocumab o evolocumab. Se compararon las medias de cLDL al inicio y a las 4, 8 y 12 semanas con cada uno de los tratamientos. Resultados. La media de edad del grupo de 6 hombres y 4 mujeres fue 51 años (39-65), el nivel inicial de cLDL fue 235 mg/dl (187-326 mg/dl)(TABLA 1). 30% de los pacientes contaba con antecedente personal de ECV. Seis presentaron intolerancia a estatinas por lo que recibieron monoterapia con iPSCK9. Se encontró una diferencia significativa entre el uso de iPSCK9 como monoterapia vs terapia convencional (estatina+ezetimibe+iPSKC9). (p= 0.037)(TABLA 2). Evolocumab a las 12 semanas de tratamiento disminuyó en promedio 186 mg/dl de cLDL y Alirocumab 149 mg/dl (p= 0.548) no se encontraron diferencias en la respuesta por género.(TABLA 2.1) Conclusión. Los iPSCK9 son una opción en pacientes con HF que no alcanzan metas de cLDL con estatina de alta intensidad+ezetimibe o pacientes con intolerancia a estatinas, no se encontró diferencia entre uno y otro iPCKS9. La respuesta a terapia combinada fue mejor, sin embargo, se presentó un porcentaje de intolerancia a estatinas mayor que en la población general (10-15%). Se requiere mayor experiencia en la vida real en un grupo mayor de pacientes con HF, incrementando el tiempo de tratamiento y el seguimiento para valorar la reducción de riesgo cardiovascular. Bibliografía: 1-Nordestgaard BG, et al, Familial Hypercholesteroleamia is underdiagnosed and underrated in the general population: Guidance for Clinicians to prevent Coronary Heart Disease, European Heart Journal. 2013;(34): 3478-3490. 2-Defesche JC, et al, Familial hypercholesterolemia. Nat Rev Dis Primers. 2017 Dec 7;3:17093. 3-Nordestgaard, B. G. et al. Familial hypercholesterolemia is underdiagnosed and undertreated in the general population: guidance for clinicians to prevent coronary heart disease: consensus statement of the European Atherosclerosis Society. Eur. Heart J. 34, 3478-3490 (2013).

Tabla 1.0

Características demográficas de los paciente n= 10	
Edad, años (RI)	51 (39-65)
Hombres, n %	6 (60)
LDL inicial, mg/dl (RI)	235 (187-326)
LDL 4 sem, mg/dl (RI)	97 (73-122)
LDL 8 sem, mg/dl (RI)	84 (54 – 107)
LDL 12 sem, mg/dl (RI)	98 (60 – 103)

Tabla 2.0

Tratamiento	Media c-cLDL inicial [mg/dl]	Media c-cLDL 4 sem [mg/dl]	Valor de p	Media c-cLDL 12 sem [mg/dl]	Valor de p
Evolocumab	277	91 (CI95 69.2-928.7)	0.02	118 (CI95 11.5-910.9)	0.06
Alirocumab	219	100 (CI95 97.7-189.4)	0.007	80 (CI95 69.8-255.7)	0.008
Ambos	253	95 (CI95 80.3-322.2)	0.06	98 (IC 95 86.7-231.2)	0.06

Tabla 2.1

Género	Media LDL inicial	Media LDL final	Valor de p
Femenino	236	102 (IC 95 75.5-351.4)	0.02
Masculino	231	102 (IC 95 75.4-204.3)	0.055

 # 12

Título: NIVEL DE ACTH COMO FACTOR PREDICTIVO PARA DESARROLLAR RESTOS DE TEJIDO ADRENAL TESTICULAR (TART´S) EN NIÑOS CON HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGENITA (HSC).

Autor principal: Dra. Mónica Jimenez Osorio

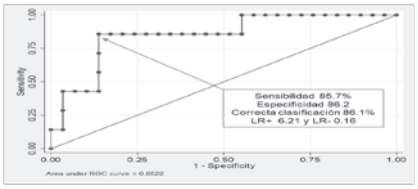
Email autor principal: mony.880912@gmail.com

Autores: Jiménez-Osorio Mónica*, Mendez-Mendez María del Rosario*, Zurita-Cruz Jessie Nallely*, Rivera-Hernández Aleida. Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Área a la que pertenece su trabajo: SUPRARRENALES

Resumen:

Antecedentes: Los TART´s son masas benignas reportados en 50-90% en varones con HSC entre 20 y 40 años. Hay pocos estudios de TART´s en niños con HSC reportando frecuencia 16-24%, estos se han asociado al descontrol, tipo de HSC e inicio de pubertad y es la principal causa de infertilidad. Objetivo: Determinar el nivel de ACTH con mayor sensibilidad para identificar TART´s y su correlación con el tamaño de estos en pacientes pediátricos con HSC. Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo, analítico. Pacientes pediátricos con HSC se determinó ACTH y se obtuvo promedio hormonal trianual de adrenal, gonadal, 17-hidroxiprogesterona (17OHP) y ultrasonido testicular (US). Se dividieron en 2 grupos, con y sin TART´s. El análisis estadístico se realizó con STATA v 11.0. Para comparar los grupos se utilizó U de Mann Whitey y para las cualitativas la prueba exacta de Fisher. Resultados Se estudiaron 41 niños, se incluyeron 36 que reunieron criterios de inclusión. Frecuencia de TART´s por US fue 19.4%, mediana tamaño 8.2 mm, HSC variedad clásica en 100%, media de edad 10.2 años, púberes en 85.7%. Se compararon entre los grupos la testosterona (T), androstenediona, 17OHP y ACTH (p=0.006) encontrando los mayores en pacientes con TART´s. La curva ROC mostro que el punto de corte de ACTH con mayor sensibilidad para identificar TART´s por US fue 200pg/m (Imagen 1). Se realizó una regresión logística para identificar factores de riesgo para presentar TART´s donde se encontró ACTH >200pg/mL como principal factor de riesgo (OR 64.4 IC95% 2.51 a 1652.31 p=0.012). El análisis de correlación entre el tamaño total de TART´s solo fue significativo con nivel de T basal (r=0.89 p=0.006) y promedio trianual (r=0.92 p=0.02). También en la regresión lineal múltiple se encontró que la ACTH (coeficiente 0.004 IC95% 0.002 a 0.007 p=0.009) y el promedio trianual de T (coeficiente 9.64 IC95% 6.35 a 12.94 p=0.003) (R2 de 0.97) influyen en el tamaño de estas lesiones y se observó una tendencia en cuanto al tipo de HSC perdedora de sal (PS) (coeficiente de 8.64 IC95% -1.15 a 18.44 p=0.067). Conclusiones: El principal factor para identificar TART´s por US es el nivel elevado de ACTH. Se requieren más estudios para poder corroborar el punto de corte establecido en nuestro estudio. Otros factores relacionados con el tamaño de las lesiones fueron en conjunto con ACTH, el nivel basal y promedio trianual de T principalmente en sujetos con HSC PS. Bibliografía. Werneck G y col. Testicular adrenal rest tumors in patients with congenital adrenal hyperplasia: 6 years of follow-up. JPEM 2019. 32(5): 519–526. Claahsen HL y col, Increased Prevalence of Testicular Adrenal Rest Tumours during Adolescence in Congenital Adrenal Hyperplasia. Horm. Res. Paediatr 2014; 82:238–244. Aycan Z y col. Prevalence and long-term follow-up outcomes of testicular adrenal rest tumours in children and adolescent males with congenital adrenal hyperplasia. Clin. Endocrinol. 2013; 78: 667–77.



 # 13

Título: PÉRDIDA DE LA TASA ESTIMADA DE FILTRADO GLOMERULAR CON EL TRATAMIENTO DE ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR A GLUCAGÓN TIPO 1 (GLP-1): DATOS DE SUSTAIN 6 Y LEADER

Autor principal: Dra. María Cristina Quintanilla García

Email autor principal: dra.cristy.quintanilla@gmail.com

Autores: Roberto Araujo, Vlado Perkovic, Stephen Bain, George Bakris, John Buse, Theis Gondolf, Thomas Idorn, Nanna Lausvig, Kenneth Mahaffey, Steven Marso, Michael Nauck, Richard Pratley, Peter Rossing, Bernard Zinman, Johannes Mann

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

INTRODUCCIÓN: Datos previos de los estudios de desenlaces cardiovasculares (CV) SUSTAIN 6 y LEADER indican que los análogos de GLP-1 semaglutida y liraglutida pueden tener efectos benéficos en la función renal. Este análisis post hoc investigó los efectos de semaglutida y liraglutida en el cambio en la tasa estimada de filtrado glomerular (TEFG) evaluado como pendiente total de TEFG. MÉTODOS: SUSTAIN 6 y LEADER evaluaron desenlaces cardiovasculares, renales y de seguridad con semaglutida y liraglutida vs placebo, en 3297 y 9340 pacientes con diabetes tipo 2 y alto riesgo cardiovascular, respectivamente. La media de duración de tratamiento fue de 2.1 y 3.8 años, respectivamente. En el análisis actual, el cambio en TEFG a través del tiempo fue evaluado para toda la población y subgrupos de TEFG basal (<60 vs >= 60 ml/min/1.73 m2) para semaglutida (1.0 mg) y liraglutida vs placebo usando un modelo de regresión lineal con pendiente aleatoria e intercepción: fueron estimadas las diferencias de tratamiento (DET) entre las pendientes anuales. RESULTADOS: En la población general, una tasa mas lenta de reducción en la TEFG fue observada con semaglutida y liraglutida vs placebo (media anual de DET de 0.87 ml/min/1.73 m2 favoreciendo semaglutida): este efecto apareció mas pronunciado para TEFG <60 ml/min/1.73 m2, (DET anual: 1.62 ml/min/1.73 m2, reducción mas lenta de TEFG, ver tabla). En LEADER, la reducción anual de TEFG fue mas lenta para liraglutida vs placebo para la población general; el efecto fue mas marcado en pacientes con TEFG <60 ml/min/1.73 m2 (DET anual: 0.67 ml/min/1.73 m2 reducción mas lenta de TEFG). CONCLUSIONES: La pérdida anual de la función renal fue mas lenta en pacientes tratados con semaglutida o liraglutida vs placebo. El beneficio aparece mas pronunciado en pacientes con enfermedad renal crónica preexistente.

 # 14

Título: Asociación entre los Niveles de Adiponectina y Leptina con la Densidad Mineral Ósea de Mujeres Postmenopáusicas Mexicanas con y sin Diabetes Mellitus Tipo 2

Autor principal: Dra. Andrea Patricia Tenorio Rojo

Email autor principal: andrea.tr@hotmail.com

Autores: Michelle De Puy Conte, María de los Ángeles Corona Hernández, Alfredo A. Reza Albarrán, Francisco J. Gómez Pérez, Griselda X. Brito Córdova, Paloma Almeda Valdés.

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

Introducción: Es bien reconocido el efecto positivo que tiene el peso corporal sobre la densidad mineral ósea (DMO). Se ha propuesto a la masa grasa como el enlace entre el peso corporal y la DMO. La relevancia clínica de los niveles de adipocitocinas como un marcador de salud ósea no se ha esclarecido. Buscamos encontrar una relación ente los niveles de adiponectina y leptina con la densidad mineral ósea. Objetivo: Establecer la relación entre los niveles séricos de adiponectina y leptina con la DMO en mujeres postmenopáusicas mexicanas con y sin diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Material y Métodos: Estudio observacional, transversal y comparativo. Se revisaron las densitometrías óseas realizadas desde 2014 identificando mujeres postmenopáusicas con y sin DM2, excluyendo a aquellas con enfermedades concurrentes o medicamentos que pudieran afectar la DMO. Se obtuvo aprobación por los Comités de Ética y consentimiento informado de todas las participantes. Se realizó medición de glucosa, HbA1c, adiponectina (APO), leptina (LEP), composición corporal y antropometría. Considerando una correlación entre la DMO con APO de 0.30, con un error $\alpha = 0.05$ y error $\beta = 0.20$, se estimó un tamaño de muestra de 170 pacientes. Resultados: Se han incluido 106 pacientes (48 sin DM2; 58 con DM2) hasta agosto 2019 con edad media de 64.1 ± 90 años y tiempo desde la menopausia de 16.2 ± 8.3 años. En los parámetros antropométricos destacó el exceso de peso con adiposidad central: IMC 26.4 [23.9-29.2] kg/m2, circunferencia de cintura 89.3 ± 12.6 cm y porcentaje de masa grasa 41.2 ± 6.3% en ambos grupos. En las pacientes con DM2 la mediana desde su diagnóstico fue de 13.5 años y la de HbA1c 6.8% (6.1-7.9%). Se observó una diferencia en las concentraciones de APO entre los grupos sin y con DM2 (14.7 [9.3-22.3] µg/mL y 10.8 [7.4-15.3] µg/mL, respectivamente, p= 0.018) y una tendencia en las concentraciones de LEP (sin DM2 11.6 [7.4-22.6] µg/mL y con DM2 18.0 [11.4-30.0], p= 0.053). A pesar de presentar una mayor DMO en columna lumbar (CL) (sin DM2 0.86 ± 0.15 vs. con DM2 0.95 ± 0.13, p= 0.002), las mujeres con DM2 reportaron una mayor prevalencia de fracturas osteoporóticas (sin DM2 16.7% vs. con DM2 32.8%, p= 0.058). Se encontró una correlación positiva entre LEP y la DMO en cuello femoral (CF) (ρ= 0.373, p <0.001), cadera total (CT) (ρ= 0.336, p< 0.001) y CL (ρ= 0.313, p= 0.002). Está asociación persistió con la DMO en CF después de ajustar por IMC, circunferencia de cintura (CC), índice cintura/cadera (ICC), masa grasa y masa libre de grasa (ρ = 0.227, p = 0.037). No se encontró asociación entre los niveles de APO y DMO. Conclusión: Se encontró una correlación positiva entre los niveles de LEP y DMO en CF explicando la relación positiva entre peso corporal y DMO. Estos hallazgos son preliminares y se requiere completar el tamaño de la muestra para establecer esta asociación.

 # 15

Título: Asociación de enfermedad de Graves con cáncer tiroideo.

Autor principal: Dr. Edmundo Daniel Ávila Hipólito

Email autor principal: edmundo.avila2@hotmail.com

Autores: ORTIZ-MEZA, ITZEL ARACELI, CECEÑAS-FALCÓN, LUIS ÁNGEL, LAVALLE-GONZALEZ, FERNANDO JAVIER

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Introducción: En el pasado, el hipertiroidismo era considerado un factor de protección para cáncer de tiroides. En 1950 algunos estudios reportaron una alta incidencia de cáncer de tiroides en pacientes con enfermedad de graves [1]. Objetivo: Exposición de asociación de enfermedad de Graves con cáncer de tiroides. Exposición de caso: Mujer de 16 años. Inicia a los 12 años con aumento de volumen progresivo de cuello anterior, acompañado de palpitaciones y diaforesis. Se diagnóstica hipertiroidismo con resultados de perfil tiroideo e inicia tratamiento médico. En tratamiento durante 4 años. A los 15 años pérdida de 5 kg de peso en 2 meses. US tiroideo reporta nódulo tiroideo en lóbulo tiroideo derecho e istmo. Se realiza biopsia con aspiración con aguja fina en noviembre del 2018 con resultado BETHESDA VI. Tiroidectomía total en mayo 2019, egresada con sustitución de vitamina D por hipocalcemia de 7.9. Exploración física, neurológicamente integra, cuello con cicatriz quirúrgica horizontal de bordes bien afrontados y sin secreción. Sin compromiso cardiopulmonar. Sin edema de miembros pélvicos. Signos de Chovstek y Trousseau negativos. El resultado de la biopsia (figura 1) reporta: carcinoma papilar de tiroides 2.5 cm de diámetro mayor, ubicado en el lóbulo derecho con infiltración capsular y extensión focal a tejidos blandos a 0.1 cm del borde de resección quirúrgico anterior y posterior, con permutación vascular linfática. Conclusiones: Haraj y asociados reportaron una prevalencia de cáncer tiroideo en pacientes con enfermedad de graves de 3.38% en una serie de casos retrospectivos. El diagnostico de hipertiroidismo no elimina la posibilidad de cáncer de tiroides. [2]. Bibliografía: 1. Fabio Medas, Ernico Erdas, Gian Luigi Canu, Alessandro Longheu, Giuseppe Pisano, Massimiliano Tuveri and Pietro Giorgio Calò. Does hyperthyroidism worsen prognosis of thyroid carcinoma? A retrospective analysis on 2820 consecutive thyroidectomies. Journal of Otolaryngology - Head and Neck Surgery (2018) 47:6. 2. Haraj NE, Ahandar H, El Aziz S, Chadli A. Association of hyperthyroidism with differentiated thyroid cancer. Pan African Medical Journal. 2016.

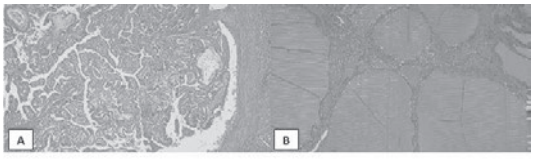


Figura 1. Carcinoma papilar de tiroides (A). Hiperplasia difusa con datos de hipertiroidismo (B).

 # 16

Título: CARCINOMA DE PROSTATA METASTASICO A TIROIDES.

Autor principal: Dr. JOSE GERMAN CARRASCO TOBON

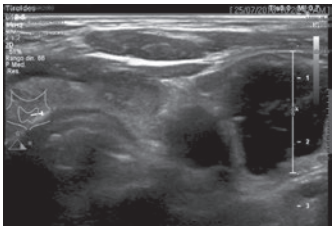
Email autor principal: carrascot@yahoo.com.mx

Autores: OBED ALEXI URQUIA, ALFREDO ALVAREZ LOPEZ

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Por la rica vascularidad la glándula tiroides es un sitio común de metástasis. El origen más comunes son mama, riñón, pulmón, tracto gastrointestinal, linfoma y carcinoma escamoso de la cabeza. El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte después del cáncer de pulmón. Los sitios más frecuentes de metástasis son ganglios linfáticos, hueso, pulmón, vejiga, hígado y glándula suprarrenal. Se presenta un caso de un paciente con cáncer de próstata con metástasis a tiroides. Paciente masculino de 82 años, antecedentes de DM2, HAS, Hipotiroidismo. En 2014 se encuentra nódulo tiroideo izquierdo de 1.2 x 0.6 cm TIRADS 3, perfil tiroideo normal; BAAF Besthesda clase IV, en vigilancia. En abril de 2016 se diagnostica Adenocarcinoma Acinar de próstata moderadamente diferenciado, Gleason 6, con metástasis a columna lumbar solo tratamiento paliativo. Julio de 2018 presenta crecimiento abrupto en cuello con adenopatías ganglionares izquierdas y nódulo palpable en lóbulo tiroideo izquierdo de consistencia pétrea. Se realiza USG tiroideo encontrando dos nódulos en la región superior del lóbulo tiroideo izquierdo, el primero de 2.48 x 1.77 cm TIRADS 5; el segundo de 1.02 x 0.6 cm TIRADS 4. Adenopatía ganglionar cervical en nivel III con pérdida del hilio graso. Se realiza BAAF de nódulo tiroideo y ganglio cervical; informe de patología: Bethesda V. Biopsia de ganglio linfático cervical nivel III izquierdo: Metástasis de carcinoma. Morfología compatible con carcinoma poco diferenciado de tiroides (insular). Perfil tiroideo TSH 8, T3L 1.2, T4L 2.4, anti-Tg en 1.10 , Tg 25. Se realiza tiroidectomía total en agosto de 2018. El Final de patología: adenocarcinoma metastásico patrón Acinar y sólido. Inmunohistoquímica: CK7 positivo, CK20 positivo, ANTIGENO PROSTATICO: positivo. Concluyente con adenocarcinoma Acinar prostático metastásico. La incidencia de metástasis a la glándula tiroides en las series de autopsias varía de 1.25% a 24%. Las metástasis a tiroides se consideran un evento terminal cuestionando la efectividad del tratamiento convencional. La mayoría de los tumores metastásico son carcinomas. Las metástasis de cáncer de próstata a tiroides es extremadamente rara, existen algunos reportes a otras regiones del cuello pero no ha tiroides. Estas generalmente siguen el drenaje venoso a través del plexo paravertebral inferior o el plexo de Batson dando metástasis en otros sitios antes que a tiroides aunque la ruta de propagación a la glándula puede ser hematógena. En este caso la BAAF se reporta como un carcinoma insular, que desde el punto de vista morfológico es una posición intermedia entre un diferenciado y un indiferenciado, considerado de mal pronóstico. La BAAF tiroidea con determinación de tiroglobulina en el material aspirado contribuirá a diferenciar una neoplasia primaria de la metastásica. Se deberá de considerarse la posibilidad de metástasis en tiroides en aquellos pacientes con antecedentes de carcinoma de prostata



 # 17

Título: CORRELACIÓN DEL PUNTAJE METABÓLICO PARA RESISTENCIA A LA INSULINA (MET-IR) CON MARCADORES DE INFLAMACIÓN EN ADULTOS

Autor principal: Dr. Mónica Irasú Cardona Alvarado

Email autor principal: monicairasu@yahoo.com.mx

Autores: Cardona-Alvarado Mónica*1 (Pérez-Luque E), López-Moreno Gabriela*2, Aguilar- Zavala Herlinda*2, Nicté Figueroa-Vega1 and Pérez-Luque Elva1

Área a la que pertenece su trabajo: OTROS

Resumen:

1Departmento de Ciencias Médicas, División de Ciencias de la Salud, Campus León, Universidad de Guanajuato. 2Division de Ciencias de la Salud e Ingenierías, Campus Celaya-Salvatierra, Universidad de Guanajuato. Introducción: El puntaje metabólico para la resistencia a la insulina (MET-IR) se ha propuesto como herramienta predictiva de hipertensión y rigidez arterial, y como herramienta complementaria para evaluar riesgo cardiometabólico, pero falta información de la posible asociación del MET-IR con marcadores de inflamación. Objetivo: Evaluar la asociación de MET-IR con la concentraciones de la proteína C-reactiva y adiponectina en adultos. Material y métodos: Se incluyeron sujetos ambos sexos, edad de 30 a 50 años, con IMC >18.5 kg/m2, clínicamente sanos sin cambios en el peso en los últimos 6 meses (+10%), sedentarios, no fumadores, no alcohólicos, sujetos sin consumo de medicamentos, ni suplementos alimenticios, mujeres no gestantes o en periodo de lactancia. Se evaluó el peso, estatura, circunferencia de cintura, de cadera, % grasa corporal presión arterial sistólica, diastólica, se cuantificaron las concentraciones de glucosa, perfil de lípidos, insulina, proteína C reactiva de alta sensibilidad (PCR-hs) y adiponectina. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) y el MET-IR de acuerdo a la fórmula [LN(2*glucosa mg/dL)*IMC/(LN(HDL mg/dL)] (Bello-Chavolla Y, 2019). Resultados: Se seleccionaron 89 sujetos, mujeres 66 (74%) y hombres 23 (26%), con un promedio de edad de 37 ± 4.6 años. La media de MET-IR fue de 39.7 ± 8.4. No hubo diferencias significativas por sexo. El análisis de correlación simple muestra asociación positiva el MET-IR con los niveles de PCR-hs (r=0.47, p<0.001), con la grasa corporal (r=0.69, p<0.001) y presión arterial diastólica (r=0.45, p<0.001) y asociación negativa con la adiponectina (r=-0.22, p=0.03) ajustado para la edad. En la regresión lineal múltiple se observó correlación positiva del MET-IR con los niveles de PCR-hs (β=0.20, p=0.02) y correlación negativa con los niveles de adiponectina (β=-0.16, p=0.03) presentando el modelo R2= 0.49 ajustado por IMC, edad y sexo. Con el análisis de regresión logística, encontramos un aumento en el riesgo de presentar elevación de concentraciones de PCR-hs en suero mayor a 3 mg/L cuando se presenta un valor de MET-IR >46 [OR=7.6 (95% 2-20)]. Conclusión: Correlaciones consistentes del MET-IR con marcadores de inflamación sugieren que puede ser un indicador útil para evaluar riesgo cardiometabólico.

 # 18

Título: ASOCIACIÓN DE ÁCIDOS GRASOS MATERNOS CON EL PERFIL METABÓLICO FETAL Y EL PESO AL NACIMIENTO EN MUJERES SANAS

Autor principal: Dra. Maria Luisa Lazo de la Vega Monroy

Email autor principal: marialuisaqfb@yahoo.com.mx

Autores: Lazo-de-la-Vega-Monroy Maria-Luisa1, Rodríguez-Saldaña Gloria-Celina*1, García-Santillán Juan-Antonio*1, González-Domínguez Martha-Isabel*2, Gómez-Zapata Héctor-Manuel*3, Malacara Juan-Manuel1, Daza-Benítez Leonel*3, Barbosa-Sabanero Gloria1. 1 Departamento de Ciencias Médicas, División de Ciencias de la Salud, Universidad de Guanajuato Campus León. 2 Universidad de la Ciénega del Estado de Michoacán de Ocampo. 3 UMAE No.48 IMSS, León.

Área a la que pertenece su trabajo: OTROS

Resumen:

Antecedentes: El peso al nacimiento es un indicador importante para la salud del recién nacido (RN). Los RN de peso bajo (SGA) o alto (LGA) para la edad gestacional tienen un riesgo incrementado de desarrollar enfermedades metabólicas en la etapa adulta. Los ácidos grasos esenciales son fundamentales para el crecimiento y desarrollo fetal. La suplementación con ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga durante el embarazo se asocia con una disminución en incidencia de parto prematuro. Existe una correlación negativa del consumo de ácido linoléico (LA) y ácido docosahexaenoico (DHA) con el peso del RN y el peso de placenta respectivamente en madres sanas de RN de peso adecuado para la edad gestacional (AGA). Sin embargo, se desconoce si el perfil de ácidos grasos séricos maternos se asocia con el metabolismo del RN y/o alteraciones del peso al nacimiento. Objetivo: Evaluar la asociación de los ácidos grasos en suero materno con el perfil metabólico en RN SGA, AGA y LGA. Material y métodos: Estudio transversal comparativo en madres sanas sin obesidad ni suplementación con ácidos grasos, y sus RN a término (17 SGA, 19 AGA, 12 LGA). Se cuantificaron los ácidos grasos maternos palmítico (PA), araquidónico (AA), LA y DHA, por cromatografía de gases. Se evaluó glucosa, HbA1c y perfil de lípidos maternos, así como glucosa, perfil de lípidos e insulina en sangre de cordón umbilical. Resultados: No se encontraron diferencias en el porcentaje de PA, LA y AA maternos entre los grupos, ni correlaciones con el peso al nacimiento o variables metabólicas del RN. El %AA se correlacionó negativamente con los triglicéridos maternos. El %LA se correlacionó positivamente con el IMC pregestacional. El %PA se correlacionó positivamente con la edad gestacional. %LA y %PA se correlacionaron positivamente entre sí (r=0.357, p=0.028). El %DHA se encontró aumentado en madres de SGA vs. AGA, correlacionándose negativamente con la glucosa y el HOMA-IR de RN. El %DHA se asoció negativamente con el peso al nacimiento (t=-2.60, p=0.016), independientemente del IMC pregestacional y las variables metabólicas maternas. Conclusiones: Las concentraciones elevadas de DHA sérico en mujeres sanas sin obesidad se asociaron a un menor peso y resistencia a insulina en el RN. Se requieren más estudios para apoyar el establecimiento de recomendaciones nutricionales adecuadas durante el embarazo en mujeres sanas. Apoyado por: CIIC-UG-056/2019 y PNPC-SICES/CONV/184/2019-UG.

 # 19

Título: Efectos del levonorgestrel y la mifepristona sobre los perfiles de expresión génica a nivel endometrial durante la fase de implantación.

Autor principal: Dra. Ana Elena Barrios Hernández

Email autor principal: anitabarrios_emm@hotmail.com

Autores: Lira-Albarrán Saúl, Vega Claudia* (presentada por Larrea Fernando), Durand Marta, Larrea Fernando. Departamento de Biología de la Reproducción, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. CCINSHAE, México.

Área a la que pertenece su trabajo: BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

Resumen:

Antecedentes: La investigación en salud reproductiva representa una de las áreas de mayor importancia en salud pública. A este respecto, la anticoncepción de emergencia representa una intervención importante para la prevención del embarazo no deseado; sin embargo, su connotación poscoital limita sus beneficios sobre todo en la población adolescente. En este trabajo se estudiaron los efectos a nivel transcripcional de levonorgestrel (LNG) y de mifepristona (MFP), agonista y antagonista del receptor de la progesterona, respectivamente, a nivel endometrial. Objetivos: El objetivo principal de este estudio fue el análisis de los cambios a nivel transcripcional en el endometrio durante la ventana de implantación en mujeres tratadas con LNG y MFP el día de la ruptura folicular. Metodología: Se estudiaron 10 mujeres sanas en edad reproductiva durante dos ciclos consecutivos, control y tratado, en este último, recibieron LNG a la dosis de 1.5 mg (5 mujeres) o 50 mg de MFP (5 mujeres) por vía oral el día de la ruptura folicular (RF). Se tomaron muestras de endometrio seis días después de la RF para la extracción de ácidos nucleicos y su análisis por micromatrices de expresión. Resultados: La administración de LNG seis días previos a la ventana de implantación demostró la presencia de cambios en los perfiles de expresión génica. Los cambios más relevantes se observaron en procesos biológicos relacionados con embarazo femenino y biofunciones asociadas a receptividad del útero. El análisis de predicción molecular con base a las listas de genes diferencialmente expresados para estas biofunciones fue predicha como activada a diferencia de los resultados con MFP que fue inhibida. Conclusiones: La administración de LNG resultó en un perfil de expresión génica en el endometrio compatible con el desarrollo de un fenotipo receptivo a diferencia de MFP en donde la expresión génica en el endometrio durante la ventana de implantación fue compatible con su efecto antagonista de la progesterona. Los cambios más significativos estuvieron confinados a procesos de respuestas agudas, inflamatorias e inmunológicas, así como las vías canónicas involucradas en respuesta inflamatoria aguda y de la familia de las cinasas JAK en la vía de señalización de citocinas tipo IL-6. Estos resultados permiten sugerir que LNG a la dosis utilizada en anticoncepción de emergencia no posee efectos anti implantación en el endometrio humano. Estudio apoyado por El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) FOSISS No. 233447 a FL

 # 20

Título: RELACIÓN DE LAS CONCENTRACIONES SÉRICAS DE NEUROQUININA B (NKB) CON LOS SÍNTOMAS VASOMOTORES Y EMOCIONALES EN MUJERES EN ETAPA REPRODUCTIVA, PERI- Y POSTMENOPAUSIA

Autor principal: L.N. Mariana Vianey Flores Nicasio

Email autor principal: marianavianeyfn@gmail.com

Autores: Mariana Vianey Flores-Nicasio* (presentado por Nicté Figueroa-Vega), Nicté Guadalupe Figueroa-Vega, Juan Manuel Malacara

Área a la que pertenece su trabajo: BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

Resumen:

Antecedentes: En la menopausia aumentan los síntomas físicos y emocionales, que tienen un fuerte impacto en la calidad de vida en las mujeres. En ausencia de estrógenos, el eje hipotálamo-hipófisis libera hormonas gonadotrópicas en exceso con la hipertrofia de las neuronas KNDy que producen Kisspeptina (KISS), Neuroquinina B (NKB) y Dinorfina (Dyn), involucradas en la regulación de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Existe evidencia que los síntomas vasomotores están fuertemente correlacionados con la secreción de GnRH, lo que sugiere la influencia de NKB. Objetivo: Evaluar las concentraciones periféricas de NKB en mujeres en etapa reproductiva, perimenopausia y posmenopausia y examinar su asociación con los síntomas vasomotores y emocionales. Material y Métodos: Se estudiaron 45 mujeres de 30 a 65 años, clasificadas en etapa reproductiva (n=15), perimenopausia (n=15) y posmenopausia (n=15). Se registraron síntomas como estado de ánimo depresivo, ansiedad, percepción del estrés, sumisión, problemas de sueño y presencia e intensidad de bochornos. Se determinaron las concentraciones de FSH, 17β-estradiol y LH. NKB se cuantificó por cromatografía líquida acoplada a espectrometría de masas. Se compararon los grupos mediante ANOVA. Se realizó una correlación de Pearson para identificar los factores asociados con los síntomas. Se consideró una p<0.05 como significativa. Resultados: Se encontró que durante la fase lútea hubo un aumento de las concentraciones de NKB, en comparación con las fases folicular y ovulatoria. En la perimenopausia también disminuyeron las concentraciones de NKB en comparación con la fase folicular. Los análisis de correlación demuestran que la intensidad de los bochornos están negativamente relacionados con las concentraciones de NKB. Finalmente, como dato interesante, las concentraciones de NKB están inversamente correlacionadas con el índice de masa corporal (IMC). Conclusión: Estos datos sugieren que los niveles de NKB varían entre las diferentes etapas de la mujer y éstas dependen del IMC y otros factores. Se necesitan más estudios para conocer mejor los factores relacionados con los bochornos y otros síntomas en la menopausia. Referencias. • Malacara JM, et al Maturitas. 2002;43:11-9. • Malacara JM, et al. Steroids. 2001;66:559-67. • Rance NE, et al.. Brain Res. 1364:116–28. • Skorupskaite K, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101:4628–36. • Skorupskaite K, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2017;103:95–104.

 # 21

Título: Diabetes MODY 3: reporte de casos en una familia

Autor principal: Dra. Carmen Castillo Galindo

Email autor principal: carmelotcg@gmail.com

Autores: Dra. María Teresa Tusié Luna Dra. Raquel Noemí Faradji Hazán

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Introducción: La diabetes tipo MODY (del inglés maturity-onset diabetes of the young) pertence a un grupo de trastornos monogénicos, que se caracterizan por mutaciones de transmisión autosómica dominante, alteran la secreción de insulina, con hiperglucemia de grado variable, su presentación generalmente es antes de los 25 años de edad. Representan del 2-5% de todos los casos de diabetes y muchas veces son erróneamente diagnosticados como diabetes tipo 2 (DT2) o diabetes tipo 1 (DT1). A la fecha se han identificado mutaciones en por lo menos 14 genes, siendo los más comunes el que codifica la glucoquinasa (GCK) (MODY 2) y el que codifica el factor nuclear hepático (HNF) 1A/4A (MODY 3 y MODY 1). Objetivo: describir las presentaciones clínicas de dos pacientes de una misma familia diagnosticadas con diabetes tipo MODY 3, con mutación heterocigota en el exón 4 del gen HNF 1-alfa. Material y métodos: presentamos el caso de una mujer de 43 años con diagnóstico de DT2 a los 30 años por glucosa de ayuno en 165 mg/dl y curva oral de tolerancia a la glucosa (COTG) con glucosa en 245 mg/dl a las dos horas, tratada en un inicio con metformina y posteriormente insulina. Su hija de 9 años de edad, con glucosa de ayuno en 91 mg/dl, HbA1c en 6.0% y COTG con glucosa en 201 mg/dl a los 120 minutos. Ambas con anticuerpos negativos. Padre de la niña con diagnóstico de DT1. Rama materna con historia familiar de DT2 y DT1 en bisabuelos, abuelos y tíos. Estudios genéticos en madre e hija confirmaron diagnóstico de diabetes MODY 3. Conclusiones: a pesar de que la diabetes tipo MODY es una presentación poco común de diabetes, es esencial el diagnostico molecular en aquellos pacientes que exista la sospecha clínica con el fin de poder optimizar seguimiento clínico y tratamiento adecuado, además de identificar familiares que pudieran ser portadores de la misma mutación.


Diabetes MODY 3: reporte de casos en una familia.
Castillo-Galindo Carmen[1], Tusié-Luna María T.[2], Faradji-Hazán Raquel N.[1]
[1]Clínica EnDi, [2]Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Introducción: La diabetes tipo MODY (del inglés maturity-onset diabetes of the young) pertence a un grupo de trastornos monogénicos, que se caracterizan por mutaciones de transmisión autosómica dominante, alteran la secreción de insulina, con hiperglucemia de grado variable, su presentación generalmente es antes de los 25 años de edad. Representan del 2-5% de todos los casos de diabetes y muchas veces son erróneamente diagnosticados como diabetes tipo 2 (DT2) o diabetes tipo 1 (DT1). A la fecha se han identificado mutaciones en por lo menos 14 genes, siendo los más comunes el que codifica la glucoquinasa (GCK) (MODY 2) y el que codifica el factor nuclear hepático (HNF) 1A/4A (MODY 3 y MODY 1).
Objetivo: describir las presentaciones clínicas de dos pacientes de una misma familia diagnosticadas con diabetes tipo MODY 3, con mutación heterocigota en el exón 4 del gen HNF 1-alfa.
Material y métodos: presentamos el caso de una mujer de 43 años con diagnóstico de DT2 a los 30 años por glucosa de ayuno en 165 mg/dl y curva oral de tolerancia a la glucosa (COTG) con glucosa en 245 mg/dl a las dos horas, tratada en un inicio con metformina y posteriormente insulina. Su hija de 9 años de edad, con glucosa de ayuno en 91 mg/dl, HbA1c en 6.0% y COTG con glucosa en 201 mg/dl a los 120 minutos. Ambas con anticuerpos negativos. Padre de la niña con diagnóstico de DT1. Rama materna con historia familiar de DT2 y DT1 en bisabuelos, abuelos y tíos. Estudios genéticos en madre e hija confirmaron diagnóstico de diabetes MODY 3.
Conclusiones: a pesar de que la diabetes tipo MODY es una presentación poco común de diabetes, es esencial el diagnostico molecular en aquellos pacientes que exista la sospecha clínica con el fin de poder optimizar seguimiento clínico y tratamiento adecuado, además de identificar familiares que pudieran ser portadores de la misma mutación.

 # 22

Título: DISLIPIDEMIA Y RIESGO DE DISLIPIDEMIA EN NIÑOS CON ADIPOSIDAD

Autor principal: Dr. Maximiliano Burgos Garza

Email autor principal: rovalilia@hotmail.com

Autores: Burgos Maximiliano* (presentado por Rodriguez-Ventura Ana), Pulido K, Parra A, Tigre A, Morales R, Tolentino M, Sánchez B y Rodríguez-Ventura A.

Área a la que pertenece su trabajo: LIPIDOS

Resumen:

Introducción: Las alteraciones en el perfil lipídico son indicadores tempranos de riesgo cardiovascular y/o síndrome metabólico. En niños con adiposidad, cualquier tipo de dislipidemia se ha reportado en más del 50% y se ha propuesto definir concentraciones de lípidos en la categoría de Riesgo de dislipidemia para iniciar cambios en el estilo de vida, pero no suele reportarse esta categoría en población infantil con adiposidad. Objetivos: Describir las frecuencias de dislipidemia y riesgo de la misma en niños con adiposidad. Material y métodos: Estudio transversal anidado en una cohorte de niños de 5 a 18 años de edad con adiposidad (puntaje Z del IMC ≥ 1.0), sexo indistinto, que participaron en el PECNI "Sacbe". Se obtuvo el registro de características antropométricas, de hábitos y recordatorio de 24 hrs., así como variables metabólicas de forma basal y en el seguimiento y se tomaron muestras de glucosa y lípidos de forma basal y en el seguimiento. En este estudio se reportan los hallazgos de lípidos en la muestra basal. Se usó estadística descriptiva y análisis bivariado. Resultados: Se incluyeron 110 niños de 156, 58.2% fueron mujeres, edad 12 años (IQR 9.1, 14.7), peso 56.5 kg (IQR 43.3, 73.1), talla 150 cm (IQR 135.8, 158.4), la media de IMC z-score fue 2.30 ±0.83. Se encontró que de forma basal, los niños tuvieron algún tipo de dislipidemia en el 46.9%, 1 alteración en el 34.4%, 2 alteraciones en el 6.3% y 3 alteraciones en el 6.3%.Y el perfil de Riesgo de dislipidemia se observó en el 86% de los participantes, 34.4% tuvo una alteración, 35.9% 2, 14.1% 3 y 1.6% 4. Hipercolesterolemia total se observó en el 20% y de riesgo en 30%, LDL elevado en 7.8% y de riesgo en 18.8%, hipertrigliceridemia en el 35.8% y de riesgo 14.9%, hipoalfalipoproteinemia en el 3% y riesgo en el 23.9%. Conclusiones: Es sumamente alto el porcentaje de niños con adiposidad en Riesgo de dislipidemia y con dislipidemia franca, por lo que se debe favorecer la prevención, detectando a tiempo niños con adiposidad y con Riesgo de dislipidemia. Debemos sensibilizar a los padres y a los niños para que acepten mejorar su dieta y estilo de vida. También se deben hacer consensos sobre un tratamiento farmacológico más oportuno en el caso de que la educación masiva falle o no sea viable. Bibliografía: Barja S. et al. Diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias en niños y adolescentes. Rev Chil Pediatr 2014; 85 (3): 367-377



 # 23

Título: ALTERACIONES BIOQUÍMICAS DEL METABOLISMO DE LÍPIDOS EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL Y FACTORES ASOCIADOS.

Autor principal: Dra. GÉNESIS DINORA EUGENIO PONCE

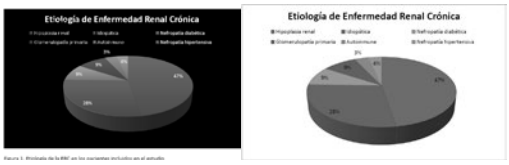
Email autor principal: GEN_ILLA@HOTMAIL.COM

Autores: Irisson-Mora Irene1, Balcázar-Hernández Lourdes1, Rubio-Cano Jose-Andrés2 * (Balcázar-Hernández Lourdes), Mendoza-Zubieta Victoria1, Vargas-Ortega Guadalupe1, González-Virla Baldomero1. 1. Servicio de Endocrinología. Hospital de Especialidades CMN SXXI, IMSS 2. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México.

Área a la que pertenece su trabajo: LIPIDOS

Resumen:

Introducción: La alteraciones bioquímicas del metabolismo de lípidos se encuentran en más del 60% de los receptores de trasplante renal (RTR). La dislipidemia post-trasplante renal (TR) se caracteriza por la presencia de hipertrigliceridemia, elevación de colesterol total, aumento de LDL-C y disminución de HDL-C, con una incidencia del 57.7%, 24-40%, 62% y 11%, respectivamente. Entre los factores de riesgo asociados se encuentran: obesidad, alimentación inadecuada, tabaquismo, diabetes y uso de inmunosupresores como tacrolimus, glucocorticoides o ciclosporina. La dislipidemia post-TR aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular y disfunción/rechazo del injerto. Objetivo: Identificar las alteraciones bioquímicas del metabolismo de lípidos en RTR y factores asociados. Método: Estudio retrospectivo en RTR con función renal estable y evolución post-TR menor a 6 meses. Resultados: Se incluyeron 57 RTR; 55%(n=31) fueron hombres; edad: 31 años (RIC 25.5-36); IMC 22.3 (RIC 20.19-24.5); evolución post-TR 3.5 meses (RIC 1-6). La etiología de la enfermedad renal crónica se muestra en la figura 1; 9%(n=5) tuvo diabetes y 39% (n=22) hipertensión arterial. Procedencia del TR: donador fallecido 48%(n=27), donador vivo relacionado: 39.5%(n=23) y donador vivo no relacionado 12.5%(n=7). Tratamiento inmunosupresor: tacrolimus 6 mg/d (RIC 4-7), prednisona 20 mg/d (RIC 15-25), micofenolato 1.5g (RIC 1-2). Las características bioquímicas del metabolismo de lípidos antes y después del TR se muestran en la Tabla 1. El análisis bivariado demostró una correlación positiva entre triglicéridos post-TR y la dosis de tacrolimus (r=0.39;p=0.049); LDL post-TR se correlacionó positivamente con el colesterol total preTR (r=0.35;p=0.014), LDLpreTR (r=0.31;p=0.043) y colesterol total post-TR (r=0.83;p=0.001); HDL post-TR se correlacionó positivamente con HDL preTR (r=0.32;p=0.037). Análisis: Post-TR, se evidenció un aumento en las concentraciones de triglicéridos, asociado con la dosis de tacrolimus. Se observó la reducción de LDL-C y aumento de HDL-C, encontrándose una correlación directa con las concentraciones de LDL-C y HDL-C antes del TR, es decir, la dislipidemia pre-TR se correlacionó con la dislipidemia post-TR. Se evidenció una reducción de hipoalfalipoproteinemia, sin embargo, no se encontró relación con otras variables. Conclusiones: La dislipidemia post-TR es frecuente, siendo factores asociados la dislipidemia pre-TR y fármacos inmunosupresores como tacrolimus. El diagnóstico y tratamiento oportuno es fundamental para disminuir el riesgo cardiovascular, evitar complicaciones del injerto, mejorar el pronóstico y optimizar recursos en materia de salud.



$ 24

Título: CONCORDANCIA DEL ÍNDICE TRIGLICERIDOS - GLUCOSA Y LA CURVA DE TOLERANCIA A LA GLUCOSA ENTRE LAS SEMANAS 24 – 28 PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.

Autor principal: Dra. Carolina Castillo Castro

Email autor principal: carocastilloo@gmail.com

Autores: González-González José Gerardo, Sánchez-García Adriana* (Castillo-Castro Carolina), Solís-Pacheco Ricardo* (Castillo-Castro Carolina), Rodríguez-Gutiérrez René.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Antecedentes La Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) es la endocrinopatía más frecuente en el embarazo; con efectos adversos a corto y largo plazo para la madre y el feto. La incidencia reportada en México está entre 8.7-17.7% (1). A pesar de su prevalencia, no se cuenta con criterios universalmente aceptados para su diagnóstico. El embarazo es un estado fisiológico en el que se produce un incremento de la resistencia a la insulina, produciendo una hiperinsulinemia compensatoria. Basados en esta observación, se han utilizado marcadores subrogados de resistencia a la insulina como alternativas para la predicción, tamizaje y diagnóstico de la DMG. El Índice Triglicéridos y Glucosa (TyG) es un marcador sencillo de resistencia a la insulina, potencialmente útil para distinguir entre mujeres con curva de tolerancia a la glucosa (CTG) de 75 g normal y aquellas con DMG. Objetivo Evaluar la concordancia entre el índice TyG y la CTG 75 g en la semana 24-28 de gestación para el diagnóstico de DMG. Como objetivo secundario, exploraremos el desempeño diagnóstico del índice TyG para DMG. Material y Métodos Estudio observacional, transversal, comparativo, en el Servicio de Endocrinología en el Hospital "Dr. José Eleuterio González". Criterios de inclusión: 18-40 años de edad, edad gestacional 24-28 semanas. Criterios de exclusión: diabetes mellitus, glucosa en ayuno alterada, intolerancia a la glucosa conocida, uso de hipoglucemiantes orales, insulina o glucocorticoides. Se evaluó glucosa plasmática y los triglicéridos en ayuno. Se calculó el índice TyG con la formula de [FPG(mg/dL) × TG (mg/dL)]/2 (2) Se utilizaron los criterios de la IADPSG para el diagnostico de DMG. Se calculó una muestra 140 sujetos para una concordancia del 90%. Resultados Se incluyeron 140 participantes. No se encontraron diferencias entre edad materna o gestacional, peso o paridad entre las pacientes. La prevalencia de DMG en nuestra población fue del 27.1%. La concordancia entre el índice TyG y la CTG fue de 0.2 por kappa. El valor anormal mas frecuente fue el de ayuno (n=28, 71.8%). Los valores de triglicéridos fueron mayores en el grupo de DMG (199.7±67.1 vs 161.9±54.9, P<0.001). Un valor de corte de 4.69 fue determinado para índice TyG por medio de una curva ROC. La precisión diagnostica resultó en 89.4% [CI95% (0.7-0.9)] para sensibilidad y 50% [CI95%(0.4-0.5)] para especificidad, los valores predictivos negativo y positivo fueron 40 y 93%, respectivamente. Conclusiones Nuestro estudio reportó una prevalencia de DMG mayor que la reportada en la literatura. El índice TyG mostró una concordancia pobre para el diagnóstico de DMG; sin embargo, presenta una sensibilidad y valor predictivo negativo razonables. Consideramos que esto es de relevancia en la practica clínica, por ser fácil, rápido y accesible.

 # 25

Título: ASOCIACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO CON LOS NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Autor principal: Dr. MARCO ANTONIO ESCAMILLA MÁRQUEZ

Email autor principal: tlrescamilla@hotmail.com

Autores: VALDIN LÓPEZ TANIA ISABEL*, CISNEROS MÉNDEZ SURIZADITH *. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE PUEBLA, BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

ANTECEDENTES. La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) se asocia con riesgo de 1.5 a 3 veces con deterioro cognitivo (DC) y demencia comparada con pacientes sin DM2. Éstas afecciones se presentan después de los 50 años y se relacionan con pérdida de la funcionalidad, discapacidad y dependencia. En México, datos de ENSANUT de 2006 reportó 41% de bajas concentraciones de vitamina D (<30ng/mL). Algunos estudios reportan la asociación con deficiencia de vitamina D y DC en pacientes con diabetes. OBJETIVO: evaluar la asociación del deterioro cognitivo con los niveles de vitamina D en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. MATERIAL Y MÉTODOS: se realizó un estudio descriptivo en pacientes con DM2 en el Hospital Universitario de Puebla de enero a septiembre de 2018. Para determina DC se utilizó el instrumento de Montreal Cognitivo Assessment (MoCA), herramienta de 19 ítems y 8 dominios que valora habilidades visuloespaciales/ejecutiva, denominación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación; con una puntuación máxima de 30, el corte para la presencia de DC es de 25 puntos. Se incluyeron a mayores de 50 años que aceptaron responder el cuestionario; se excluyeron a pacientes con enfermedad vascular cerebral, tumor cerebral, infección del sistema nervioso, trastornos siquiátricos, demencia conocida, delirium y analfabetismo. Se obtuvo una muestra 59 pacientes de consulta externa y hospitalizados en medicina interna, la variables estudiadas fueron edad, sexo, ocupación, tiempo de evolución de la diabetes, control glucémico y 25 hidroxi vitamina D (25(OH)2D), todos los datos generales fueron obtenidos del expediente. Se análisis estadístico incluyó porcentajes, promedios, pruebas de T de Student y correlación. RESULTADOS: la edad promedio fue 72+-11.6años, 34 de 59 (58%) fueron mujeres, la A1c 7.3+-1.9%, tiempo de evolución 16+-11 años, la 25(0H)2D fue 11.8+-4.6ng/mL y la prevalencia de DC fue 33 pacientes(56%). La 25(0H)2D en pacientes con DC fue 11.09+-3.7 vs 12.76+- sin DC (p=0.167). En pacientes con DC, las mujeres tuvieron 25(0H)2D 9.55+-1.86 vs 13.19+-4.69 en hombres (p=0.004), la edad en mujeres fue 76+-11 vs 69+-12años (p=0.099). La correlación con 25(0H)2D con MoCa fue R=0.114 (p=0.390). CONCLUSIONES: No existe asociación entre los niveles de 25 hidroxi vitamina D y el DC, sin embargo, en pacientes con DC, la mujeres tuvieron mayor edad y más bajas concentraciones de vitamina D. Pedraza OL Delgado C y cols. Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos mayores de 60 años. Neurología 2017. Chen RH et al. Serum levels of 25 hydroxi vitamin D are assoiated with cognitive impairment in type 2 diabetes adults. Endocrine 2014; 45:319-24 Singh et al. Association of mild cognitive impairment with serum vitamin D level in tupe 2 diabetes mellitus. Indian Journal of Healt Sciences, 2015; 8 (2) 120-124.

 # 26

Título: LOS PACIENTES MEXICANOS CON OBESIDAD SEVERA QUE SE SOMETEN A CIRUGÍA BARÍATRICA, TIENEN UNA ALTA FRECUENCIA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO QUE NO MEJORA CON LA PÉRDIDA DE PESO.

Autor principal: Dra. Susana Paulina Flores Villagómez

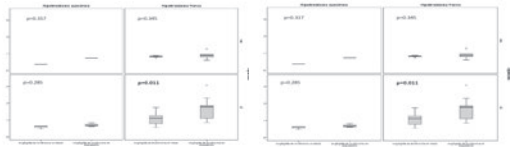
Email autor principal: anasus1845@hotmail.com

Autores: Ramírez R. Claudia. Ferreira H. Aldo. Espinosa C. Etual. Albarrán S. Alejandra*. Molina. A. Mario UIM Endocrinología Experimental, H Especialidades, Centro Medico SXXI, IMSS. Departamento de Endocrinología del HE, Centro Médico SXXI, IMSS.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

LOS PACIENTES MEXICANOS CON OBESIDAD SEVERA QUE SE SOMETEN A CIRUGÍA BARÍATRICA, TIENEN UNA ALTA FRECUENCIA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO QUE NO MEJORA CON LA PÉRDIDA DE PESO. Introducción: La TSH elevada con T4libre normal se reporta frecuentemente en obesidad y puede corregir aun sin tratamiento. En México la enfermedad tiroidea y la obesidad son más frecuentes que en otras poblaciones. Aun no hay datos suficientes sobre el comportamiento de las alteraciones tiroideas en pacientes mexicanos que se someten a cirugía bariátrica (QxB). Objetivo: Conocer comportamiento del hipotiroidismo subclínico (HS) en pacientes mexicanos con obesidad severa que son sometidos a QxB, incluyendo el cambio de dosis requerido para mantener TSH normal aun cambiando de peso. Material y métodos: Estudio prospectivo con 61 pacientes consecutivos, se evaluaron perfiles tiroideos en primera cita y 1 año post QxB. Se compararon datos clínicos y bioquímicos con análisis pareados, se considera diferencia significativa p<0.05. Resultados: 26.6% presentaron hipotiroidismo subclínico. El promedio de edad fue de 44 años, 58% ya contaban con tratamiento en la primera evaluación. La dosis de levotiroxina en estos pacientes fue 0.47 mcg/kg/día (0.41-0.63), y para hipotiroidismo franco, 0.86 (0.79-1.15) con p = 0.001. No hubo diferencia en dosis en pacientes con hipotiroidismo subclínico operados versus no operados 0.73 mcg/kg/día. En estos pacientes la diferencia en microgramos/kg/día fue + 0.37. Ningún paciente disminuyó o suspendió dosis. El 80% de los pacientes tenían alteraciones tiroideas (13 HS, 1 hipertiroidismo, 35 hipo franco). La dosis de levotiroxina en HS fue menor a hipo franco (0.47 mcg/kg/día, 0.41-0.63 vs 0.86, 0.79-1.15, p = 0.001) (Tabla 1). Los pacientes con HS incrementaron su dosis en 0.37 microgramos/kg/día después de QxB con reducción de -2.3 kg y cambio de IMC fue de -0.8 kg/m2 al año de Qx. Ninguno suspendió o redujo dosis de medicamento. Conclusiones: El HS es frecuente en pacientes mexicanos que se someten a QxB, a diferencia de otras series, no remiten a pesar de la pérdida de peso y requieren mayores dosis de levotiroxina para mantener TSH normal. Bibliografía: Guan B, Chen YY, Yang J, Yang W, Wang C. Effect of Bariatric Surgery on Thyroid Function in Obese Patients: a Systematic Review and Meta-Analysis. Obes Surg. Obesity Surgery; 2017;27(12):3292–305. Janssen IMC, Homan J, Schijns W, Betzel B, Aarts EO, Berends FJ, et al. Subclinical hypothyroidism and its relation to obesity in patients before and after Roux-en-Y gastric bypass. Surg Obes Relat Dis. Elsevier; 2015;11(6):1257–63.



 # 27

Título: Efectos en parámetros de control metabólico y de salud mental en pacientes con diabetes que acuden a consulta acompañados por un familiar

Autor principal: Dra. Cristina García Ulloa

Email autor principal: dra_ulloa@yahoo.com.mx

Autores: Ramírez García Alberto Díaz Pineda Michelle Almeda Valdes Paloma Kaufer Horwitz Martha Torres Gabriela Carlos A Aguilar Salinas Hernández Jiménez Sergio Grupo de estudio CAIPaDi

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

ANTECEDENTES: Los familiares que acompañan a consulta a pacientes con diabetes (PD) juegan un papel importante en el apego al tratamiento. OBJETIVO: Evaluar el efecto del familiar acompañamiento a consultas sobre los parámetros de control de PD. MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron PD que ingresaron al programa CAIPaDi. Se invitó a participar a los familiares acompañantes (sin diabetes) y se aleatorizaron en grupo A (se mantuvo como observador en las consultas de su PD) y grupo B (recibió las mismas consultas, individualmente). Se realizaron estudios de laboratorio, medidas antropométricas y cuestionarios de evaluación de salud mental. Se obtuvieron indicadores basales y a 3 meses. El estudio está registrado en el CEI (Ref 2145) y en ClinicalTrials.gov (NCT03234946). RESULTADOS: Se analizaron datos de 94 PD, edad 54 ±9.5 años, 43.4% mujeres, tiempo de diagnóstico de diabetes 1 año (0-5); 44 PD con familiar en el grupo A y 50 PD con familiar en el grupo B. En los PD de ambos grupos hubo mejoría significativa en la obtención de metas de control de A1c, colesterol y tensión arterial (Tabla). En cuanto a valores antropométricos, hubo reducción de -0.8 kg/m2 en IMC en ambos grupos y en los PD con familiar en grupo A hubo mayor reducción de perímetro de cintura en hombres -2.2 (-7.2 a 0.2) vs 1.7 (-4.1 a 3) (p=0.02). Se observó mejoría en cuestionarios HAD en depresión (p=0.02) y ansiedad (p=<0.001) en los grupos cuyo familiar era del grupo B. Los PD de ambos grupos presentaron mejoría en puntaje de calidad de vida (p=0.002 grupo A y <0.001 grupo B) y de áreas problemáticas en diabetes (p<0.001 en ambos grupos). En cuanto a calorías, los PD con familiar en el grupo A consumían inicialmente 1629 □421 kcal/día y disminuyeron a 1453 □322 kcal/día. Los PD con familiares en grupo B consumían 1538 □309 kcal/día y disminuyeron a 1390 □376 kcal/día (p=0.82 entre grupos en 3 meses). Los PD con familiares A reportaron realizar 120 (0-300) min/semana de ejercicio moderado, que incrementó a 165 (0-306) min/semana. Los PD con familiares del grupo B el ejercicio moderado incrementó de 30 (0-120) min/semana a 155 (97-217) min/semana (p=0.14 entre grupos). CONCLUSIÓN: Los PD en ambos grupos mostraron mejoría en parámetros metabólicos, antropométricos y de salud mental. En PD con familiares que recibieron intervención directa (grupo B) hubo mayor beneficio en disminución de ansiedad y depresión. En PD con familiar que lo acompaña en las intervenciones (grupo A) hubo mayor proporción de obtención de meta de control glucémico.

Porcentaje de pacientes que alcanzan metas de control metabólico entre ambos grupos de pacientes.

	PD con familiares en grupo A (n= 44)			PD con familiares en grupo B (n= 50)			
	Basal	3 meses	p	Basal	3 meses	p	p entre grupos a los 3 meses
HbA1C <7%	13 (30.8%)	40 (92.3%)	<0.001	18 (35.7%)	36 (71.4%)	**0.002**	**0.04**
TA <130/80 mmHg	36 (80.8%)	42 (96.2%)	0.21	34 (67.7%)	46 (92.9%)	0.04	0.6
No-HDL <130 mg/dl	13 (30.8%)	37 (84.6%)	0.001	16 (32.1%)	32 (64.3%)	**<0.001**	0.9
3 metas	5 (11.5%)	34 (76.7%)	**<0.001**	5 (10.7%)	32 (64.3%)	**<0.001**	0.15

 # 28

Título: Dicarbonilos, Productos finales de glicacion avanzada (AGEs) y 8-isoprostano en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2)

Autor principal: Diana Elizabeth Gonzalez Guerrero

Email autor principal: dianaeg.guerrero@gmail.com

Autores: Gonzalez Guerrero Diana*1, Castellanos Pérez-Bolde Carmen*2, Laredo Mendiola Lizbeth*2, Bermúdez Maldonado Luis*2, Esquitin Garduño Nayeli*2, Wrobel Katarzyna*3, Wrobel Kazimierz*3, Gómez Ojeda Armando*3, Garay Sevilla Ma Eugenia1. 1Depto. de Ciencias Médicas, Universidad de Guanajuato; 2Hospital Regional de Alta Especialidad Bajío; 3Depto. de Química, Universidad de Guanajuato.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Antecedentes. Los dicarbonilos glioxal (G) y metilglioxal (MG) son potentes agentes glicantes precursores de AGEs1; los cuales son proteínas modificadas de manera no enzimática que promueven la generación de especies reactivas de oxigeno (ROS) y que favorecen al estrés oxidativo celular (OS), elemento clave en la incidencia de las complicaciones micro y macrovasculares de la DM2 (neuropatía, nefropatía, retinopatía)2. El 8-isoprostano es un marcador de OS en todo el cuerpo3. Objetivo. Evaluar G, MG, 8-isoprostano y AGEs fluorescentes en piel (SAF) en pacientes con DM2 con y sin complicaciones. Material y métodos. Se evaluaron 72 pacientes con ≥ 5 años de diagnóstico de DM2 y se clasificaron en: sin complicaciones (n=51) y con complicaciones (n=21). Se evaluó neuropatía (estudios de neuroconducción); retinopatía (oftalmoscopía directa) y nefropatía (filtración glomerular con la fórmula MDRD). Se midió en orina G y MG por HPLC-ESI-IT-MS/MS; 8-Isoprostano por ELISA y SAF con el equipo AGE Reader®. Se compararon los grupos con y sin complicaciones mediante t de student para muestras independientes, además de análisis de correlación de Pearson; se consideró significativa p<0.05. Resultados. El promedio de edad fue de 50.9±14.6 años en el grupo de DM2 sin complicaciones y de 76.5±34.2 en el grupo con complicaciones. Al comparar ambos grupos, este último presentó mayores valores en: años desde el diagnostico (p<0.0001); presión sistólica (p<0.03), HbA1c (p<0.02), triglicéridos (p<0.02), G (p<0.001) y SAF (p<0.0005) y menores niveles de 8-isoprostano (p<0.03). No se observaron diferencias entre los grupos en los niveles de MG. En el análisis de correlación se encontró una asociación de G con años desde el diagnostico (p<0.004), triglicéridos (p<0.04), colesterol (0.011), LDL (0.024) y MG (p<0.0001); MG correlacionó con años desde el diagnostico (p<0.04) y SAF correlacionó marginalmente con HbA1c (p=0.055). Conclusiones. G, MG y 8-Isoprostano son marcadores de OS. Los AGEs promueven OS por diversos mecanismos. G, MG, 8-Isoprostano y AGEs pueden ser evaluados de manera no invasiva, lo cual sería de gran apoyo en la clínica. En el grupo de pacientes con DM2 con complicaciones, estos marcadores se encuentran elevados con excepción de 8-isoprostano, que se encontró en menores niveles. Bibliografía. 1. Brings S et al., Int. J Mol Sci 2017. 2. Bos D et al., Diabetes Technol Ther 2011. 3. Aslan M et al., Oxid Med Cell Longev 2013.

 # 29

Título: EVALUACIÓN DE LA VARIABILIDAD GLUCÉMICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 CON HEMOGLOBINA GLUCOSILADA <7% Y ENTRE 7-8% Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Autor principal: Dra. Tania Sofía Mena Ureta

Email autor principal: pochi_2803@hotmail.com

Autores: Mena-Ureta Tania1, Ferreira-Hermosillo Aldo1, Ramírez-Rentería Claudia1. 1. Departamento de Endocrinología y Unidad de Investigación en Endocrinología Experimental, UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano Del Seguro Social.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es un trastorno autoinmune que produce deficiencia absoluta de insulina y representa el 15-20% de todos los casos. La variabilidad glucémica (VG) comprende las excursiones glucémicas intradiarias, incluidos los episodios de hiperglucemia e hipoglucemia, así como las que ocurren al mismo tiempo en días diferentes. Objetivo: Determinar los índices de VG en pacientes con DM1 con HbA1c <7% y 7-8%; y la correlación entre VG y complicaciones microvasculares (retinopatía, neuropatía), perfil de lípidos y factores asociados. Material y métodos: se incluyeron pacientes con DM1 de la clínica de diabetes del Hospital de Especialidades de CMN SXXI. Se dividieron en 2 grupos: pacientes con HbA1c <7% (10) y HbA1c entre 7-8% (10). Previo consentimiento informado, se colocó un dispositivo de monitoreo continuo de glucosa (iPro2) por 4 días. Se calcularon los índices de VG, y se hizo correlación con HbA1c. Análisis estadístico: para las asociaciones entre variables se utilizó la prueba de chi cuadrada (cualitativas) y U de Man Whitney o prueba de t (cuantitativas). Para establecer correlaciones se utilizó la prueba de Pearson o Spearman. Resultados: Se incluyeron 20 pacientes, 12 (60%) mujeres, con mediana de edad de 34 años (22-46 años), IMC de 24.5 kg/m2 (21.6-29.9 kg/m2) y duración de DM1 de 16 años (4–30 años). Se obtuvo un promedio de glucosa de 140 mg/dL (116–152 mg/dL), desviación estándar (DE) de 55 mg/dL (40-66 mg/dL) y coeficiente de variación (CoV) de 38% (28%-46%). El tiempo en rango (70-150 mg/dL) fue del 50% (40-63%) y el tiempo en hipoglucemia del 8%. Los pacientes con HbA1c <7% tuvieron un promedio de glucosa menor (129 mg/dL vs.146 mg/dL, p=0.04), tiempo en rango mayor (61% vs.42%, p=0.006) y un AUC hacia la alta menor (3.85 vs. 25.3, p=0.028) en comparación con pacientes con HbA1c ≥7%. Una concentración de HbA1c ≥7% se asocia de forma significativa con promedios y DE más altos de glucosa antes y después de la comida. Así mismo presentan un menor tiempo en rango en la pre (p=0.016) y poscomida (p=0.005), debido a mayor tiempo por encima del rango. Se observó que los pacientes con CoV ≥36% presentan de forma significativa tiempo en rango menor (42% vs. 58%, p=0.030), mayor tiempo en hipoglucemia (18% vs. 3%, p=0.001) y excursiones bajas, en comparación con un CoV <36%. Conclusiones: En los pacientes con DM1, la mayor VG (CoV >36%) se asocia con un tiempo en rango menor, mayor tiempo en hipoglucemia y mayores excursiones bajas. La HbA1c se relaciona con el promedio de glucosa, tiempo en rango y AUC hacia el alta, pero no es un buen indicador de hipoglucemia. Se deben medir los parámetros de VG como complemento de la HbA1c, para evaluar la posibilidad de hipoglucemia y variación inter día. Bibliografía: Tay J, Thompson CH, Brinkworth GD. Glycemic Variability: Assessing Glycemia Differently and the Implications for Dietary Management of Diabetes. Annu Rev Nutr. 2015;35(1):389–424.

 # 30

Título: EVALUACIÓN DE LA VARIABILIDAD GLUCÉMICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 CON HEMOGLOBINA GLUCOSILADA <7% Y ENTRE 7-8% Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Autor principal: Dra. Tania Sofía Mena Ureta

Email autor principal: pochi_2803@hotmail.com

Autores: Mena-Ureta Tania1, Ferreira-Hermosillo Aldo1, Ramírez-Rentería Claudia1. 1. Departamento de Endocrinología y Unidad de Investigación en Endocrinología Experimental, UMAE Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano Del Seguro Social.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Introducción: La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es un trastorno autoinmune que produce deficiencia absoluta de insulina y representa el 15-20% de todos los casos. La variabilidad glucémica (VG) comprende las excursiones glucémicas intradiarias, incluidos los episodios de hiperglucemia e hipoglucemia, así como las que ocurren al mismo tiempo en días diferentes. Objetivo: Determinar los índices de VG en pacientes con DM1 con HbA1c <7% y 7-8%; y la correlación entre VG y complicaciones microvasculares (retinopatía, neuropatía), perfil de lípidos y factores asociados. Material y métodos: se incluyeron pacientes con DM1 de la clínica de diabetes del Hospital de Especialidades de CMN SXXI. Se dividieron en 2 grupos: pacientes con HbA1c <7% (10) y HbA1c entre 7-8% (10). Previo consentimiento informado, se colocó un dispositivo de monitoreo continuo de glucosa (iPro2) por 4 días. Se calcularon los índices de VG, y se hizo correlación con HbA1c. Análisis estadístico: para las asociaciones entre variables se utilizó la prueba de chi cuadrada (cualitativas) y U de Man Whitney o prueba de t (cuantitativas). Para establecer correlaciones se utilizó la prueba de Pearson o Spearman. Resultados: Se incluyeron 20 pacientes, 12 (60%) mujeres, con mediana de edad de 34 años (22-46 años), IMC de 24.5 kg/m2 (21.6-29.9 kg/m2) y duración de DM1 de 16 años (4–30 años). Se obtuvo un promedio de glucosa de 140 mg/dL (116–152 mg/dL), desviación estándar (DE) de 55 mg/dL (40-66 mg/dL) y coeficiente de variación (CoV) de 38% (28%-46%). El tiempo en rango (70-150 mg/dL) fue del 50% (40-63%) y el tiempo en hipoglucemia del 8%. Los pacientes con HbA1c <7% tuvieron un promedio de glucosa menor (129 mg/dL vs.146 mg/dL, p=0.04), tiempo en rango mayor (61% vs.42%, p=0.006) y un AUC hacia la alta menor (3.85 vs. 25.3, p=0.028) en comparación con pacientes con HbA1c ≥7%. Una concentración de HbA1c ≥7% se asocia de forma significativa con promedios y DE más altos de glucosa antes y después de la comida. Así mismo presentan un menor tiempo en rango en la pre (p=0.016) y poscomida (p=0.005), debido a mayor tiempo por encima del rango. Se observó que los pacientes con CoV ≥36% presentan de forma significativa tiempo en rango menor (42% vs. 58%, p=0.030), mayor tiempo en hipoglucemia (18% vs. 3%, p=0.001) y excursiones bajas, en comparación con un CoV <36%. Conclusiones: En los pacientes con DM1, la mayor VG (CoV >36%) se asocia con un tiempo en rango menor, mayor tiempo en hipoglucemia y mayores excursiones bajas. La HbA1c se relaciona con el promedio de glucosa, tiempo en rango y AUC hacia el alta, pero no es un buen indicador de hipoglucemia. Se deben medir los parámetros de VG como complemento de la HbA1c, para evaluar la posibilidad de hipoglucemia y variación inter día. Bibliografía: Tay J, Thompson CH, Brinkworth GD. Glycemic Variability: Assessing Glycemia Differently and the Implications for Dietary Management of Diabetes. Annu Rev Nutr. 2015;35(1):389–424.

 # 31

Título: PÉRDIDA DE LA TASA ESTIMADA DE FILTRADO GLOMERULAR CON EL TRATAMIENTO DE ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR A GLUCAGÓN TIPO 1 (GLP-1): DATOS DE SUSTAIN 6 Y LEADER

Autor principal: Dra. María Cristina Quintanilla García

Email autor principal: dra.cristy.quintanilla@gmail.com

Autores: Roberto Araujo, Vlado Perkovic, Stephen Bain, George Bakris, John Buse, Theis Gondolf, Thomas Idorn, Nanna Lausvig, Kenneth Mahaffey, Steven Marso, Michael Nauck, Richard Pratley, Peter Rossing, Bernard Zinman, Johannes Mann

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

INTRODUCCIÓN: Datos previos de los estudios de desenlaces cardiovasculares (CV) SUSTAIN 6 y LEADER indican que los análogos de GLP-1 semaglutida y liraglutida pueden tener efectos benéficos en la función renal. Este análisis post hoc investigó los efectos de semaglutida y liraglutida en el cambio en la tasa estimada de filtrado glomerular (TEFG) evaluado como pendiente total de TEFG. MÉTODOS: SUSTAIN 6 y LEADER evaluaron desenlaces cardiovasculares, renales y de seguridad con semaglutida y liraglutida vs placebo, en 3297 y 9340 pacientes con diabetes tipo 2 y alto riesgo cardiovascular, respectivamente. La media de duración de tratamiento fue de 2.1 y 3.8 años, respectivamente. En el análisis actual, el cambio en TEFG a través del tiempo fue evaluado para toda la población y subgrupos de TEFG basal (<60 vs >= 60 ml/min/1.73 m2) para semaglutida (1.0 mg) y liraglutida vs placebo usando un modelo de regresión lineal con pendiente aleatoria e intercepción: fueron estimadas las diferencias de tratamiento (DET) entre las pendientes anuales. RESULTADOS: En la población general, una tasa mas lenta de reducción en la TEFG fue observada con semaglutida y liraglutida vs placebo (media anual de DET de 0.87 ml/min/1.73 m2 favoreciendo semaglutida): este efecto apareció mas pronunciado para TEFG <60 ml/min/1.73 m2, (DET anual: 1.62 ml/min/1.73 m2, reducción mas lenta de TEFG, ver tabla). En LEADER, la reducción anual de TEFG fue mas lenta para liraglutida vs placebo para la población general; el efecto fue mas marcado en pacientes con TEFG <60 ml/min/1.73 m2 (DET anual: 0.67 ml/min/1.73 m2 reducción mas lenta de TEFG). CONCLUSIONES: La pérdida anual de la función renal fue mas lenta en pacientes tratados con semaglutida o liraglutida vs placebo. El beneficio aparece mas pronunciado en pacientes con enfermedad renal crónica preexistente.

 # 32

Título: VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE ÍNDICES SIMPLES SUBROGADOS PARA SENSIBILIDAD A LA INSULINA Y FUNCIÓN DE CÉLULA BETA EN SUJETOS SANOS.

Autor principal: Dr. Alonso Romo Romo

Email autor principal: alonso_romo@hotmail.com

Autores: Aguilar-Salinas Carlos A., Almeda-Valdés Paloma. Departamento de Endocrinología y Metabolismo de Lípidos, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Antecedentes. La sensibilidad a la insulina puede evaluarse a través de métodos directos como el clamp o "pinza" euglucémico hiperinsulinémico (EHGC), considerado como el estándar de oro; o bien, a través de métodos indirectos como la prueba de tolerancia a la glucosa intravenosa con muestreo frecuente (FSIVGTT). Sin embargo, estos métodos son costosos, requieren de equipo especializado y de personal entrenado en la técnica. Existen diferentes índices simples subrogados (ISS) que consisten en fórmulas que utilizan valores de laboratorio o mediciones antropométricas para estimar la sensibilidad a la insulina, son económicos y fáciles de aplicar. Objetivo. Determinar la validez y confiabilidad de los ISS en comparación con los parámetros obtenidos de la FSIVGTT en sujetos sanos. Material y métodos. Se incluyeron a 62 participantes de 18 a 45 años de edad, con índice de masa corporal (IMC) normal, sin glucosa alterada en ayuno y que no tomaran medicamentos que alteraran la sensibilidad a la insulina. Se les realizó una FSIVGTT con duración de 3 horas y se obtuvieron los siguientes parámetros con el programa MinMod Millenium: índice de sensibilidad a la insulina (Si), respuesta aguda a la insulina (AIRg) e índice de disposición (DI). Se calcularon 18 ISS para correlacionarlos con los resultados de la FSIVGTT. Se seleccionaron aleatoriamente a la mitad de la muestra (n= 31) dos semanas después para efectuar los mismos procedimientos y evaluar la confiabilidad de Si, AIRg, DI y todos los ISS. Resultados. El 74.2% de la muestra fueron mujeres, edad promedio de 24.7 ± 4.3 e IMC promedio de 21.6 ± 1.7 kg/m2. Los triglicéridos en ayuno y todos los ISS se correlacionaron significativamente con el Si, excepto por METS-IR y TyG-BMI (tabla 1). Los ISS que mostraron una validez mayor (r > 0.50) fueron insulina en ayuno, HOMA1-IR, HOMA2-IR, HOMA1-%S, HOMA2-%S, QUICKI y el índice de McAuley (r= -0.524, -0.546, -0.540, 0.546, 0.543, 0.546 y 0.556, respectivamente). El HOMA1-%B y HOMA2-%B mostraron una correlación significativa con AIRg (r= 0.330 y 0.374, respectivamente) pero sólo una tendencia a correlacionarse con DI. Todos los coeficientes de correlación intraclase (CCI) fueron estadísticamente significativos (p ≤ 0.01), excepto para DI y HOMA1-%B (tabla 2). Los parámetros e ISS que presentaron una buena confiabilidad (CCI > 0.75) fueron AIRg (CCI: 0.881, 95% IC: 0.752, 0.942), HOMA1-%S (CCI: 0.806, 95% IC: 0.597, 0.906), HOMA2-%S (CCI: 0.778, 95% IC: 0.540, 0.893) y QUICKI (CCI: 0.792, 95% IC: 0.568, 0.900). Conclusiones. Es relevante conocer cuáles son los ISS con mayor validez y confiabilidad para poder aplicarse en la práctica clínica, detectar oportunamente un estado de resistencia a la insulina y recibir un tratamiento oportuno. Bibliografía. [1]Am J Physiol Endocrinol Metab. 2008 Jan;294(1):E15-26. [2]Am J Physiol. 1979 Sep;237(3):E214-23. [3]Diabetes Care. 2003 Dec;26(12):3320–5. [4]Am J Physiol. 1979;236(6):E667-77. [5]Diabetes Care. 2001;24(3):460–4.

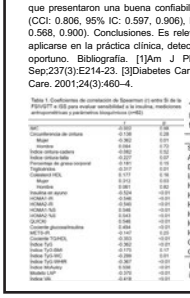


Tabla 1. Coeficientes de correlación de Spearman (r) entre SI de la FSIVGTT e ISS para evaluar sensibilidad a la insulina, mediciones antropométricas y parámetros bioquímicos (n=62).

Var.	r	p
Circunferencia de cintura	-0.136	0.29
Mujer	-0.362	0.01
Hombre	-0.094	0.72
Relación cintura-cadera	-0.084	0.52
Índice cintura-talla	-0.227	0.07
Porcentaje de grasa corporal	-0.191	0.15
Triglicéridos	-0.317	0.01
Colesterol HDL	0.177	0.16
Mujer	0.313	0.03
Hombre	0.143	0.5
Insulina en ayuno	-0.524	<0.01
HOMA1-IR	-0.546	<0.01
HOMA2-IR	-0.540	<0.01
HOMA1-%S	0.546	<0.01
HOMA2-%S	0.543	<0.01
QUICKI	0.546	<0.01
Cociente glucosa/insulina	0.454	<0.01
METS-IR	-0.147	0.25
Cociente TG/HDL	-0.303	<0.01
Índice TyG	-0.362	0.01
Índice TyG-BMI	-0.227	0.07
Índice TyG-WC	-0.259	0.01
Índice TyG-WHtR	-0.367	<0.01
Índice Mcauley	0.536	<0.01
Modelo LMP	-0.370	<0.01
Índice Mc	-0.418	<0.01

Tabla 2. Análisis de confiabilidad de los parámetros obtenidos de la FSIVGTT y los ISS para evaluar sensibilidad a la insulina y función de célula beta (n=31).

	CCI (95% IC)	P
Si	0.585 (0.140, 0.800)	<0.01
AIRg	0.881 (0.752, 0.942)	<0.01
DI	0.398 (-0.249, 0.710)	0.08
Insulina en ayuno	0.624 (0.219, 0.818)	<0.01
HOMA1-IR	0.651 (0.277, 0.832)	<0.01
HOMA1-%B	0.394 (-0.258, 0.708)	0.08
HOMA1-%S	0.806 (0.597, 0.906)	<0.01
HOMA2-IR	0.631 (0.234, 0.822)	<0.01
HOMA2-%B	0.549 (0.064, 0.782)	0.01
HOMA2-%S	0.778 (0.540, 0.893)	<0.01
QUICKI	0.792 (0.568, 0.900)	<0.01
Cociente glucosa/insulina	0.687 (0.351, 0.849)	<0.01

La confiabilidad fue evaluada usando coeficientes de correlación intraclase (CCI) con un intervalo de confianza (IC) al 95%.

 # 33

Título: ENFERMEDAD NODULAR TIROIDEA MALIGNA EN PACIENTES CON HIPERTIROIDISMO AUTOINMUNE Y NODULO TIROIDEO

Autor principal: Dra. YAHIDEE MASIEL BELEN TAMARIZ

Email autor principal: yahidee_belen@hotmail.com

Autores: Belen Tamariz, Yahidee Masiel. Segovia Palomo, Antonio. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Antecedentes: El 50% de pacientes con enfermedad Graves desarrollan nódulo tiroideo durante su seguimiento, en presencia de estos nódulos existe mayor riesgo de presentar cáncer de tiroides. La tasa de malignidad es de un 5% en nódulos tiroideos palpables en la población general. En paciente con enfermedad de Graves varia de un 2.3% y 45.8% Objetivo: Reportar la prevalencia de malignidad en pacientes con hipertiroidismo autoinmune y enfermedad nodular tiroidea, en quienes se ha realizado biopsia por aspiración. Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, transversal, comparativo y analítico. El grupo de estudio fue seleccionado con los reportes histopatológicos de expedientes con BAFF y expedientes clínicos con diagnóstico de cáncer tiroideo que presenten enfermedad nodular tiroidea e hipertiroidismo. Se tomó un grupo control el cual se seleccionó realizando un pareo tomando en cuenta: edad, género y TIRADS. Resultados: Se estudiaron 66 pacientes, 33 con diagnóstico de hipertiroidismo primario, el (87.8%) mujeres y (12.2%)hombres y 33 del grupo control con enfermedad nodular tiroidea bioquímicamente eutiroideos, (90.9%) mujeres y (9.1%) hombres. La edad media de los grupos fue de 44.0 a 46.3 años. De los factores predisponentes como el tabaquismo no se obtuvieron diferencias significativas. La historia familiar de cáncer tiroides en el grupo 1, 18.1% y 0% en el grupo 2 con P (0.03). El tiempo de identificación promedio en ambos grupos fue de 14.4-15.3 meses, sin diferencias significativas.La evaluación de las características ecográficas en el grupo 1, 2 nódulos resultaron categoría 2, 11 nódulos categoría 3, 14 nódulos categoría 4 y 6 nódulos categoría 6. En el grupo 2, 1 nódulo categoría 2, 11 nódulos categoría 3, 15 nódulos categoría 4 y 6 nódulos categoría 5. Sin diferencia estadística significativa. La clasificación ecográfica más frecuente en ambos grupos fue Tirads 4. Los cambios histológicos y citológicos de cáncer de tiroides de los pacientes con enfermedad nodular tiroidea e hipertiroidismo en el grupo I; Bethesda I 6 sujetos, Bethesda II 17, sujetos Bethesda III 1 sujeto y Bethesda VI 9 sujetos. En el grupo 2, 0 sujetos con Bethesda I, 24 sujetos con Bethesda II, 0 sujetos con Bethesda III y 9 sujetos con Bethesda VI. Con significancia estadística. La clasificación histológica más frecuente en ambos grupos fue Bethesda II. El cáncer papilar de tiroides el tipo histológico más común, encontrando en el grupo 1 un caso de cáncer anaplásico.Conclusiones:El Carcinoma tiroideo presenta una elevada prevalencia entre pacientes con hipertiroidismo primario autoinmune. El cáncer diferenciado representa el principal tipo histológico. No se documentaron diferencias con otras variables de riesgo respecto a pacientes sin hipertiroidismo. La clasificación de TIRADS ACR representa una herramienta últil para la selección de pacientes candidatos a realización de BAAF.

 # 34

Título: FUNCIÓN PULMONAR EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA CON CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES (CDT). QUE RECIBIÓ 131I EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Autor principal: Dra. Vilma Patricia Terreros Barros

Email autor principal: pateba15@hotmail.com

Autores: Terreros-Barros Vilma, Jiménez-Osorio Mónica, Garrido Magaña Eulalia, Thomé-Ortiz Laura*, Madrigal-González Mónica*, Rivera-Hernández Aleida.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

ANTECEDENTES: La alteración en la función pulmonar en sujetos con CDT se ha descrito en adultos en 16 % de los casos y asociado a metástasis pulmonares y a neumonitis radiactiva secundaria al 1311 I una dosis acumulada alta (>600 mCi). El deterioro en la función pulmonar puede afectar la calidad y expectativa de vida de los pacientes con CDT, en particular en niños dada su larga supervivencia comparada con adultos. OBJETIVOS: Determinar la función pulmonar en población pediátrica con CDT que recibió 1311. MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio ambispectivo, transversal, observacional, descriptivo y analítico que se incluyó niños entre 5 y 16 años 11 meses de edad con CDT al diagnóstico, con y sin metástasis pulmonares que recibieron tratamiento 131I, que reunieron los criterios de selección. Análisis Estadístico: Descriptivo: para variables cuantitativas de distribución no parametrica mediana, mínimo y máximo, para cualitativas frecuencias y porcentajes. Se dividieron los casos en dos grupos: Grupo 1 dosis de 131I >600mCi y Grupo 2 131I <600mCi. La diferencia entre los grupos se estableció con chi cuadrado para variables cualitativas. RESULTADOS: Se estudiaron 58 casos,18 fueron incluidos por reunir los criterios de selección. La mediana de edad al diagnóstico 11 años (6 – 16). El 18% tenía hipotiroidismo primario al diagnóstico y todos recibieron levotiroxina. Se realizó tiroidectomía total el 100% casos. En el reporte histopatológico fue cáncer papilar (CP) clásico 65%, CP variedad folicular 24% y 11% CP esclerosante difuso y reportaron en el 65% infiltración a ganglios. En el rastreo ablativo se reportó metástasis pulmonares 59% de los casos. La dosis acumulada de 131I mostro una mediana de 273 mCi (97-900). Las pruebas de función pulmonar estuvieron alteradas por espirometría en 6 casos, 3 con patrón obstructivo y 3 restrictivo, pero solo 1 se confirmó con pletismografía. La Chi cuadrada no demostró una diferencia significativa p=0.537 en la alteración de las pruebas de función pulmonar y la dosis acumulada alta de 131 I en sujetos con y sin metástasis a pulmón CONCLUSIONES: El 17% de los pacientes presentaron patrón restrictivo en la espirometría; sin embargo, este se confirmó con pletismografía en un paciente, este caso contaba con metástasis macronodulares y dosis de 131 I mayor 600mCi. BIBLIOGRAFÍA: -Jang ED, Kim WG, Kim HC, Kwon H, Choi YM, et al. Changes in the Pulmonary Function Test after Radioactive Iodine Treatment in Patients with Pulmonary Metastases of Differentiated Thyroid Cancer. PLOS ONE. 2015:1-15. -Hebestreit H, et al. Pulmonary fibrosis in youth treated with radio iodine for juvenile thyroid cancer and lung metastases after Chernobyl. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2011 (38):1683–1690.

 # 35

Título: SÍNDROME DE WOLFRAM. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

Autor principal: Dra. Liliana Alcaraz Gaytán

Email autor principal: dra.liliana.alcaraz@gmail.com

Autores: Vergara-López, Alma; Balderrama-Soto, Adriana; Avecillas-Segovia, Ariana-Marisela

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

INTRODUCCIÓN. El síndrome de Wolfram (SW) se describió por primera vez en 1938. Tiene una herencia autosómica recesiva con dos loci: WFS1 y WFS2. La prevalencia es de 1 / 770,000 individuos a 1 / 54,478. Los criterios diagnósticos de WS1 son la aparición de diabetes mellitus (DM) (generalmente durante primera década de la vida) y atrofia óptica bilateral (AO) antes de los 15 años, que generalmente se asocian con diabetes insípida (DI), sordera (D), anomalías del tracto renal o trastornos neuropsiquiátricos. OBJETIVO. Presentar a una serie de 3 pacientes mexicanos portadores de SW, la aproximación diagnóstica realizada y su evolución. RESUMEN. Se presentan 3 casos en donde la media de confirmación diagnostica fue a los 19 años, esto fue en su mayoría por la accesibilidad de la amplificación genética por PCR y la baja prevalencia poblacional de este síndrome, las dos primeras manifestaciones fueron DM a los 3 años en promedio seguido de AO a los 6.7 años, y posteriormente, D, hipogonadismo primario, alteraciones urinarias, anomalías neurológicas, alteraciones psiquiátricas, y finalmente DI (Tabla 1). CASO 1. Mujer, sin antecedente de endogamia. Diagnóstico de DM a los 2 años tras presentar episodios de hipoglucemia, tratamiento actual con insulina, posteriormente presenta AO. Se realizó amplificación por PCR y secuenciación nucleotídica en el gen WFS1, exón 4 y 8, variante: c.409_424dup (p.Val142Glyfs*110) c.1078_1083del (p.Cys360_Thr 361 del), cigosidad: heterocigoto compuesto; padre variante c.409_424dup (p.Val142Glyfs*110); madre con variante c.1078_1083del (p.Cys360_Thr 361 del), 2 hermanos portadores del síndrome. Conclusión 2 variantes patogénicas en estado heterocigoto. CASO 2. Mujer, consanguinidad en padres y abuelos. Diagnóstico de DM a los 5 años de edad, por presentar poliuria y polidipsia. Se realizó amplificación por PCR y secuenciación nucleotídica en el gen WFS1, con mutación en sentido erróneo. Tiene 1 hermano que no padece el síndrome. CASO 3. Hombre, con padres consanguíneos. Diagnóstico de DM a los 2 años con descontrol crónico y cuadro de cetoacidosis en múltiples ocasiones. Falleció de urosepsis a los 30 años de edad. Tuvo dos hermanos, 1 finado por complicaciones de SW. CONCLUSIÓN. El SW está asociado con una alta tasa de morbilidad y mortalidad dependiendo de los sistemas involucrados. La aparición de las alteraciones en este síndrome varía de acuerdo a sexo y etnia; los estudios de caso han encontrado atrofia cerebral generalizada en etapa tardía con desarrollo de DI por pérdida de neuronas secretoras de vasopresina en el núcleo supraóptico que ocurre alrededor de la segunda década de la vida. El manejo de estos pacientes tiene que ser multidisciplinario para mejorar la calidad y esperanza de vida. REFERENCIAS 1. Lugar HM, Koller JM, Rutlin J, Eisenstein SA, Neyman O, Narayanan A, et al. Evidence for altered neurodevelopment and neurodegeneration in Wolfram syndrome using longitudinal morphometry. Sci Rep. 2019



Tabla 1.- Aparición de las manifestaciones del SW de los casos descritos (años)

Caso	Historia familiar	Gen	DM	AO	DI	D	Alteraciones urinarias	Anomalías neurológicas	Alteraciones psiquiátricas	Hipogonadismo primario	Edad al DX	Edad actual
1	Si	WFS1	2	9	17	17	17	10	17	-	17	20
2	No	WFS1	5	6	22	20	8	18	21	-	22	24
3	Si	-	2	5	19	5	19	19	12	14	18	30 †
Media	-	-	3.0	6.7	19.3	14.0	14.7	15.7	16.7	14	19.0	24.6

 # 36

Título: Evaluación de la composición corporal y enfermedad cardiovascular subclínica en adultos con diabetes mellitus tipo 1.

Autor principal: Dra. Fátima Margarita Rodríguez Dávila

Email autor principal: farodriguezdavila@gmail.com

Autores: Rivas-Gómez Bernardette, Uribe-Cortés Daniel, Lara-Sánchez Carolina, Mehta-Pravin Roopa, Almeda-Valdés Paloma. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Las personas con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) tienen una mayor morbilidad y mortalidad por causas cardiovasculares, más del 40% de las personas con DM1 mueren por estas causas.No se ha demostrado impacto en las complicaciones macrovasculares y su relación con la disminución de mortalidad.La rigidez aórtica es uno de los primeros cambios presentes en la enfermedad aterosclerosa, esta se puede medir objetivamente mediante la velocidad de onda de pulso carotideo-femoral , la medición del grosor de la íntima-media carotidea también es una evaluación no invasiva ambas han demostrado ser un marcadores predictivos de eventos cardiovasculares en distintas poblaciones.Objetivos; Comparar la rigidez arterial mediante la velocidad de onda de pulso carotidea (PWv), el índice de aumentación aórtico (AIx) y el grosor de la íntima media carotidea en pacientes con y sin DM1. Metodología: Estudio transversal comparativo Población; pacientes con diagnóstico de DM1 atendidos en la Consulta de DM1 del INCMNSZ que cumplían con los criterios de inclusión (tamaño de muestra mediante fórmula DE: 62 pacientes). Se recolectó información demográfica, antropométrica y clínica (Concentración de TG, LDL, HDL ,RAC ,25OHVitD , HbA1c , entre otros). Se evaluó de la composición corporal mediante DXA y se buscaron datos de rigidez arterial mediante la medición de la velocidad de onda de pulso carotideo-femoral y del grosor de la íntima-media carotidea por ultrasonido. Para evaluación cardiovascular subclínica, se estratificaron a los pacientes según si cumplen o no criterios de síndrome metabólico y se compararon los resultados entre sí. Resultados preeliminares: Al momento se han anailzado resultados de 24 pacientes, 13 hombres(54.2%) y 11 mujeres (45.8%) con edad promedio de 40.3 +/- 11.5 años. No se encontraron diferencias en la medición del AIx en las mujeres al comparar con los hombres (10.90±8.3 vs 8.45±4.63 respectivamente, p=0.405) ni en la PWv entre hombres y mujeres (6.3 (5.9, 7.4) vs 5.8 (5.6, 7.4), P= 0.562). La rigidez arterial, medida con APWv, correlacionó de forma positiva con los niveles de colesterol total, colesterol LDL y albuminuria. No existió diferencia significativa (P= 0.455) en cuanto a grosor de íntima media en ambos sexos. Existió correlación positiva con edad(p=0.790). Conclusiones: Este estudio es el primero de su tipo realizado en población mexicana y se pretende, a partir de este grupo, crear una cohorte para evaluar la progresión de los marcadores de rigidez arterial, conocer el valor predictivo de estas mediciones para el desarrollo de eventos cardiovasculares e identificar factores de riesgo específicos en esta población. Estratificar mejor su riesgo cardiovascular y establecer medidas terapéuticas en etapas subclínicas.

 # 37

Título: "CANDIDIOSIS ORAL MIXTA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y GRADO DE DESCONTROL METABÓLICO"

Autor principal: Dr. VALENTÍN SÁNCHEZ PEDRAZA

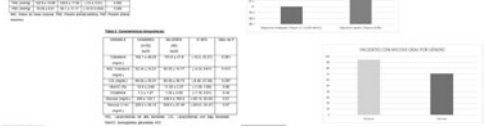
Email autor principal: sanchezdoc@hotmail.com

Autores: Sanchez Pedraza Valentín; Villa Cocarito Kelly Valeria

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

La Candidiosis oral mixta es un proceso infeccioso oportunista favorecidas por algún factor de predisposición del paciente como diabetes mellitus, es una condición que conlleva a mayor grado de descontrol glucémico los procesos infecciosos, con impacto sobre el tratamiento y pronóstico. Antecedentes: El factor predisponente mencionado por la mayoría de los autores es la asociación estadísticamente significativa de descontrol glucémico y el hallazgo de CO en este tipo de pacientes. Algunos autores incluyen a la xerostomía, lo cual podría ser por la disminución de saliva y del pH que esta relacionada con la diuresis o poliuria, que implica una disminución del líquido extracelular y en consecuencia de la producción de saliva; así como la hipofunción glandular.2 Objetivo: Evaluar la prevalencia de candidiasis oral mixta en paciente con diabetes mellitus 2 y grado de descontrol metabólico. Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo, descriptivo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en un estado de descompensación glucémica (niveles de hemoglobina glucosilada mayor a 7%) del área de endocrinología del Hospital General de México, diagnosticados en el laboratorio de Micología con CO por Candida spp, se realizó análisis estadístico mediante t de student, diferencia de medias y tamaño de efecto mediante la d de cohen. Resultados: Se incluyeron 72 pacientes, 40 mujeres y 32 hombre, con edad promedio 53.15±12.65 años, IMC 29.03 ± 5.9, cintura 97.41 ±14.26, Colesterol 162.1 ±48.25, HDL colesterol 32.4 ±12.21, LDL 95.04 ± 35.51. Al evaluar los grupos de acuerdo a descontrol glucémico moderado de 7 a 8.5% y severo mayor a 8.5%, con mayor un 95% con micosis oral y varones con 71%. Respecto al grado de descontrol glucémico por hemoblobina glicada se encontró un total de 87% con descontrol moderado (Hb A1C entre 7 a 8.5%) y 87.5% con descontrol severo con hemoglobina glicada mayor a 8.5%, sin diferencia estadística que se asociaron con presencia de micosis oral. Respecto a los tratamiento encontrados en estos pacientes el 80.6% con insulinización previa se encontró con sub dosis con cálculo aproximado de 0.2 a 0.3 UI/kg de peso, incluso con mono dosis con insulina intermedia. Conclusiones: Ante mayor severidad de descontrol glucémico evidencia mayor posibilidad de adquirida micosis oral mixta, sin embargo no hay diferencia entre descontrol moderado y descontrol severo. Bibliografía: 1 Bonifaz Trujillo J. Alexandro, Vázquez González Denisse, Araiza Santibañez Javier; Micología médica básica (5a. ed.); México, McGraw-Hill ; 2015; 597 páginas 2 Suárez B, Alvarez MI, de Bernal M, Collazos A. Candida species and other yeasts in the oral cavities of type 2 diabetic patients in Cali, Colombia. Colomb Med. 2013; 44(1): 26-30. 3 Mohammadi F, Javaheri MR, Nekoeian S, Dehghan P. Identification of Candida species in the oral cavity of diabetic patients. Curr Med Mycol. 2016; 2(2): 1-7



 # 38

Título: CAPACIDAD AL EJERCICIO EN PACIENTES ADOLESCENTES CON DIABETES TIPO 1 MEDIANTE LA PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS

Autor principal: Dr. Manuel Sevilla Domingo

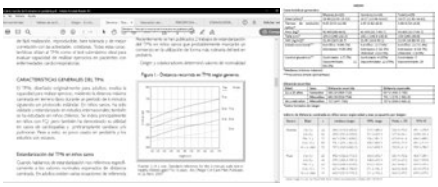
Email autor principal: msevilla5@gmail.com

Autores: Garrido-Magaña Eulalia Piedad (1), Maceda-Nazario Nancy Delia* (1), Rivera-Félix Priscilla Sara (1), Terreros-Barros Vilma Patricia (1) (1) Servicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional SXXI IMSS

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

ANTECEDENTES: La prueba de caminata de los 6 minutos (PC6M) mide la distancia que una persona puede caminar en dicho tiempo en una superficie plana y dura, es útil para la medición de la capacidad funcional del paciente durante el ejercicio y es posible su aplicación en pacientes con enfermedades crónicas. OBJETIVO: Identificar la capacidad del ejercicio mediante la PC6M en pacientes adolescentes con diabetes tipo 1 (DT1) MATERIAL Y MÉTODOS: En adolescentes de 12 a 16 años con DT1, se realizó PC6M. Se evaluaron pre y postprueba signos vitales, flujo espiratorio máximo (FEM), presencia de disnea (Escala Borg EB) y percepción del esfuerzo (Escala EPinfant EP). Se calculó la frecuencia cardíaca máxima FCM mediante la fórmula 208 - (0,7 x edad). Se midió la distancia recorrida y se comparó con valores de referencia reportados por Geiger en pacientes pediátricos sanos. Se realizó análisis descriptivo se expresan medianas (mínimos-máximos). RESULTADOS: Estudio preliminar: Se incluyeron 30 pacientes con edad (años) 14.07 (12.81-16.62), hombres (n=16), mujeres (n=14), tiempo de diagnóstico de DT1 (años) 3.99 (0.53-16.6). Estado nutricional 72.4% peso normal. Al inicio de la prueba glucemia capilar 166mg/dl (95-266). EB: 90% sin datos de disnea. Posterior a la prueba de acuerdo al sexo la FCM 50% (40.8-76.3%) mujeres vs 48.7% (43.2-66.5%) hombres . FEM 6.5% vs FEM 8% respecto al predicho, saturación oxígeno 95.5% (91-99) vs 94% (90-100). Distancia recorrida en mujeres de 12-15 años 590.00m (484-719), hombres 662.00m (516-754); hombres > 16 años 717m (647-750). La Δ con valores de adolescentes sanos - 73m (12.37%) mujeres vs hombres - 28.3m (4%). De acuerdo a distancia y talla (Gráficas de Li A y cols) (ver imagen adjunta) 50% de los pacientes se localizan < 25 percentil. La disnea evaluada por EB reportó 53% de mujeres con disnea apenas apreciable y 32% de hombres sin disnea. El esfuerzo evaluado por EP los pacientes que presentaron cansancio 54% de mujeres y 24% hombres. Se anexa tabla de características generales de la población y distancia recorrida. CONCLUSIONES: La capacidad para el ejercicio en los pacientes con DT1 es menor que en la población normal ubicándose la mitad de la población abajo del Pc 25 para la distancia por talla y sexo. Las mujeres son más afectadas con una disminución del 12 % que en la población general con mayor puntaje en la escala de evaluación de disnea y esfuerzo. REFERENCIAS: 1. Geiger R, Strasak A, Treml B, et al. Six-minute walk test in children and adolescents. J Pediatr. 2007;150:395-9. 2. Albert M. Li, et al. Standard reference for the 6-minute walk test in healthy children aged 7 to 16 years. Am J Respir Crit Care Med. 2007. 3. Zenteno D, Puppo H, et al. Test de la marcha de 6 minutos en pediatría. Neumol Pediatr 2007; 2 (2): 109-114



 # 39

Título: EFECTO GLUCÉMICO POSTPRANDIAL DE UNA FRACCIÓN PEPTÍDICA HIDROLIZADA DE SEMILLAS DE CHÍA (SALVIA HISPANICA, L.) EN PACIENTES CON RESISTENCIA A LA INSULINA

Autor principal: Dr. Irving Francisco Sosa Crespo

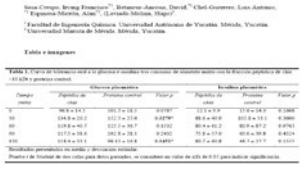
Email autor principal: irving-sosac@hotmail.com

Autores: Sosa-Crespo, Irving Francisco*1, Betancur-Ancona, David,*1 Chel-Guerrero, Luis Antonio, *1 Espinosa-Marrón, Alan*2, (Laviada-Molina, Hugo)2. 1 Facultad de Ingeniería Química. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán. 2 Universidad Marista de Mérida. Mérida, Yucatán.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Antecedentes. Las semillas de chía (Salvia hispanica) han demostrado efectos postprandiales positivos sobre el metabolismo de la glucosa en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 (DM2).1 Sin embargo, es relevante evaluar el posible efecto antihiperglucemiante de péptidos específicos de esta semilla, y justificar su uso como coadyuvante dietoterapéutico para el tratamiento de DM2. Objetivo. Evaluar el efecto in vitro e in vivo de fracciones peptídicas obtenidas de hidrolizados enzimáticos de semillas de chía (Salvia hispanica L.) sobre el metabolismo glúcido, usando modelos animales y sujetos con resistencia insulínica o diabetes mellitus tipo 2 incipiente. Materiales y métodos. Se obtuvieron las fracciones peptídicas >10 kDa de semillas de chía aisladas con métodos estándar de química analítica. Dichas fracciones fueron analizadas in vitro, empleando las enzimas -amilasa y -glucosidasa, para conocer el potencial inhibitorio. Posteriormente, las mejores fracciones fueron evaluadas en ratas normoglucémicas. Se seleccionó el tratamiento que presentó mejor efecto antihiperglucemiante para su aplicación en humanos. Se consideraron adultos de género masculino, con resistencia a la insulina o DM2 incipiente. Nueve participantes fueron incluidos en el estudio en condiciones de ayuno de ocho horas. Se proporcionaron 50 mg/kg de la fracción peptídica >10 kDa de semillas de chía, disueltos en un alimento estandarizado comercial (Ensure plus®). La intervención se repitió dos semanas después proteína como control. Se determinó la Hba1c, la glucosa sérica y el índice de Matsuda-DeFronzo usando los métodos estándar. Resultados. Se encontró diferencia significativa en los porcentajes de inhibición, entre las fracciones peptídicas de chía tanto para la enzima -amilasa como para -glucosidasa. El experimento en modelos animales demostró que las dosis más efectivas fueron las de 50 y 100 mg/kg. En humanos, se encontró diferencia significativa en los niveles de glucosa a los 30 y 120 minutos tras el consumo de las fracciones peptídicas de semilla de chía y caseinato de calcio (Tabla 1). Se identificó una correlación negativa entre el consumo de fracciones peptídicas de chía y mayores niveles de glucosa a los 30 minutos postprandiales (r= -0.3663; p= 0.0463). Las concentraciones de insulina plasmática no variaron entre ambas intervenciones. La figura 1 presenta el comportamiento en medias de dichos biomarcadores. Conclusiones. El consumo de las fracciones peptídicas de semillas de chía podría retrasar la absorción aguda de hidratos de carbono provenientes de la dieta a través de una inhibición enzimática probablemente de tipo competitiva. Bibliografía. Ho, H., Lee, A., Jovanovski, Jenkins, A., Desouza, R. & Vuksan, V. (2013). Effect of whole and ground Salba seeds (Salvia hispanica L.) on postprandial glycemia in healthy volunteers: a randomized controlled, dose-response trial. European Journal of Clinical Nutrition, 67, 786-788.



 # 40

Título: HIPOFISITIS EN PACIENTES CON Y SIN ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA AUTOINMUNE

Autor principal: Dr. MARLON VLADIMIR VÁZQUEZ AGUIRRE

Email autor principal: vvazquezaguirre@icloud.com

Autores: Vázquez-Aguirre Marlon Vladimir, Godoy-Alonso Juan, González-de la Cruz Germán, Martínez-Jiménez Angélica, Rocha-Haro Andrea, Balbuena-Álvarez Juan, Roldan-Sarmiento Paola, Gómez-Samano Miguel Ángel, Gómez-Pérez Francisco, Higuera-Calleja Jesús, Hinojosa-Azaola Andrea, Martín-Nares Eduardo, Cuevas-Ramos Daniel

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Antecedentes: La hipofisitis es un proceso inflamatorio de la glándula pituitaria y / o su tallo, que provoca efecto de masa por agrandamiento de la hipófisis y múltiples grados de disfunción pituitaria, incluida la diabetes insípida(DI). Aunque la hipofisitis es una condición rara y heterogénea, en los últimos años se ha incrementado el número de casos, ya sea por el uso de inhibidores de punto de control inmunitario(IPC) para tratamiento del cáncer y por su asociación con enfermedades reumáticas autoinmunes. La hipofisitis constituye cerca del 0.4% de las cirugías hipofisarias y se estima que su incidencia anual es de 1 en 7-9 millones de habitantes. Objetivo: Comparar los hallazgos clínicos, bioquímicos, radiológicos y tratamiento de la hipofisitis en pacientes con y sin enfermedad reumatológica autoinmune. Material y métodos: Es un estudio comparativo, de procedimiento, observacional, transversal y retrolectivo. Se revisó los expedientes físicos y electrónicos de todos los pacientes diagnosticados de hipofisitis con y sin enfermedad reumatológica autoinmune en el INCMNSZ entre enero de 1987 a julio de 2019, describiendo sus hallazgos clínicos, bioquímicos, radiológicos y tratamiento. Resultados: Se obtuvieron 24 pacientes con diagnóstico de hipofisitis, de los cuales el 29%(n=7) presentaron enfermedad reumatológica autoinmune, correspondiendo el 57.1%(n=4) a granulomatosis con poliangeitis, 14.3%(n=1) lupus eritematoso generalizado, 14.3%(n=1) artritis reumatoide y 14.3%(n=1) enfermedad relacionada con IgG4. El género femenino fue el más prevalente en ambas patologías 71,4% y 52,9% en hipofisitis con y sin enfermedad reumatológica autoinmune respectivamente(p=0.9). La edad promedio de los pacientes con hipofisitis y enfermedad reumatológica autoinmune fue de 48.9 años DE ± 5.05 (intervalo 42 a 56 años) y sin enfermedad reumatológica de 38 años DE ± 13.88 (intervalo 18 a 62 años) (p=0.031)(tabla 1). Las características radiológicas fueron similares en ambos grupos estudiados. La gran mayoría de los pacientes tuvo una recuperación parcial de los ejes hipofisarios y en el 100% de hipofisitis con enfermedad reumatológica autoinmune no hubo afectación de la función gonadotropa. El tratamiento empleado en su totalidad fue farmacológico, sin requerir manejo quirúrgico ni radioterapia. Conclusiones: La hipofisitis se considera una patología rara, más aún la relacionada con enfermedad reumatológica autoinmune, no se evidenció diferencias específicas en cuanto a su presentación clínica, características radiológicas, tratamiento y evolución, excepto en la distribución por edad, evidenciándose que la hipofisitis con enfermedad reumatológica autoinmune afecta predominantemente a pacientes de mayor edad, así mismo no se encontró afectación del eje gonadotropo en la hipofisitis con enfermedad reumatológica autoinmune. Bibliografía: Faje A. Hypophysitis: Evaluation and Management. Clinical Diabetes and Endocrinology. Diciembre 2016;2(1).



Pósters

 # 1

Título: HIPERLIPIDEMIA EN MUJERES EMBARAZADAS CON Y SIN DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Autor principal: Dr. RAFAEL VIOLANTE ORTIZ

Email autor principal: dr.violante@hotmail.com

Autores: REQUENA CLAUDIO* (Violante Ortiz Rafael), AMAYA LUIS*, GUTIERREZ JORDI*, LOZANO ISAURO*, RETA RODOLFO*, CRUZ SANTOS*. Departamento de Endocrinologia. Hospital General Regional No. 6 Cd. Madero, Tam Instituto Mexicano del Seguro Social. Centro de Estudios de Investigación Metabólicos y Cardiovasculares Tampico, Tam.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

INTRODUCCION: El aumento gradual en los depósitos de grasa materna ocurre durante los primeros 2/3 de la gestación, mientras que disminuye o incluso cambia a una condición catabólica neta durante el último trimestre del embarazo, coincidiendo con la fase de crecimiento fetal máximo. Estos cambios contribuyen al desarrollo de la hiperlipidemia materna. OBJETIVO: Comparar perfil de lípidos de pacientes embarazadas con Diabetes Gestacional (DMG) versus pacientes embarazadas sanas e identificar la prevalencia de dislipidemia en ambos grupos. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, transversal y comparativo, realizando en mujeres embarazadas una curva de tolerancia a la glucosa oral (CTGO) 75 g y perfil lipídico, acorde a los criterios de la American Diabetes Association (ADA), realizado en el Hospital General Regional No.6 de Cd. Madero, Tamaulipas. Se estudiaron un total de 326 pacientes clasificadas en 2 grupos, 151 pacientes con DMG y 175 pacientes sin DMG, entre febrero de 2018 a abril de 2019. Se recabaron los siguientes datos: edad, semanas de gestación, IMC, valores de colesterol, triglicéridos, HDL, LDL, VLDL de ambos grupos y se sometieron a análisis estadístico a través de paquete estadístico SPSS RESULTADOS: En el grupo de las pacientes embarazadas sin DMG: 65.7% presentó hipercolesterolemia, 77.1% hipertrigliceridemia y 56.6% hiperlipidemia mixta. En el grupo de las pacientes embarazadas con DMG: 59.6% con hipercolesterolemia, 86.1% hipertrigliceridemia y 52.3% hiperlipidemia mixta. La presencia de triglicéridos elevados fue la única que mostró significancia estadística p=<0.05 (Tabla 1). Las pacientes con diagnóstico de DMG presentan mayor edad, peso e IMC que las pacientes embarazadas sanas (Tabla 2). CONCLUSIONES: La hiperlipidemia es un fenómeno normal del embarazo en el cual se ve una asociación importante de la hipertrigliceridemia y la Diabetes gestacional, lo cual no ocurre en el caso del colesterol. La edad, el peso y el IMC son factores de riesgo para presentar dislipidemia. Ambos grupos presentan una prevalencia muy estrecha en presentar dislipidemia mixta.

Tabla 1. Prevalencia de hiperlipidemia en mujeres con o sin diabetes gestacional.

Población N=	SANAS 175	DMG 151	TOTAL 326	P
COLESTEROL ALTO	65.70%	59.60%	62.50%	>0.05
COLESTEROL NORMAL	34.30%	40.40%	37.10%	
TRIGLICERIDOS ALTO	77.10%	86.10%	81.30%	<0.05
TRIGLICERIDOS NORMAL	22.90%	13.90%	18.70%	
DISLIPIDEMIA MIXTA	56.60%	52.30%	54.60%	>0.05
NO DISLIPIDEMIA MIXTA	43.40%	47.70%	45.40%	

Tabla 2. Indicadores antropométricos y perfil de lípidos en la población total y por género.

POBLACION	SANAS	DMG	TOTAL	P
N=	175	151	326	
EDAD	28.91 ± 5.49	31.54 ± 5.78	30.13 ± 5.77	<0.05
TALLA	1.58 ± 0.06	1.58 ± 0.06	1.58 ± 0.06	>0.05
PESO	77.6 ± 17.03	80.31 ± 15.47	78.17 ± 16.92	<0.05
IMC	28.86 ± 5.98	31.83 ± 5.88	30.23 ± 6.11	<0.05
SDG	25.7 ± 6.47	26.14 ± 6.33	25.9 ± 6.40	>0.05
COLESTEROL	218.08 ± 45.38	216.47 ± 48.07	217.38 ± 46.84	>0.05
TRIGLICERIDOS	198.47 ± 64.78	223.48 ± 73.80	210.06 ± 70.12	<0.05
HDL	58.22 ± 13.65	55.56 ± 12.80	56.99 13.18	>0.05
LDL	119.74 ± 39.73	115.56 ± 43.63	117.8 ± 40.60	>0.05
VLDL	39.31 ± 12.96	44.66 ± 15.16	41.79 ± 14.25	<0.05

 # 2

Título: Tumores virilizantes del ovario: evaluación endocrinológica de una serie de casos.

Autor principal: Dr. Manuel Ramón. García Sáenz

Email autor principal: manuel.gsm@hotmail.com

Autores: García-Sáenz Manuel, Sol-Oliva Luis David, Mayorga-Camargo Julio, Vielma-Valdez Alberto, Cravioto-Galindo María del Carmen. Departamento de Biología de la Reproducción, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México.

Área a la que pertenece su trabajo: BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

Resumen:

Antecedentes: los tumores virilizantes del ovario representan <1% de los tumores ováricos en general y <0.2% de las causas de hiperandrogenismo. El conocimiento de su origen, función y regulación endócrinas es limitado, por lo que se requieren mayores estudios al respecto. Objetivo: describir las características clínicas y endocrinológicas de pacientes portadoras de tumores virilizantes de ovario. Material y métodos: Serie de casos que incluye 4 pacientes con virilización por tumores ováricos. Se recabaron las características clínicas, los estudios imagen y las concentraciones de gonadotropinas, testosterona total, androstendiona, 17-hidroxiprogesterona, progesterona, dehidroepiandrosterona-sulfatada y cortisol en condiciones basales, y bajo pruebas de supresión y estimulación suprarrenal y ovárica. Los datos obtenidos se analizaron en relación al resultado histopatológico. Resultados: Caso 1. Mujer de 33 años, con amenorrea secundaria de 3 años de evolución, hirsutismo progresivo (Ferriman-Gallwey 12 puntos), acné e infertilidad. El ultrasonido transvaginal demostró tumoración anexial izquierda, predominantemente sólida, heterogénea de 3*2.8cm con ecos hiperecogénicos, que correspondió a un tumor de células esteroideas. Caso 2. Mujer de 21 años, con amenorrea secundaria de 5 meses de evolución, hirsutismo (Ferriman-Gallwey 18 puntos), engrosamiento de la voz y clitoromegalia. El ultrasonido pélvico que demostró aumento de volumen ovárico derecho (45*34*35mm) con parénquima predominantemente sólido y reforzamiento posterior, a considerar neoplasia, que correspondió a un tumor de células de Sertoli-Leydig. Caso 3. Mujer de 20 años, con amenorrea de 3 años de evolución, hirsutismo facial acné, engrosamiento de la voz y clitoromegalia. El ultrasonido pélvico que demostró tumoración anexial derecha de 6.9*4.0*5.1cm con calcificaciones en su interior, que correspondió a un tumor de células de Sertoli-Leydig. Caso 4. Mujer de 30 años, acude por amenorrea de 16 años de evolución. A los 21 años presentó hirsutismo (Ferriman-Gallwey 27 puntos) y clitoromegalia. El ultrasonido transvaginal que demostró lesión anexial izquierda de 3.0*1.6cm ovoidea, isoecogénica con aumento de vascularidad, que correspondió a tumor de células esteroideas. Los resultados de los estudios hormonales se resumen en la Tabla 1. En todos los casos la función ovárica se normalizó posterior a la extirpación del tumor. Conclusiones: No se observaron diferencias clínicas en relación a la estirpe tumoral. El origen de los andrógenos es exclusivamente ovárico y pese a ser lesiones neoplásicas conservan respuesta a la regulación por gonadotropinas hipofisarias, sugiriendo que no son completamente autónomos. Bibliografía: 1. Young RH. Ovarian sex cord-stromal tumours and their mimics. Pathology. 2018; 50(1): 5-15. 2. Rouhi Brojeni N, Salehian B. Androgen secreting ovarian tumors. MOJ Women's Health. 2017; 5(6): 327-330.

 # 3

Título: ATROFIA MUSCULAR ESPINO-BULBAR, DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN PACIENTE TRATADO CON BLOQUEO ANDROGÉNICO COMPLETO

Autor principal: Dra. Livier Gómez Limón

Email autor principal: livier.gomez.limon@gmail.com

Autores: Gómez Limón Livier (*) Vargas-Martínez María Aglael García-Valadez Erica

Área a la que pertenece su trabajo: BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

Resumen:

INTRODUCCIÓN. La enfermedad de Kennedy/atrofia muscular espino-bulbar es un trastorno neurodegenerativo de herencia recesiva ligada a X. Se debe a un polimorfismo en el exón 1 del gen del receptor de andrógenos (AR) por una expansión anormal del triplete citosina-adenina-guanina (CAG) que produce neurotoxicidad, muerte de motoneuronas bulboespinales y síndrome de resistencia androgénica incompleta. Se presenta entre los 30-50 años y su diagnóstico se confirma con más de 40 tripletes CAG en el gen del RA. OBJETIVO. Presentar inicio, evolución y respuesta al manejo de un caso de resistencia incompleta a andrógenos. CASO CLÍNICO. Hombre de 43 años, antecedente de dos hermanos y síntomas similares, inicia a los 24 años con temblor fino, simétrico, intermitente en miembros torácicos y ginecomastia bilateral. Se agrega debilidad distal de miembros pélvicos, en 6 años se extiende a superiores. Desarrollando hipotrofia, disestesias de miembros inferiores e hiporreflexia y fasciculaciones globales. Resonancia de cráneo y columna normal. Electromiografía con lesión de neurona motora inferior. A los 10 años presenta lumbalgia, acentuándose debilidad en extremidades de predominio proximal limitando deambulación, incorporación y aumento de fasciculaciones. En estudio de infertilidad se detecta azoospermia. Hormona luteinizante (LH) 8.1 nUL/ml. Hormona folículo estimulante 2,8 nUL/mlm testosterona total (TT) 8.9 ng/dl, testosterona libre 4.46 ng/dl y creatinfosfoquinasa (CPK) 1486U/L. En estudio de ADN del exón 1 del gen del AR presenta 54 repeticiones de CAG, sin iniciar tratamiento. Al año se acentúa debilidad, hiporreflexia, aumento de CPK, reflujo gastroesofágico e hipotrofia linguofacial. Inicia a los 40 años tratamiento con leuprolide trimestral y finasteride con mejoría parcial en debilidad y fasciculaciones. Dos años después suspendió leuprolide por 2 meses con aumento en fasciculaciones, debilidad y trastorno del lenguaje. Actualmente, mantiene bloqueo androgénico, ausencia de fasciculaciones y minima progresión en la debilidad de extremidades, CPK 660 U/l, TT 0.025 ng/ml, LH 0.1 mUI/ml; escala funcional de esclerosis lateral amiotrófica descenso de 9pts., con apoyo parcial para realizar actividades de la vida diaria. CONCLUSIÓN. La enfermedad de Kennedy, es hereditaria, de comienzo en la adultez temprana, progresiva, a mayor número de repeticiones CAG mayor severidad e inicio más temprano. Su manifestación es lesión de motoneuronas bulboespinales seguidas de endocrinológicas. No se cuenta con manejo que cambie la evolución, solo tratamiento paliativo. El bloqueo farmacológico completo de la activación del AR con leuprolide y finasteride resulta en lenta progresión de la enfermedad y mantenimiento de la calidad de vida.

#4

Título: ASPECTOS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE MUJERES Y VARONES CON TUMORES HIPOFISARIOS.

Autor principal: Dra. Loraine Ledón LLanes

Email autor principal: lorraineaitana@gmail.com

Autores: Durand Marta, Larrea Fernando, Cuevas-Ramos Daniel, Botello- Mendoza Cinthia* (Presentada por Larrea Fernando). Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán, CCINSHAE, México

Área a la que pertenece su trabajo: BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

Resumen:

Antecedentes: Las enfermedades neuroendocrinas generan gran impacto a nivel sistémico y afectan la salud sexual y reproductiva (SSR). Las alteraciones en esta área pueden desfavorecer la recuperación de la salud e incrementar los efectos deletéreos de la enfermedad sobre la calidad de vida. Los estudios en este campo son escasos por lo que se desarrolló el presente estudio. Objetivo: Caracterizar aspectos de la SSR de personas con enfermedades neuroendocrinas: describir sus experiencias sexuales, identificar malestares sexuales y reproductivos, y determinare aspectos neuropsicológicos y psicoafectivos relacionados. Material y métodos: Estudio descriptivo y transversal, en el que participaron 64 sujetos: mujeres (68.75%) y varones, con tumores hipofisarios productores (71.88%) y no productores, quienes completaron una batería de cuestionarios dirigidos a recolectar datos sociodemográficos, de salud y de SSR, evaluar la función sexual global, explorar el área de pareja y sexualidad, y evaluar el estado neurocognitivo y psicoafectivo. Se consideraron los aspectos éticos. El estudio fue aprobado por los Comités de Ética e Investigación del INCMNSZ. Resultados: El 98.44% de la muestra presentó al menos una comorbilidad endocrino-metabólica, y el 96.83% tenía al menos una de ellas descontrolada. El 66.67% refirió actividad sexual coital, el 41.27% utilizaba algún método anticonceptivo, el 25.4% tenía antecedente de infección de transmisión sexual (ITS), y el 19.05% tenía diagnóstico de infertilidad. El 76.56% presentó estado neurocognitivo global normal, el 73.44% mostró algún nivel de ansiedad (mayor en las mujeres: 84.09% vs 50%, p= 0.014), y el 42.19% mostró algún nivel de depresión. En el 74.42% refirió un estado óptimo de la función sexual global, pero al explorar cada una de sus fases se encontró alta frecuencia de cambios negativos: disminución de la frecuencia sexual (69.57%), del deseo (43.75%), de la excitación (54.35%), y de la frecuencia de orgasmos (26.09%). Al explorar la satisfacción con la relación de pareja, los sujetos se distribuyeron entre las opciones "baja" (29.69%), "alta" (28.13%), y "media" (28.13%). Sin embargo, la satisfacción sexual global resultó mayoritariamente alta (53.13%). La función sexual global correlacionó con la depresión y con satisfacción con la pareja (p= 0.05), mientras que la satisfacción sexual global correlacionó con presencia de comorbilidades endocrino-metabólicas (p=0.02), y su descontrol (p=0.03). Conclusiones: Las experiencias sexuales y reproductivas de las personas estudiadas son diversas, con tendencia a experimentar cambios desfavorables, a pesar de lo cual refieren satisfacción sexual global. Se identifican como aspectos desfavorecedores de la SSR: los antecedentes de ITS, las dificultades con la fertilidad, y la alta frecuencia y descontrol de comorbilidades endocrino-metabólicas. Estudio apoyado por la Cátedra Salvador Zubirán 2017 UNAM-INCMNSZ.

 # 5

Título: PREVALENCIA DE DISINSULINISMO EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO ATENDIDAS EN LA CLÍNICA DE SALUD REPRODUCTIVA DEL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN.

Autor principal: Dra. FRANCIA CONCEPCION RIVERA CALIX

Email autor principal: francia_rivera@yahoo.com

Autores: Sol Oliva, Luis David

Área a la que pertenece su trabajo: BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

Resumen:

Antecedentes: el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es una de las patologías endocrinológicas más frecuente en mujeres en edad reproductiva, se asocia a una gama de alteraciones heterogéneas que incluyen anovulación crónica, evidencia de hiperandrogenismo, obesidad y resistencia a la insulina. Objetivo: determinar la prevalencia de disinsulinismo en mujeres con diagnóstico de SOP atendidas en las consultas de la Clínica de Salud Reproductiva del Departamento de BR del INCMNSZ Material y métodos: estudio transversal de pacientes con SOP que acudieron a las consultas de Salud Reproductiva del INCMNSZ entre el 01 enero del 2000 y el 01 marzo del 2019. Se revisaron los expedientes en físico y electrónicos de los casos elegibles para recabar datos en formatos previamente diseñados (Clinical Research Form –CRF–) con su correspondiente análisis en una base de datos. Resultados: el 84% de las pacientes con diagnóstico de SOP presentaron secreción anormal de la insulina. No se estableció significancia estadística entre disinsulinismo e hiperandrogenemia. La cuantificación obtenida a través de las curvas de insulina no se relacionó de forma estadísticamente significativa con el estado nutricional. Conclusiones: Se considera que la cifra inferior reportada en la literatura sobre prevalencia de disinsulinismo y resistencia a la insulina en relación al presente estudio es secundaria al método empleado para la detección en la alteración de dicha secreción. El presente estudio sugiere que alteraciones de la secreción de insulina pueden ser identificadas más tempranamente mediante la realización de curvas de insulina posterior a carga de 75 gramos de glucosa. Sin embargo, se debe tomar en cuenta la importancia de su comparación y correlación con el clamp hiperinsulinémico euglicémico. Bibliografía: 1. Dunaif A. Renaming PCOS – A Two State Solution. J Clin Endocrin Metab. first published ahead of print september 5, 2013. 2. Sociedad Méxicana de Nutrición y Endocrinología, A.C. Endocrinología clínica de Dorantes y Martínez, 5ª edición. 3. Azziz R, Carmina E, Dewailly D. The Androgen Excess and PCOS Society Criteria for the Polycystic Ovary Syndrome: the complete task forcé Reportm. Fertility and Sterility, November 2008. 4. Dunaif A, Sorbara L, Delson R. Ethnicity and polycystic ovary syndrome are associated with independent and additive decreases in insulin action in Caribbean-Hispanic women diabetes. Vol. 42, october 1993. 5. Azziz R, Carmina E. Polycystic ovary syndrome. Department of Obstetrics and Gynecology, Medical College of Georgia, Nature Reviews, Disease Primers. Volume 2, 2016. 6. Mira, RA. Síndrome de ovario poliquístico- Teorías de su fisiopatología. Revista Bioquímica y Patología Clínica. Vol 69 2005. 12. 7. Hicks-Gomez J.J. Bioquímica. Hormonas esteroides: metabolism. Gac Méd Méx Vol. 137 No. 5, 2001

 # 6

Título: EFECTO INMEDIATO DE LA QUIMIOTERAPIA EN LA FUNCIÓN HORMONAL Y REPRODUCTIVA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER DE TESTÍCULO

Autor principal: Dr. Luis David Sol Oliva

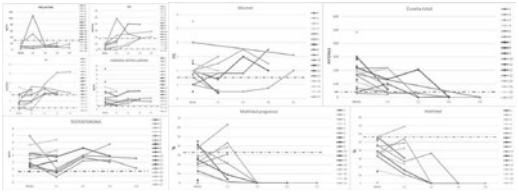
Email autor principal: luis.sol87@hotmail.com

Autores: Mayorga Julio César, Chacón Alejandra, Mejía Loreli, Cravioto María del Carmen

Área a la que pertenece su trabajo: BIOLOGIA DE LA REPRODUCCION

Resumen:

Antecedentes. El tratamiento quirúrgico y la quimioterapia (QT) adyuvante en cáncer testicular (CaT) ha aumentado la supervivencia global a un 95% en aquellos que padecen esta enfermedad (1). Sin embargo, los esquemas de QT son gonadotóxicos, por lo que afectan de forma importante las funciones endócrino-reproductivas (ER) y aumentan considerablemente el riesgo de infertilidad. Objetivo. Evaluar el efecto inmediato de la QT en las funciones ER de pacientes con CaT. Metodología. Estudio de cohorte prospectiva. Durante el periodo de julio de 2017 a agosto de 2019 se reclutaron pacientes menores de 50 años, con CaT, orquiectomía unilateral y ausencia de comorbilidades relevantes. En condiciones basales y post-QT se realizó espermatobioscopía directa (EBDs) y cuantificaciones en suero de testosterona total (TT), hormona foliculoestimulante (FSH), hormona luteinizante (LH), prolactina (PRL) y hormona anti-mulleriana (AMH). La interpretación de las hormonas se realizó tomando como referencia los parámetros establecidos por el laboratorio institucional. La interpretación de las EBDs se realizó basándose en los criterios de la OMS 2010.1 El análisis descriptivo se realizó utilizando medidas de tendencia central. Resultados. Se analizaron 17 pacientes. Once de ellos recibieron quimioterapia (6 recibieron 1 ciclo, 3 recibieron 3 ciclos y 2 recibieron 4 ciclos). En la evaluación basal (post-orquiectomía) se identificaron diversas alteraciones: 11.8% presentó LH incrementada aunado a oligozoospermia; 64% presentó astenozoospermia y el 100% presentó necrozoospermia. De los pacientes que recibieron QT, la FSH se encontró incrementada en el 36% y la LH en el 64% al finalizar sus respectivos ciclos. Ningún paciente presentó valores por debajo del límite de normalidad para TT durante el seguimiento. El 36% de los pacientes presentaron azoospermia, el 18% oligozoospermia, el 29% astenozoospermia y el 36% necrozoospermia al finalizar los ciclos de QT. En las figuras 1 y 2 se puede observar el comportamiento de las evaluaciones ER durante los diversos ciclos de QT. Conclusiones. Los pacientes con CaT presentan alteraciones ER tanto antes como después de la administración de QT. Estos cambios son más notables en la calidad del semen, por lo que la opción de criopreservación de espermatozoides debe valorarse a nivel individual, ya que no todos los pacientes son elegibles para el procedimiento. La mayoría de los pacientes no requieren tratamiento hormonal con testosterona. Bibliografía 1. World Health Organization. WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen. 5th Ed. Geneva: World Health Organization, 2010. 2. Gilbert K, Nangia A, Dupree J, Smith J, Mehta A. Fertility preservation for men with testicular cancer: Is sperm cryopreservation cost effective in the era of assisted reproductive technology?. Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations. 2018;36(3):92.e1-92.e9.



 # 7

Título: IMPACTO DE LOS ANTICUERPOS ANTIPEROXIDASA TIROIDEA EN EL DESARROLLO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL.

Autor principal: Dra. Guadalupe Alejandra Bustamante Bustamante

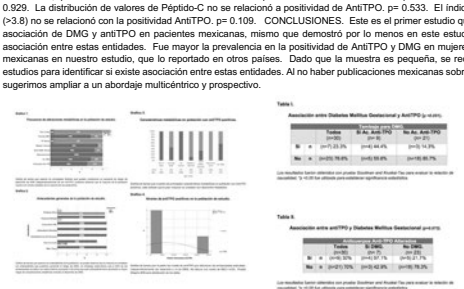
Email autor principal: alejandra.bustamante137@gmail.com

Autores: Dr. Alejandro Sosa Caballero.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

ANTECEDENTES. La diabetes mellitus gestacional (DMG) es una de las endocrinopatías más prevalentes, afecta al 15% de las embarazadas, este padecimiento asume real importancia dado que trae consigo un riesgo de 1.7 veces más para complicaciones maternas y fetales. Hasta el momento no se ha establecido si la autoinmunidad tiroidea persé, en específico los anticuerpos antiperoxidasa tiroidea (antiTPO) estén asociados al desarrollo de DMG en pacientes con adecuada función tiroidea. Hasta el 14% de las embarazadas presentan AntiTPO positivos, pudiendo ser esta una gran población vulnerable. OBJETIVO. Evaluar la relación entre los antiTPO con el desarrollo de DMG. MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio prospectivo, tipo cohorte, analítico y descriptivo. Se realizó en el Hospital de Especialidades La Raza, de Marzo a Agosto del 2019, obteniéndose 30 pacientes, las cuales no contaban con enfermedad tiroidea o bien con hipotiroidismo en metas para edad gestacional, sin enfermedades graves, no uso de fármacos, con normopeso, sin antecedentes de DMG y sin otros factores de riesgo, las cuales bajo consentimiento informado se les realizó encuesta, tamizaje de DMG con curva de tolerancia 75 gramos de glucosa entre las 24-28 semanas de gestación, medición de antiTPO, perfil tiroideo, insulina endogena, péptido C e índice de HOMA. Se realizó estadística descriptiva, pruebas de Fisher, Pearson x2, Mann-Whitney U y Kruskal-Tau para evaluar la relación de causalidad, se consideró significancia estadística si p < 0.05. Se utilizó paquete estadístico SPSS. RESULTADOS. No se demostró significancia estadística en la asociación del desarrollo de DMG con antiTPO, n=13 (44.4%) p= 0.073. El 30% de las embarazadas presentaron positividad a antiTPO y el 23.3% desarrolló DMG; de estas el 44.4% tenían positividad a antiTPO. El 14.3% de las que desarrollaron DMG no contaban con antiTPO positivos y el 55.6% que presentaban positividad para antiTPO no desarrollaron la enfermedad. Por lo cual inferimos que está más cerca de tener una asociación la DMG con la positividad de AntiTPO, que los AntiTPO en el desarrollo de DMG. La hiperinsulinemia no se relacionó a positividad de AntiTPO. p= 0.929. La distribución de valores de Péptido-C no se relacionó a positividad de AntiTPO. p= 0.533. El índice de HOMA (>3.8) no se relacionó con la positividad AntiTPO. p= 0.109. CONCLUSIONES. Este es el primer estudio que aborda la asociación de DMG y antiTPO en pacientes mexicanas, mismo que demostró por lo menos en este estudio no haber asociación entre estas entidades. Fue mayor la prevalencia en la positividad de AntiTPO y DMG en mujeres gestantes mexicanas en nuestro estudio, que lo reportado en otros países. Dado que la muestra es pequeña, se requieren más estudios para identificar si existe asociación entre estas entidades. Al no haber publicaciones mexicanas sobre este tema, sugerimos ampliar a un abordaje multicéntrico y prospectivo.



 # 8

Título: CORRELACIÓN ENTRE HEMOGLOBINA GLUCOSILADA Y PUNTAJES DEL SDSCA COMO MEDIDA DE ADHERENCIA AL AUTOCONTROL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DEL HOSPITAL ÁNGELES LOMAS EN EL PERIODO 2018-2019

Autor principal: Dra. Merit Mayté Gómez Carmona

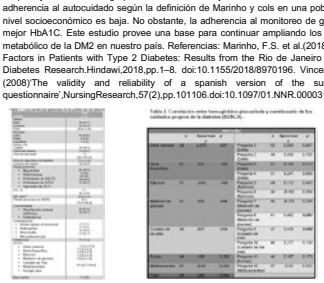
Email autor principal: merit.gomez.carmona@gmail.com

Autores: Gómez Carmona Merit Mayté*, Villanueva Rodriguez Luisa Geraldine, Bravo Vera Rafael. Hospital Ángeles Lomas (HAL), Edo de México.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Antecedentes: La adherencia al autocontrol es esencial en padecimientos crónico-degenerativos como la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). Se han creado cuestionarios para medirla en esta población; como es el "Resumen los cuidados propios de diabetes", SDSCA por sus cifras en inglés (Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure). Este estudio valoró la relación entre el SDSCA y diversos desenlaces en la DM2. Objetivos: El objetivo primario del estudio consistió en evaluar si había una correlación entre el SDSCA y la hemoglobina glucosilada (HbA1C) en pacientes con DM2. Como objetivos secundarios se buscaron correlaciones entre HbA1C y la presencia de complicaciones micro y macrovasculares, se compararon características clínicas y demográficas de aquellos con buen control (HbA1C <7) vs. descontrol (HbA1C >7). Material y métodos: El estudio se realizó en pacientes DM2 de consulta del HAL entre noviembre 2018-marzo 2019. Se recolectaron datos clínicos y paraclínicos del expediente electrónico. La auto-aplicación del cuestionario se realizó en la última consulta de seguimiento. El SDSCA consta de 12 preguntas que valoran 6 rubros del autocontrol en un lapso de 7 días: Dieta, ejercicio, glucometrías, cuidado de pies, tabaquismo y medicamentos. Se definió como buena adherencia una puntuación ≥5 en cada área y no ser fumador. Para determinar si existía una asociación entre los resultados del SDSCA y la HbA1C, se realizó el coeficiente de correlación de Spearman. Resultados: Se incluyeron 52 sujetos, 57.7% eran mujeres, la media de edad fue 59.8 años y la media de diagnóstico fue 10.1 años. Se encontró una correlación entre la HbA1C y los rubros de "Glucometrías" y "Cuidado de los pies" (p=0.044, p=0.004). Además, había una correlación entre la HbA1C y la presencia de neuropatía y microalbuminuria (p=0.048, p=0.029). Los pacientes con buen control tenían menos años de diagnóstico (6.0 vs 13.6; p= 0.004) y un menor uso de insulina (p=<0.001). No se encontró diferencia en los puntajes entre ambos grupos. Únicamente un sujeto tenía buena adherencia. Conclusión: Este estudio mostró que la adherencia al autocuidado según la definición de Marinho y cols en una población mexicana, de larga evolución y alto nivel socioeconómico es baja. No obstante, la adherencia al monitoreo de glucosa y cuidado de pies se relaciona con mejor HbA1C. Este estudio provee una base para continuar ampliando los conocimientos sobre adherencia y control metabólico de la DM2 en nuestro país. Referencias: Marinho, F.S. et al.(2018)'Treatment Adherence and Its Associated Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Results from the Rio de Janeiro Type 2 Diabetes Cohort Study',Journal of Diabetes Research.Hindawi,2018,pp.1–8. doi:10.1155/2018/8970196. Vincent, D., McEwen, M. M. and Pasvogel, A. (2008)'The validity and reliability of a spanish version of the summary of diabetes self-care activities questionnaire',NursingResearch,57(2),pp.101106.doi:10.1097/01.NNR.0000313484.18670.ab.



 # 9

Título: GLUCOMETRIA CAPILAR SIN DOLOR

Autor principal: Dr. Dante Medina Vázquez

Email autor principal: ianmlmm@gmail.com

Autores: Medina Vazquez Dante*1 Martínez Mosqueda Ian Marco Luciano*1,2 Gutiérrez Saldaña Rosa Ángela*1, 2 Escobedo Ortiz Ana Rosa4 1.-Departamento de Medicina Interna, Hospital General de Irapuato, Irapuato, Gto. 2.- Departamento de medicina y Nutrición, Universidad de Guanajuato, León, Gto. 3.-Escuela de Medicina, Universidad Quetzalcóatl de Irapuato, Irapuato, Gto. 4.- Departamento de Medicina Interna-Endocrinología, Hospital Civil de Morelia, Morelia, Michoacán

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Objetivo Comparar la sensibilidad entre el lóbulo auricular y los pulpejos dactilares al realizar Glucometrias capilares. Antecedentes La Glucometría capilar es un análisis cuyo uso abunda en el medio hospitalario y extra hospitalario para valorar a los pacientes con Diabetes, se ha establecido el uso de punciones en la superficie dactilar de las manos, para determinar valores de glucosa serica, esta zona presenta abundantes receptores nerviosos, a diferencia del lóbulo auricular que tiene función estética, actualmente en la práctica médica se ha presentado un auge tecnológico para diagnóstico y tratamiento de las enfermedades a pesar de ello se debe fomentar el humanismo médico mediante técnicas menos dolorosas e invasivas. Material y métodos En este estudio se uso: Glucometro marca: SDCheck GOLD, 100 tiras reactivas: SDCheck GOLD, 100 lancetas marca benesta y la escala analógica del dolor Se realizó una comparación entre 2 grupos poblacionales 1 conformado por Trabajadores de la salud y 1 conformado por pacientes hospitalizados en el Hospital General de Irapuato (HGI) se evaluó el dolor que percibían al realizar 2 punciones capilares, una en el dedo anular y una en el lóbulo auricular, se solicitó identificar el grado de dolor del 1-10 en cada punción mediante la escala visual analógica del dolor Resultados El grupo de pacientes incluyó un total de 50 pacientes con prevalencia de sexo femenino con 60%, dentro de esta población, 50% eran trabajadores de la salud (grupo 1) y el otro 50% eran pacientes hospitalizados en el HGI (Grupo 2), dentro de los cuales 80% de los hospitalizados eran diabéticos tipo 2, el grupo 1 mostró ausencia de dolor durante la punción en el lóbulo auricular en 92% de los pacientes y 8% refirió dolor leve comparado con los pulpejos dactilares, 85% refirió dolor leve, 10% dolor moderado y 5% dolor severo, respecto al Grupo 2: 80% refirió ausencia de dolor en lóbulo auricular, 20% dolor leve, en la punción dactilar 15% ausencia de dolor, 60% dolor leve, 20% dolor severo y 5% dolor muy severo, el valor de glucosa capilar presentó concordancia en 94% de las punciones Conclusión Dentro de los métodos de monitorización de glucosa sérica, tenemos la Glucometria capilar, este estudio suele ser doloroso al realizar punciones en la región dactilar, debido su función sensitiva, el apego a la monitorización de la glucosa, no es la ideal. Considerando el primer postulado de la medicina "Primero no dañar" y el fomento del Humanismo médico, determinamos los pilares de esta investigación, que ofrece una opción práctica y menos dolorosa para monitorizar la glucosa capilar. Bibliografía 1.-Grady, M., Pineau, M. A Clinical evaluation of routine blood sampling practices with diabetes: impact on fingerstick blood volume and pain. J Diabetes sci Tecnol.2014;8(4):691-698 2.Cameron, B., Berald, L. (2015). Monitoring Blood Glucose Control: What does the future hold? Canadian Journal of Diabetes,2015,39 (3),190

 # 10

Título: Comparación de Monitoreo Continuo de Glucosa con Curva de tolerancia a la glucosa oral en paciente con diagnóstico de Prediabetes. Reporte de caso.

Autor principal: Dr. Juan Ramón Madrigal Sanromán

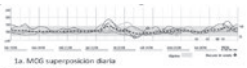
Email autor principal: juanrams14@gmail.com

Autores: Madrigal Sanromán Juan Ramón, Sainz De La Maza Viadero María Elena, Faradji Hazán Raquel N. Clinica EnDi

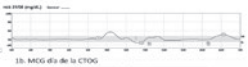
Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

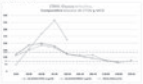
ANTECEDENTES: Existe debate sobre qué prueba, hemoglobina glucosilada (HbA1c), glucosa en ayuno, curva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG), es la mejor para detectar estados de disglicemia progresiva en prediabetes. El monitoreo continuo de glucosa (MCG) está siendo utilizado de manera amplia en diabetes, sin embargo, aún falta evidencia para detectar patrones de disglicemia en individuos normoglucémicos o con prediabetes. Se ha descrito que el MCG identifica distintos patrones de glucemia, brindándonos mayor información. Objetivo: Se caracterizó el patrón de glucosa de un paciente con diagnóstico de prediabetes mediante MCG durante 7 días y se comparó con CTOG con niveles de insulina. MATERIAL Y METODOS: Se realizó MCG ciego a paciente con diagnóstico de prediabetes con las siguientes características: Masculino de 39 años con obesidad clase 3, glucosa alterada de ayuno y HbA1c de 6.5%, que estaba bajo tratamiento con metformina. Se suspendió la metformina por 1 semana. Se colocó MCG ciego (iPro2 de Medtronic) con indicación de realizar glucometrías capilares 2-3 por día, con estilo de vida y plan alimenticio convencional. Durante el monitoreo se realizó CTOG de 2 horas con 75 gr de glucosa, con toma de niveles de glucosa e insulina sérica a los 0, 30, 60, 90, 120 minutos. Al término del monitoreo, se comparó el registro con el resultado de CTOG realizada. RESULTADOS: Se observó similitud glucémica entre la CTOG y MCG con un importante aumento en niveles de insulina sérica posterior a la carga de 75 gr de glucosa (Cuadro 1), con subsecuente hipoglucemia reactiva sintomática a los 240 min postcarga confirmada con monitoreo capilar de glucosa de 62 mg/dl . Además, en el MCG se logró identificar tiempo en rango (70-140mg/dl de glucosa) de 92%, con 7% por arriba de 140 mg/dL (asociado con abundante ingesta calórica) y 1% por debajo de 70 mg/dL (hipoglucemia reactiva post CTOG). CONCLUSIONES: El MCG es un instrumento útil, aún cuando no esta validado, para identificar estados de disglicemia no detectada mediante la CTOG y HbA1c en prediabetes, como se demostró en este caso. BIBLIOGRAFIA: 1. Chan et al, Continuous Glucose monitoring in Obese Youth. J Clin Endocrinol Metab, 2015. 2. Larry A. Fox et al, Variation of Interstitial Glucose Measurements Assessed by Continuous Glucose Monitors in Healthy, Nondiabetic individuals. Diabetes Care, 2010. 3. Rodbard D. Interpretation of continuous glucose monitoring data: Glycemic variability and quality of glycemic control. Diabetes Technol Ther. 2009.



1a. MCG superposición diaria



1b. MCG día de la CTOG



1c. CTOG de 2 hrs de 75 gr con glucosa e insulina. Glucosa de MCG.

 # 11

Título: Gammagrama marcado con "Ciprofloxacino-Tecnesio 99m" una herramienta diagnostica en pacientes con Pie Diabético y Osteomielitis

Autor principal: Dr. Pedro Mendoza Martinez

Email autor principal: pedroyvero@hotmail.com

Autores: Almeda V. Paloma; janka Z.Marcela;Ignacio A.Eleazar. Departamento de Endocrinologia y Medicina Nuclear Instituto Nacional de Ciencias y Metabolismo Salvador Zubirán. México

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

La Organización Mundial de la Salud define al Pie Diabético como "un grupo de Síndromes en los cuales la Neuropatía, la Isquemia y la Infección llevan a la disrupción tisular, produciendo morbilidad y posible infección"1. En México la Encuesta Nacional de Salud 2016 mostró un incremento en la incidencia de Úlceras de 7.2 a 9.1%, y el numero de amputaciones de 2 a 5.5%. La Osteomielitis(OM) es una complicación frecuente y hasta el 66% se asociada a amputación y muerte. La sospecha de OM en el Pie Diabético surge con la sospecha clínica y/o palpación del hueso infectado con estilete romo a través de la úlcera, el gold estándar es la confirmación histológica o cultivo óseo, la resonancia magnética (IRM) es el estudio de elección, estudios recientes demuestran que estudios gammagraficos que utilizan antibióticos y péptidos antimicrobianos marcados con tecnesio 99m (Tc99m),son altamente sensibles y específicos en la detección de focos bacterianos óseos activos, aún cuando el paciente estuviera medicado con antibióticos2. objetivo: Presentación de caso clínico y experiencia de Gammagrama marcado con ciprofloxacino-Tc99m en pacientes con Pie Diabético y sospecha de OM en la consulta de Pie Diabético del INCMNSZ de marzo 2019 a la fecha. Caso 1.-mujer de 58 años, DM2, historia de Pie diabético, Portadora de úlcera crónica plantar derecha desde junio 2017 RMN imágenes con sospecha de osteomielitis, angiografía confirma Insuficiencia arterial, úlcera con evolución tórpida de 1.5 cm, con cierre en falso sin secreción, prueba de estilete dudoso, signos de infección de tejidos blandos, biopsia Ósea contraindicada por Angiología, gammagrama con ciprofloxacino-Tc99m , positivo a infección ósea. RESULTADOS : "ciprofloxacino-tc99m" se realizó en 9 pacientes con pie diabético, la principal indicación fué confirmación diagnostica, En 9/9 pacientes el estudio fue positivo para infección ósea (discriminó inflamación de tejidos adyacentes y OM) aun en etapas tempranas de infección. Discusión: La gammagrafía con ciprofloxacino-tc99m" es útil para diagnóstico diferencial entre inflamación local e infección ósea. Conclusion: El gammagrama con ciprofloxacino-Tc99m tiene alta sensibilidad y especificidad para diagnóstico diferencial entre inflamación local e infección Ósea éste procedimiento se puede realizar en hospitales que cuenten con servicio de medicina nuclear y limitación para estudios de IRM, tiene bajo costo y es útil para evitar las secuelas funcionales, cosméticas y económico-sociales derivadas de pie diabético y OM . 1. Markanday A. Diagnosing Diabetic Foot Osteomyelitis, Open Forum Infectious Diseases. 2014. 2. Ammar Ibrahim MD, FACS, Chair IDF Diabetic foot stream et al "IDF Clinical Practice Recomendations on the diabetic Foot 2017" © IDF, 2017 ISBN: 978-2-930229-86-7. 3. Satish Ch. Et al Diabetic foot, BMJ 2017;359:SUPP1.Rev Argentina de Radiologia vol.69 num 3 2005 pp173-178.



 # 12

Título: Evaluación de función autonómica cardiovascular en familiares de pacientes con diabetes tipo 2

Autor principal: Dra. Cristina García Ulloa

Email autor principal: dra_ulloa@yahoo.com.mx

Autores: Ramírez García Alberto Díaz Pineda Michelle Garnica Castillo Fernanda Flores Garcia Arturo Del Valle Ramírez Humberto Carlos A Aguilar Salinas Hernández Jiménez Sergio Grupo de estudio CAIPaDi

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

ANTECEDENTES: La neuropatía autonómica es una complicación frecuente en pacientes con diabetes y se ha reportado su presencia en etapas muy tempranas de la enfermedad. OBJETIVO: Evaluar la función autonómica de fibras delgadas en familiares de pacientes con diabetes tipo 2 (P-DT2). MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un análisis transversal de los P-DT2 y los familiares (FAM) que los acompañan a su primera visita al programa CAIPaDi. Se tomaron estudios de laboratorio, medidas antropométricas y se evaluó función autonómica (Sudoscan®) reportándose como % de riesgo para desarrollo de neuropatía autonómica cardiovascular. Se compararon los resultados entre ambos grupos (P-DT2 y FAM), estratificando según su índice de masa corporal (IMC). El estudio está registrado en el CEI (Ref 2145) y en ClinicalTrials.gov (NCT03234946). RESULTADOS: Se incluyeron datos de 59 P-DT2 y 60 FAM, edades 54±9 años y 49±13 años, respectivamente (p=0.02), mujeres 44.1% p-DT2 y 71% FAM (p=0.003). En la tabla se muestran los resultados de parámetros metabólicos y función autonómica (Sudoscan®) considerando % de riesgo de neuropatía autonómica cardiovascular (NAC) CONCLUSIÓN: El porcentaje de riesgo de NAC se incrementa en forma proporcional al IMC en FAM. En P-DT2, el riesgo se incrementa a mayor cifra de A1c, tensión arterial diastólica, triglicéridos e IMC.

Características metabólicas, antropométricas y riesgo de neuropatía cardiaca estratificado según IMC y por presencia o ausencia de diabetes

	Familiar + IMC <25 n=32	Familiar + sobrepeso n=20	Familiar + obesidad n=28	Diabetes + IMC<25 n=8	Diabetes+ sobrepeso n=27	Diabetes + obesidad n=24	p
TA sistólica (mmHg)	112 ± 11	122 ± 17	121 ± 10	127 ± 20	125 ± 18	123 ± 14	0.25
TA diastólica (mmHg)	70 ± 6**	73 ± 8	76 ± 6	75 ± 7.6	76 ± 8	77 ± 7**	0.04
Triglicéridos (mg/dl)	102 (75 - 117)**	167 (122 - 219)	144 (115 - 187)	133 (118 - 154)	169 (120 - 244)**	169 (133 - 250)	<0.001
Colesterol LDL (mg/dl)	132 ± 26	119 ± 37	136 ± 28	130 ± 26	120 ± 29	122 ± 43	0.32
HbA1c (%)	5.5 ± 0.4	5.6 ± 0.4	5.7 ± 0.3	9.2 ± 3.4	8.6 ± 2.7	8.2 ± 2.1	<0.001
IMC (kg/m²)	22.4 ± 2.5	27.4 ± 1.3	33.1 ± 2.3	23.3 ± 1.4	27.7 ± 1.4	34.5 ± 3.4	0.001
Riesgo de neuropatía autonómica cardiaca (%)	13 (2.75 – 17.75)	33 (17 - 36)*	34 (15 - 38)*	42 (27 - 69)*	39 (33 - 50)*	44 (35 - 51)*	<0.001

* p <0.01
** p< 0.05

 # 13

Título: DIABETES MELLITUS TIPO I Y AFECCIONES BUCALES

Autor principal: Dra. Roxana Infante Arguelles

Email autor principal: ana.arguelles@infomed.sld.cu

Autores: Infante Argüelles Roxana * Infante Amorós Adalberto * Hospital Clínico quirúrgico Hermanos Ameijeiras Facultad de Estomatología de la Habana Cuba

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Introducción: La Diabetes Mellitus tipo I es una enfermedad sistémica crónica con repercusión a nivel bucal. Caracterizado por presentar niveles elevados de glucemias en sangre de manera constante lo que provoca disminución del flujo de saliva al igual que disminución de la respuesta vascular periférica favoreciendo al acumulo de placa bacteriana caries dentales, halitosis y enfermedad periodontalesObjetivo Conocer la asociación de las afecciones bucales en adolecentes Diabéticos tipo I. Material y métodos se realizó un estudio observacional de casos y controles en 44 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I de mas de 5 años de evolución (Grupo 1) en edades comprendida entre 14y 18 años y pacientes controles no diabéticos(Grupo 2) de edades y sexo comparables Resultados Los pacientes con diabetes mellitus tipo I resultaron más afectados por xerostomía (55 %), úlceras (43 %) y periodontopatías(81.%) que los pacientes sin diabetes, resultados significativos estadísticamente, a diferencia de la afectación por caries dental y el sentido del gusto donde las diferencias no fueron estadísticamente significativas. Conclusiones: Los adolescentes con Diabetes Mellitus tipo I se relaciona con las alteraciones bucales, con una mayor frecuencia de periodontopatías, xerostomía y úlceras que los pacientes controles, no sucede así con la caries ni con alteración del sentido del gusto. Bibliografía 1. Chang PC, Chien LY, Yeo JF, Wang YP, Chung MC, Chong LY, Kuo MY, Chen CH, Chiang HC, Ng BN, Lee QQ, Phay YK, Ng JR, Erk KY. Progression of periodontal destruction and the roles of advanced glycation end products in experimental diabetes. J Periodontol. [Internet]. 2013 Mar[Consultado: 2013 dic 11];84(3):379-88. Disponible en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22554295 . 3. Egito V, Novaes M, Luchéis SFA, Albuquerque MFAW, Santana CL. Prevalence of oral mucosa lesions in diabetic patients: a preliminary study. Rev Bras Otorri. [Internet]. 2008 June [Consultado: 2017 Jul 10]; 74(3): 423-428. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72920080003000018&lng=en 5 Diabtes.org La diabetes y los problemas de salud bucal. American Diabetes Association [internet] [Consulta: 17/01/17]. En: http://www.diabetes.org/es/vivircon-diabetes/tratamiento-y-cuidado/higiene-y-salud-bucal/la-diabetes-ylos-problemas-de-salud-bucal.html 6 Consumer.es. Relación entre hábitos alimenticios y enfermedades periodontales. [Internet] 2011 [acceso 14 Ene 2017]. En: http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/aprender_a_comer_bien/enf ermedad/2011/10/27/204290.php

 # 14

Título: Análisis de la calidad de vida en asociación al nivel de conocimiento y complicaciones microvasculares en pacientes con Diabetes tipo 1 en el Hospital General "Dr. Miguel Silva".

Autor principal: Dra. Diana Elizabeth Miranda Herrera

Email autor principal: bonn_miranda@hotmail.com

Autores: Miranda Herrera, Diana Elizabeth* (presentada por Escobedo Ortíz, Ana Rosa). Servicio de Endocrinología, Hospital General de Morelia, SSA, Michoacán.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Antecedentes. La diabetes tipo 1 (DM1) constituye un desafío en la práctica diaria para los médicos y para los pacientes, debido a la complejidad y su naturaleza impredecible. Puede provocar problemas psicológicos, sociales y físicos, las personas con DM1 experimentan estrés psicosocial crónico y menor competencia social. Podría esperarse que la calidad de vida se vea afectada como resultado de complicaciones asociadas con niveles altos de hemoglobina glucosilada (HBA1c). En la actualidad se implementan programas de educación y capacitación que aseguran la participación activa del paciente y las conductas de autocuidado para lograr un control glucémico adecuado, prevenir las complicaciones propias de la diabetes y mejorar su calidad de vida. Objetivo. Analizar la asociación entre la calidad de vida, nivel de conocimiento de la enfermedad y las complicaciones microvasculares en pacientes con DM1. Material y métodos. Se trata de un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, realizado en consulta externa de Endocrinología del Hospital General de Morelia, incluyendo 26 pacientes con una media de evolución de 12.3 ± 7.7 años, la media de HbA1c fué 10.6% ± 3.3%, se aplicó el instrumento PedsQL 3.2 DM sobre calidad de vida, validado por Varni J. Et al. así mismo, se aplicó el instrumento DKQ-24, validado por Mohammed E. Et al. Se evaluó la presencia de complicaciones microvasculares propias de la diabetes. La asociación entre las variables se llevó a cabo mediante la prueba estadistica Chi2 (p= <0.05). Resultados. La complicación microvascular con mayor frecuencia fué la retinopatía diabética (57.7%), seguido de la polineuropatía diabética (50%) y por último la nefropatía diabética (15.3%). El 92% de los pacientes se percibe con buena calidad de vida, 46% de los pacientes tienen nivel de conocimiento adecuado en diabetes, 42% intermedio de conocimientos en diabetes y solo 11% tiene conocimiento inadecuado. La asociación entre calidad de vida y conocimiento de la enfermedad no fué significativa (p=0.228), la asociación entre calidad de vida, neuropatía, retinopatía y nefropatía diabética resultó (p=0.141, p=0.086 y p=0.530), respectivamente, la asociación entre conocimiento, neuropatía, retinopatía y nefropatía diabética resultó (p=0.476, p=0.164 y p=0.063), respectivamente. Conclusiones. El buen nivel de calidad de vida percibido por los pacientes y el conocimiento adecuado en DM1, no se asociaron con el control metabólico y las complicaciones microvasculares de la diabetes. Bibliografía. 1.Varni, J; Delamater A; et al. PedsQL 3.2 Diabetes Module for Children, Adolescents, and Young Adults: Reliability and Validity in Type 1 Diabetes. Diabetes Care. 2018. 2.Garcia, A; Villagomez E; et al. The Starr County Diabetes Education Study: Development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire. Diabetes Care 2001. 3.Mouslech, Z; Somali, M; et al. Significant effect of group education in patients with DM1.2018

 # 15

Título: LIPODISTROFIA PARCIAL FAMILIAR AUTOSÓMICA DOMINANTE: REPORTE DE UN CASO

Autor principal: Dr. Raul Ibarra Salce

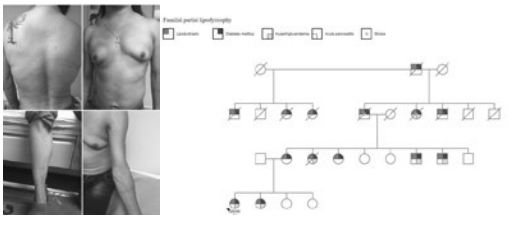
Email autor principal: raul_ibs@hotmail.com

Autores: Ferreira-Hermosillo, Aldo. Servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

ANTECEDENTES Los síndromes de lipodistrofia parcial son un grupo de enfermedades metabólicas heterogéneas que comparten la deficiencia selectiva de tejido adiposo en ausencia de un estado de catabolismo o deprivación nutricional. Las complicaciones ligadas a éstos síndromes son secundarias a la distribución anormal de tejido adiposo y su cantidad, generando hipoleptinemia, resistencia a la insulina severa, diabetes mellitus, hiperlipidemia, pancreatitis y esteatosis hepática. Su pronóstico está ligado a las complicaciones metabólicas y cardiovasculares. Uno de estos fenotipos es la Lipodistrofia Parcial Familiar (LDPF),caracterizada por mutaciones en el gen de la laminina A/C (LMNA). . OBJETIVO Presentar un caso de LDPF. CASO CLINICO Mujer de 23 años con antecedentes familiares de diabetes mellitus y pancreatitis aguda en rama materna; antecedente de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada a los 13 años e hipertrigliceridemia, ambas en descontrol con metformina y bezafibrato. Acude por descontrol metabólico. A la exploración con tejido celular subcutáneo hipotrófico en trórax y miembros superiores e inferiores, flebomegalia, cuello ancho y poco desarrollo mamario. Estudios de Laboratorio con glucosa 303 mg/dL, colesterol 173 mg/dL, c-HDL 28 mg/dL, triglicéridos 489 mg/dL, HbA1c 10.5%, TSH 0.97 mcUI/L, T4 libre 1.11 ng/dL, insulina 42.5 mUI/L y HOMA IR: 26.54. Debido a sospecha de Síndrome de Dunnigan se solicita secuenciación masiva (NGS) de los genes AGPAT2, BSCL2, CAV1, CIDEC, LMNA, LMNB2, PLIN1, PPARG, PTRD y ZMPSTE24; reportándose con la variante c.1444C>T (p.Arg482Trp) del gen LMNA. CONCLUSIONES La mutación encontrada en este caso es tipo missense y tiene una frecuencia poblacional del 0.00041%; se ha reportado que reduce la capacidad inhibitoria de la proteína dando lugar a una elevada actividad transcripcional del gen SREBP1 (sterol response element binding protein 1) que afecta a la regulación de un gran número de genes del metabolismo de lípidos y diferenciación del adipocito. La LDPF es una causa rara de Hipertrigliceridemia severa y diabetes mellitus tipo 2 con resistencia a la insulina severa. Los pacientes con diabetes tipo 2 de inicio en la juventud, resistencia a la insulina e Hipertrigliceridemia severa requieren una exploración de tejido adiposo, ya que éstos síndromes se asocian con complicaciones cardiovasculares prematuras.



 # 16

Título: Efecto del cambio de insulina NPH a análogos de insulina de acción prolongada (degludec y glargina) en pacientes con DT1 o DT2, en condiciones de atención clínica rutinaria

Autor principal: Dra. Dulce Abril Mena Orozco

Email autor principal: abril.mo@gmail.com

Autores: Mena Dulce, Mehta Roopa, Almeda Paloma. Departamento de Endocrinología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, Salvador Zubirán.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Antecedentes: La importancia del control glucémico radica en la reducción de complicaciones de Diabetes. La insulina es una de las terapias más efectivas para reducir hiperglucemia y con frecuencia es necesaria en el manejo de la Diabetes tipo 2 a medida que la enfermedad progresa. Los análogos de insulina de acción prolongada surgen como una alternativa al tratamiento de Diabetes, el costo, sustancialmente mayor, puede ser una desventaja en el uso clínico rutinario de este tipo de insulinas, es de interés averiguar si, los efectos positivos de estos análogos, descritos en estudios clínicos (control y menor riesgo de hipoglucemia) son reproducibles en la vida real, en nuestra población. Objetivo: Evaluar el efecto del cambio de insulina NPH a análogos de insulina de acción prolongada (degludec y glargina) en pacientes con DT1 o DT2, en condiciones de atención clínica rutinaria. Material y métodos. Universo de estudio: Pacientes con DT1 o DT2, mayores de 18 años, que cambiaron tratamiento de insulina NPH a análogo de insulina de acción prolongada. Diseño del estudio: cohorte retrospectiva, unicéntrico, observacional, descriptivo. Resultados: los pacientes tratados con insulina glargina y degludec presentaron, con menor frecuencia, eventos de hipoglucemia. Conclusiones: Los análogos de insulina, glargina y degludec, tienen una vida media más prolongada que la insulina NPH y, a niveles similares de hemoglobina glucosilada, reducen la frecuencia de hipoglucemia, en comparación con insulina NPH. Bibliografía: 1. Carol Wysham; Et al. Effects of Insulin Degludec vs Glargine U 100 on Hypoglycemia in Patients With T2DM. JAMA. 2017;318 (1):45-56. 2. Alice Y. Y. Cheng; et al. Differentiating Basal Insulin Preparations: Understanding How They Work Explains Why They Are Different. Adv Ther (2019) 36:1018–1030. 3. Eberhard Standl, et al. New Long-Acting Basal Insulins: Does Benefit Outweigh Cost? Diabetes Care 2016;39(Suppl. 2):S172–S179. 4. Thorsten Siegmund MD, et al. A European, multicentre, retrospective, non-interventional study (EU-TREAT) of the effectiveness of insulin degludec after switching basal insulin in a population with type 1 or type 2 diabetes. Diabetes Obes Metab. 2018;20:689–697. 5. Marso SP, McGuire DK, Zinman B, et al. Efficacy and safety of degludec versus glargine in type 2 diabetes. N Eng J Med 2017; 377: 723–732. 6. The ORIGIN Trial Investigators. Basal insulin and cardiovascular and other outcomes in dysglycemia. N Eng J Med 2012; 367: 319–328. 7. Patient-level meta-analysis of the EDITION 1, 2, and 3 studies: glycaemic control and hypoglycaemia with new insulin glargine 300 units/mL versus glargine 100 units/mL in people with type 2 diabetes. Diabetes Obes Metab 2015; 17: 859–867.

 # 17

Título: EVALUACIÓN DE LA RECUPERACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 Y RELACIÓN ALBÚMINA/CREATININA ELEVADA.

Autor principal: Luz Elena Urbina Arronte

Email autor principal: luz_1465@hotmail.com

Autores: Hernández Jiménez Sergio García Ulloa Cristina Urbina Arronte Luz Elena Villegas Narvaez Andrea Grupo de estudio CAIPaDi

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

ANTECEDENTES. Las complicaciones microvasculares suelen desarrollarse en forma simultánea en varios sistemas. La recuperación de la función cardíaca (RFC) después de una prueba de caminata de 6 minutos puede reflejar el funcionamiento del sistema nervioso autónomo. OBJETIVO: Evaluar alteraciones en RFC en pacientes que presenten relación albúmina/creatinina (RAC) elevada. MÉTODO: Se hizo una evaluación basal y a 3 meses de seguimiento a los pacientes que acudieron al programa CAIPaDi. La RFC se valoró con la prueba de caminata de 6 minutos (PC6min). Se considera respuesta normal cuando es ≥12 latidos por min (lpm) 1 minuto después de terminar la prueba, comparando con la FC basal, y ≥22 lpm a los 2 minutos de terminar la prueba. Se consideró RAC alterado >30 mg/g. Se dividieron a los pacientes según RAC y se compararon las variables metabólicas y de ejercicio (obtenidas a través del cuestionario internacional de actividad física y la PC6min). Se evaluó además el riesgo de función autonómica cardíaca con conductancia electroquímica del sudor (Sudoscan®). RESULTADOS: Se analizaron datos de 988 pacientes, edad 52 ±9.9 años, 54.4% mujeres, IMC 29.47 ±4.7 kg/m2, tiempo de diagnóstico de diabetes de 2 (0-3) año; 167 pacientes (16.9%) presentaron RAC alterada. Las variables estudiadas por grupo se muestran en la tabla. CONCLUSIÓN: Los pacientes de RAC alterada tienen una RFC más lenta en comparación con los pacientes de RAC normal a los tres meses de seguimiento.

	RAC <30 mg/g		RAC ≥30 mg/g			
	Basal	3 meses	Basal	3 meses	p[a]	p[b]
HbA1c %	8.1 ± 2.2	6.3 ± 0.8*	9.8 ± 2.7	6.7 ± 1*	<0.001	<0.001
TAS mmHg	123.9 ± 13.9	116.5 ± 11*	129 ± 16.7	118 ± 13*	<0.001	0.03
TAD mmHg	76.6 ± 7	72.8 ± 6 *	79.1 ± 7.9	73.6 ± 7*	<0.001	0.13
TG mg/dl	164 (118 - 223)	114 (91- 145)*	203 (141 -302)	118 (91 – 162)*	<0.001	0.13
CT mg/dl	185.4 ± 42.7	150 ± 28.7*	197 ± 81.8	150 ± 29*	<0.001	0.98
HDL mg/dl	42.9 ± 10	45.4 ± 10*	42.8 ± 10	45.4 ± 10*	0.89	0.97
LDL mg/dl	113.7 ± 36.3	88 ± 24*	115 ± 39.3	87.3 ± 24.8*	0.66	0.63
NoHDL	142.4 ± 41.5	105 ± 27.2*	154 ± 41	105 ± 26.7*	<0.001	0.97
Ejercicio min/semana	0 (0 - 180)	190 (115–300)*	0 (0-160)	175 (80 -280)	0.45	0.14
Distancia mts	409 ± 93	444 ± 87*	399 ± 93	431 ± 94*	0.22	0.11
RFC min. 1 lpm	13 (8-18)	14 (9 – 20)*	13 (6 – 17)	13 (7 – 18)	0.14	0.01
RFC min. 2 lpm	19 (13-25)	21 (15-27)*	18 (11-24)	19 (12-26)	0.07	0.007
Riesgo NAC %	38 (29-48)	30 (23 – 38)*	45 (35-54)	33 (25-40)*	<0.001	0.01

* p< 0.001 basal y 3 meses del mismo grupo , p[a] basal entre grupos, p[b] los 3 meses entre grupos

 # 18

Título: CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE ENFERMERAS Y SU RELACIÓN CON FACTORES DE RIESGO CARDIO-METABÓLICOS.

Autor principal: Bernarda Sánchez Jiménez

Email autor principal: emiberna20@yahoo.com.mx

Autores: Chico-Barba Gabriela*, Cruz-Espejo Miranda*, Jiménez-Vázquez Karina*, Sámano Reyna*, Morales-Hernández Rosa María*, Rodríguez-Ventura Ana Lilia. Instituto Nacional de Perinatología, Isidro Espinosa de los Reyes. Ciudad de México.

Área a la que pertenece su trabajo: OTROS

Resumen:

Antecedentes: El síndrome metabólico es la suma e interpretación conjunta de algunos factores de riesgo cardiovascular, como obesidad central, dislipidemias, hipertensión arterial y trastorno en el metabolismo de carbohidratos. Estos factores pueden ser modificables con base en conocimientos y prácticas adecuadas de autocuiidado. Enfermería promueve un estilo de vida saludable en la población, por ello, es esencial que primero ellas cuiden su salud. Objetivo: Identificar el conocimiento y las prácticas de autocuidado de un grupo de enfermeras y su relación con factores de riesgo cardio-metabólicos. Material y métodos: Estudio transversal, realizado entre 2016-2018. Participaron 180 enfermeras de una Institución de tercer nivel de atención, Ciudad de México. Muestra consecutiva e intencional en enfermeras que tuvieran contrato de base, de todos los turnos, servicios y categorías de la institución. Se excluyeron hombres, embarazadas, con enfermedad cardiovascular y diabetes. Proyecto aprobado por Comités de Investigación y Ética Institucional. Se obtuvieron datos sociodemográficos y laborales: edad, escolaridad, estado civil, turno, servicio y antigüedad laboral. Se realizó antropometría: peso, estatura, índice cintura-cadera (ICC), presión arterial, y bioquímicos: glucosa, hemoglobina glicada (HbA1c) y lípidos séricos. El instrumento para valorar conocimientos y prácticas de autocuidado fue elaborado y validado, con 12 ítems de opción múltiple, nueve preguntas para conocimiento y tres para prácticas. El puntaje máximo de conocimientos era 15 y se categorizó en adecuado e inadecuado con base en la mediana. Para prácticas, el puntaje máximo fue 5 y se dividió en inadecuadas (<3) y adecuadas (≥3). Los factores de riesgo modificables cardio-metabólicos estudiados fueron: Presión arterial(>130/>85 mmHg), índice de masa corporal (>25), ICC (>0.85), glucosa sérica (>100 mg/dL), lípidos totales (triglicéridos >150 mg/dL, LDL >100mg/dL, HDL <50 mg/dL, colesterol >200 mg/dL), HbA1c (>6.5%) y tabaquismo. Resultados: De180 enfermeras, la media de edad fue 44 años, 62% laboraban en turno matutino y 60% atendían pacientes graves. El 34% tuvo prácticas inadecuadas. Al realizar los diferentes modelos de regresión logística, solo se observó que un bajo nivel de conocimientos se asoció con un IMC elevado (OR 3.01,IC:1.31,7.12) y HDL bajo (OR1.89,IC:0.96,3.70). El factor de riesgo cardio-metabólico situado en primer lugar fue sobrepeso/obesidad (81%), seguido por HDL disminuido, triglicéridos séricos elevados e ICC aumentado.Trabajar de noche se asoció con HbA1c elevada (OR 6.81,IC:1.35,34.72). Conclusiones: Se encontró asociación entre tener bajo nivel de conocimientos con IMC elevado y niveles de HDL sérico disminuido, pero no con prácticas de autocuidado. Como hallazgos, se detectó que laborar de noche aumentó la probabilidad de tener HBA1c elevada y el atender pacientes no graves aumentó la probabilidad de colesterol total elevado.

 # 19

Título: HIPOGLUCEMIA AUTOINMUNITARIA, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Autor principal: Dra. Viridiana López Butanda

Email autor principal: viridianabutanda90@gmail.com

Autores: Díaz Zenteno Carlos Muñoz Solís Andrés

Área a la que pertenece su trabajo: OTROS

Resumen:

Paciente masculino de 55 años de edad, originario y residente de la Ciudad de México, ocupación comerciante, previamente obrero de vidrio. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: abuelo paterno con Mieloma Múltiple, abuela paterna con hepatopatía, padre con melanoma maligno, madre con cáncer de mama y Diabetes tipo 2. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: infección por virus de hepatitis C desde hace 1 año (octubre 2017), refiere no haber recibido tratamiento, actualmente insuficiencia hepática Child Pugh A. Implante coclear bilateral. Tabaquismo previo (IT 1.5). Resto negado. PADECIMIENTO ACTUAL: inicia en Diciembre del 2017 al presentar disminución de estado de alerta, por lo que acude a Urgencias en donde se aborda y se brinda el diagnóstico de hepatopatía por infección crónica de hepatitis C. Durante su estancia se documentaron hipoglucemias hasta de 27 mg/dl, manejadas con alimentos de alto índice glucémico y soluciones glucosadas, dado de alta a los 3 días de estancia. Presenta múltiples hospitalizaciones en el 2018 por cuadros de neuroglucopenia. Es valorado por Endocrinología el día 28.07.18 iniciando protocolo de estudio de hipoglucemia en paciente no diabético. Estudios de laboratorio: 29/07/18: Glucosa 44, Creatinina 0.86, Na 137, K 3.2, Cl 106.1, Hb 16.7, Leu 4.5, Plt 57000, Ac.Anti-Insulina: 1.99 (Positivo >1.05), Albúmina 3.5, Cortisol 4.58, Insulina 116.0, Péptido C 8,44. Gabinete: 31/07/18: TAC de abdomen: hipertensión portal, páncreas parénquima homogéneo, sin alteraciones. 6/08/18: gamagrama con octreótide 99mTc: negativo a zonas anormales de sobreexpresión de receptores de somatostatina. Al no encontrar evidencia de lesiones a nivel pancreático y presentar baja reserva suprarrenal concomitante, se inició terapéutica con Prednisona 5 mg cada 12 horas, con lo cual se ha mantenido estable, sin episodios de hipoglucemia. Diagnósticos finales: Síndrome de Hirata, Hipocortisolismo, insuficiencia hepática Child Pugh A por VHC Revisión del tema: La hipoglucemia autoinmunitaria ó síndrome de Hirata, es una causa de hipoglucemia extremadamente rara. Los cuadros de hipoglucemia son causados por anticuerpos específicos contra la insulina, su receptor o la célula beta, en la mayoría de los pacientes coexiste otra enfermedad autoinmunitaria y en muchos de los casos a los fármacos administrados contra ellas. El diagnóstico se basa en la existencia de hipoglucemia espontánea inferior a 45 mg/dL, sin patrón definido, hiperinsulinismo endógeno o hiperinsulinemia extrema > 500 U/mL o 6 µU/mL y Péptido C elevado. La prueba confirmatoria son los títulos de anticuerpos antiinsulina (AIAb) muy elevados, en ausencia de anormalidades patológicas de páncreas, así como asociación con el HLA-II. El tratamiento se basa en la suspensión del fármaco desencadenante, dieta fraccionada escasa en hidratos de carbono, y corticoesteroides. *Uchigata, Hirata. Insulin autoimmune syndrome. Organ Specific Autoimmunity Chapter 7, 2012

 # 20

Título: Tendencia en la prescripción de hipoglicemiantes, hipolipemiantes y antihipertensivos en la consulta de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Autor principal: Dr. Geovani Palma Moreno

Email autor principal: geovani.palma@gmail.com

Autores: Geovani Palma, Paloma Almeda Valdés, Sergio Hernández, Cristina García.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

RESUMEN: Antecedentes: la prevalencia global ha aumentado considerablemente en los últimos años, las estimaciones mas recientes sugieren que a nivel mundial el número de personas con diabetes, en edades comprendidas entre 20 y 79 años aumentará de 415 millones en el 2015 a 642 millones en el 2040, es decir 1 de cada 10 adultos. En la última década el tratamiento para la diabetes ha cambiado rápidamente con la introducción de nuevas clases de medicamentos tanto para hiperglucemia como para el control de los factores de riesgo asociados a diabetes, incluyendo dislipidemia e hipertensión arterial, así como el uso de ácido acetil salicílico como prevención primaria y secundaria. A pesar de todas las recomendaciones actuales y nuevos medicamentos no se logra el control glucémico y de los factores de riesgo cardiovascular asociados en la mayoría de los pacientes y existe un retraso o empeoramiento que puede deberse a una serie de factores relacionados con el propio paciente. Hipótesis: se cree que la tendencia en la prescripción farmacológica para el tratamiento de diabetes y sus comorbilidades o factores de riesgo asociados en la clínica de diabetes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán es efectiva en el control metabólico en pacientes adultos con diabetes. Metodología: Estudio longitudinal, descriptivo, retrospectivo. Los datos sobre la familia de los medicamentos prescritos y específicamente el tipo de medicamentos se obtendrán de la base de datos que ofrece Sistema de Monitoreo Integral en Diabetes (SMID). El cumplimiento de las metas en el tratamiento hipoglucemiante, antihipertensivo, hipolipemiante y aspirina se obtendrán de los informes generados por SMID de forma mensual. El porcentaje de pacientes con hipoglucemias, así como el número y frecuencia se obtendrán de los registros generados en el SMID.

 # 21

Título: Relación entre A1C y Riesgo Individual de Hipoglucemia de Pacientes Comparando Insulina Degludec e Insulina Glargina U100

Autor principal: Dr. Juan Antonio Peralta Calcaneo

Email autor principal: juan_peca@hotmail.com

Autores: Peralta-Calcaneo JA, Philis-Tsimikas A, Lane W, Pedersen-Bjergard U, Wysham C, Bardtrum L, Østoft SH, Heller S.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

TÍTULO: Relación entre A1C y Riesgo Individual de Hipoglucemia de Pacientes Comparando Insulina Degludec e Insulina Glargina U100 INTRODUCCIÓN Tratar de alcanzar una hemoglobina glucosilada (A1C) más baja en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 (DMT1) y diabetes mellitus tipo 2 (DMT2), puede aumentar el riesgo de hipoglucemia en estos pacientes. OBJETIVOS: Investigar la relación existente entre A1C e hipoglucemia a nivel individual. MATERIAL Y MÉTODO: Para este análisis post-hoc se utilizaron datos de dos ensayos clínicos doble ciego, aleatorizado, de objetivo a tratar, cruzado (32 semanas cada uno) que comparaban insulina degludec (IDeg) vs. insulina glargina 100 unidades/ml (IGlar U100) en pacientes con DMT1 (SWITCH 1, n=501) o DMT2 (SWITCH 2, n=721). Para cada paciente en cada visita, A1C fue relacionado con el número de eventos hipoglucémicos con síntomas y confirmado por glucosa en sangre (Valor de referencia <56 mg / dL) o severa (ayuda de un tercero). RESULTADOS: La reducción de A1C llevo a un 18% de mayor riesgo de hipoglucemia con IDeg, vs. un 34% mayor riesgo de hipoglucemia con IGlar U100 en pacientes con DMT1; y en pacientes con DMT2 un 45% mayor riesgo de hipoglucemia con IDeg vs. un 67% con IGlar U100. Esto puede traducirse en una reducción de A1C de un 0.61% en DMT1 y un 0.67% en DMT2 con IDeg, sin un aumento de riesgo de hipoglucemia frente a IGlar U100, IDeg sin aumento en el riesgo de hipoglucemia frente a IGlar U100. CONCLUSIÓN: Reducir 1% la A1C causó más hipoglucemias en ambos estudios; sin embargo, existe un menor riesgo de hipoglucemia con IDeg comparado con IGlar U100. Por esto, lograr metas de glucemias menores, puede lograrse con menos riesgo de hipoglucemia utilizando IDeg en pacientes con DMT1 y DMT2.

 # 22

Título: DISMINUCIÓN EN LA FRECUENCIA DE HIPOGLUCEMIAS CON LA ADICIÓN DE VERAPAMILO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1. ESTUDIO PILOTO, CUASIEXPERIMENTAL.

Autor principal: Dr. Francisco Javier Pozos Varela

Email autor principal: paco.pozos.v@gmail.com

Autores: Ramírez Rentería Claudia, Ferreira Hermosillo Aldo. UIM Endocrinología Experimental, H Especialidades, Centro Medico SXXI, IMSS

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

INTRODUCCIÓN. Los episodios de hipoglucemia se presentan en el 71% de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y existen pocas estrategias para disminuir su frecuencia. Se ha observado que el verapamilo puede disminuir los episodios de hipoglucemia tanto en DM1 como en casos de hiperinsulinismo endógeno. OBJETIVO. Evaluar el número de hipoglucemias antes y después de la adición de verapamilo al tratamiento convencional de DM1. MATERIAL Y MÉTODOS. Se incluyeron 10 pacientes con DM1 con una dosis estable de insulina. Se administraron 160 mg de verapamilo vía oral cada 24 horas. Al mes de tratamiento se realizó evaluación clínica y de efectos adversos con bitácora de glucometrías y estudios de laboratorio. RESULTADOS. Los pacientes tuvieron una edad de 30.5 años (25.5-37.5 años), de los cuales 70% fueron mujeres, con tiempo de diagnóstico de 18 años (9-23 años), en tratamiento intensivo con insulina en dosis estable, promedio de 1.02 UI/kg/día (0.77-1.19 UI/kg/día). Solo 1 presentaba alguna complicación por diabetes (retinopatía diabética) y 2 pacientes tenían hipertensión arterial. Al mes de tratamiento, se observó una reducción en el número de hipoglucemias (Tabla 1) de 2.5 (0.8-7.8) a 1.5 (0-5) episodios por mes (p=0.026). No hubo diferencia significativa en los niveles de glucometrías capilares de ayuno/preprandiales ni en las posprandiales. Se reportaron efectos adversos (EA) en 40% de los pacientes a las dos semanas de tratamiento, y 30% al mes, ninguno de ellos fue grave, sin presentarse hipotensión. No se encontró algún factor de riesgo para el desarrollo de EA. No hubo diferencia significativa pre y postratamiento en ninguna de las otras variables evaluadas. CONCLUSIONES. El verapamilo puede considerarse como tratamiento farmacológico adyuvante en los pacientes que presenten hipoglucemias frecuentes, sin embargo, se requieren estudios clínicos con mayor población y tiempo de seguimiento para poder confirmar los resultados.
BIBLIOGRAFÍA. Farandji J. Results of the Multicentric Study RENACED on Type 1 Diabetes Mexican Patients. 2017; Ovalle F, Grimes T, Xu G, Patel AJ, Grayson TB, Thielen LA, et al. Verapamil and beta cell function in adults with recent-onset type 1 diabetes. Nat Med. 2018 Aug 9;24(8):1108–12; Poudel R, Kafle N. Verapamil in diabetes. Indian J Endocrinol Metab. 2017;21(5):788.

Tabla 1. Medianas y rangos intercuartílicos antes y después de 1 mes de tratamiento. Se considera estadísticamente significativo p<0.05. Abreviaturas: HbA1c (Hemoglobina glucosilada). TA (tensión arterial).

Variable	Basal	Final	p
Glucosa de ayuno (mg/dl)	139 (121-169)	145 (126-176)	0.959
Glucosa posprandial (mg/dl)	159 (139-182)	169 (155-188)	0.285
HbA1c (%)	8.7 (8.1-8.8)	8.4 (7.7-9.0)	0.372
Número de hipoglucemias	2.5 (0.8-7.8)	1.5 (0-5)	0.026
Hipoglucemias ≤54 mg/dl	1.5 (0-5)	1 (0-1)	0.058
Urea (mg/dl)	27 (24-31)	30 (23-37)	0.114
Creatinina (mg/dl)	0.74 (0.70-0.81)	0.78 (0.68-0.82)	0.261
Depuración de creatinina (ml/min/1.73m²)	111 (101-129)	108 (96-118)	0.838
Triglicéridos (mg/dl)	132 (76-213)	125 (107-173)	0.646
Colesterol (mg/dl)	152 (125-200)	161 (137-199)	0.838
Colesterol-LDL (mg/dl)	79 (47-118)	80 (60-111)	0.575
Colesterol-HDL (mg/dl)	57 (43-63)	53 (45-59)	0.878
TA sistólica (mmHg)	110 (100-120)	111 (104-117)	0.859
TA diastólica (mmHg)	70 (70-80)	75 (69-82)	0.905

 # 23

Título: EFFICACY, EFFECTIVENESS AND SAFETY OF NASAL GLUCAGON AS A RESCUE THERAPY FOR SEVERE HYPOGLYCAEMIA IN ADULTS WITH TYPE 1 DIABETES

Autor principal: Dr. Oded Stempa

Email autor principal: stempa_blumenfeld_oded@lilly.com

Autores: Elemer Balogh, Jesus Reviriego, Alina Jiletcovici, Vivian Thuyanh Thieu

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Background: Injectable glucagon is one of the therapeutic options for severe hypoglycaemia which involves prior reconstitution. Nasal glucagon (NG), containing 3mg of glucagon dry powder absorbed through the nasal mucosa, is a ready-to-use drug-device combination. NG is under development to treat severe hypoglycaemia in adults, children and adolescents with diabetes. Objectives: This abstract presents the efficacy, effectiveness and safety of NG in adults with Type 1 diabetes (T1D). Materials and Methods: The randomised non-inferiority trial compared NG with injectable glucagon administered intramuscularly (IMG) for treatment of insulin-induced hypoglycaemia. The real-world use study evaluated the effectiveness and tolerability of NG 3mg to treat moderate/severe hypoglycaemic events (HEs). Results: In the randomised trial, NG 3mg was non-inferior to IMG in treating insulin-induced hypoglycaemia (98.7% versus 100%; difference: 1.3%, upper end of 1-sided 97.5% CI: 4.0%). NG 3mg was effective in a real-world setting in treating moderate/severe hypoglycaemia in adults with T1D, resolving 96.2% HEs including moderate and severe hypoglycaemia. Importantly, all 12 severe HEs resolved, and participants regained consciousness, stopped convulsions or achieved normalcy within 15 minutes of administration, as assessed by caregivers. NG and IMG showed consistent safety profiles for nausea and vomiting. Headache and nasal symptoms occurred more frequently with NG versus IMG, but most symptoms were transient. Conclusions: NG appears to be an efficacious and well tolerated ready-to-use nasal dry powder with potential to substantially ease severe hypoglycaemia rescue treatment in adults with T1D. It may also expand the community of people who could quickly render aid in a rescue situation.

 # 24

Título: ADENOMA PARATIROIDEO EN MEDIASTINO, UNA LOCALIZACIÓN POCO COMÚN

Autor principal: Dra. Yahidee Masiel Belen Tamariz

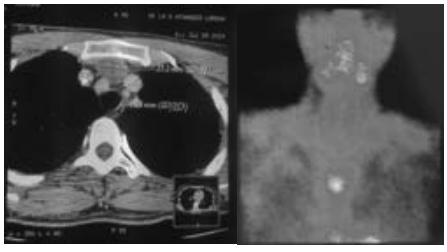
Email autor principal: yahidee_belen@hotmail.com

Autores: Garcia Contreras, Aldo Ivan. Chavez Mejia, Julio Cesar. Aguilar Maciel, Sandra Haide

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

Antecedentes: Se define la hipercalcemia como concentraciones de calcio sérico superiores al límite superior de los valores de referencia (8,8-10,2 mg/dl). Es un trastorno relativamente común, detectándose en el 0,05-0,6% de la población general, y en el 0,6-3,6% de los enfermos hospitalizados. El 90% de los casos de hipercalcemia tienen lugar en el contexto de un hiperparatiroidismo primario (HPP). En el primer abordaje de la hipercalcemia es preciso con- siderar si se trata de un trastorno dependiente o no de la parathormona (PTH) puesto que existen otras causas de hipercalcemia no dependiente de PTH ni de enfermedad maligna.1 Caso Clínico:Femenina de 44 años con carga genética: Cancer renal, colon, Cervicouterino, pulmonar, Hipertensión Arterial Sistemica. Antecedentes: alérgica Vitamina B12, felananina, chocolate discopatía lumbar, Síndrome intestino irritable, tabaquismo IT:3.6. Ingresó al servicio de urgencias ya que desde hace 3 meses con hiporexia, nausea y vomito postpandrial, distensión y dolor abdominal 4/10 exacerbándose a la ingesta de alimentos, sin atenuantes, se agrega pirosis, dispepsia y disgeusia de forma intermitente, además de palpitaciones que se presentan de forma súbita y ocasional. Al interrogatorio: Refiere pérdida de 4kg en 3 meses de forma no intensionada, parestesias en miembros pélvicos, habito intestinal con evacuaciones cada 3-4 días de forma habitual, Resto interrogado y negado. Laboratorios: Na137 K3.45 Cl106 Ca17.9 CAc 17.9 P1.76 Mg1.7 TGP12.1 TGO11.5 GGT11.7 DHL107 GLU179 BUN13.1 U28.2 Cr1.21 PTH1529 TP15.9 INR1.1 COL137 FA 112 ALB 3.84 BT0.56 T4L1.09 TSH0.39. TAC de tórax y gammagrafía: Glándula tiroides con datos de ligero bocio difuso. Datos sugestivos de adenoma paratiroideo ectópico a nivel de mediastino superior. Tomografia torax: Nodulo ovoideo, lobulado, localizado en mediastino superior de dimensiones 50x25x18 mm en sus ejes máximos, sugiere la presencia de adenoma mediastínico, sin adenopatías mediastinales. Conclusiones La hipercalcemia es una entidad común entre los pacientes ambulatorios y hospitalizados, el cuadro clínico es incidioso y diverso por lo que los estudios de laboratorio y gabinete son útiles para descartar o diagnosticar patologías. En nuestra paciente se realizaron multiles estudios donde se identificó un adenoma patatiroideo en región mediastinal, la cual como tratamiento se realizó reseccion quirugica. Bibliografia: A. Muñóz Grcha et al, (2016). Alteraciones del metabolismo fosfocálcico. Hipercalcemia. Hiperparatiroidismo. Medicine. 2016;12(16):893-9 Patrick Reagan et al. (2014) Approach to Diagnosis and Treatment of Hypercalcemia in Patient with Malignancy. Am J Kidney Dis 2014:63(1): 141-147.



 # 25

Título: Hiperparatirodismo secundario a litio, manifestado por lesión renal aguda y pancreatitis. Reporte de un caso.

Autor principal: Dra. Ana Lucía Cabrera López

Email autor principal: ana_ca_lo@hotmail.com

Autores: Cabrera-López, Ana Lucía (Arredondo-Aguilera, Víctor Manuel)

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

INTRODUCCIÓN. El litio es un potente agente antidepresivo que ha sido altamente efectivo en el tratamiento en el tratamiento del trastorno bipolar desde 1949. El hiperparatiroidismo asociado a consumo de litio fue descrito por primera vez en 1973, reportándose hasta la fecha aproximadamente 50 casos, pero muchas cuestiones siguen siendo poco claras con respecto a esta condición. Es un cuadro más frecuente en mujeres que en hombres (3:1), aunque todavía no hay consenso sobre la incidencia global y los mecanismos que inducen la disfunción paratiroidea. Su curso suele ser asintomático, pero puede manifestarse con debilidad, fatiga, constipación, nefrolitiasis, dolor óseo, dolor abdominal y síntomas de la esfera mental tales como paranoia, alucinaciones, depresión, desorientación y confusión. CASO CLÍNICO. Paciente femenino de 46 años de edad con antecedentes de relevancia de trastorno bipolar tipo II de 28 años de diagnóstico en tratamiento con carbonato de litio 300 mg cada 8 hrs y valproato de magnesio 200 mg cada 8 hrs, acude a revisión médica debido a letargo y confusión, acompañado de dolor abdominal difuso tipo transfictivo de intensidad 7/10 en la Escala Numérico Análoga (ENA), exacerbado de tres meses de evolución; además de estreñimiento crónico con dificultad para las evacuaciones. Durante el internamiento se realizan los siguientes estudios de laboratorio y gabinete:

FECHA 04.10.2017 11.10.2017 20.12.2017 21.12.2017 31.01.2018 02.02.2018 06.02.2018
13.02.2018 Albúmina (g/dl) 2.5 2.6 3.1 3.1 3.6 3.5 Ca+ no corregido
(mg/dl) 12.8 11.6 9.4 10.9 10.8 11.2 11.1 11.2 P+ (mg/dl) 10.6 4.5 5.4
4.8 2.6 2.2 Mg+ (mg/dl) 3.1 2.6 1.8 1.7 1.8 2 Urea (mg/dl)
183 138 24 22 27 26 Cr (mg/dl) 5.9 3.1 1.2 1.1 1.1
1.1 FECHA 29.07.2017 11.10.2017 28.12.2017 16.04.2018 PTH (pgr/ml) 74.6 163
250 84.20 Índice Ca+/Cr urinario = 0.24 Cr urinario = 64.9 mg/dl Depuración de Cr orina = 17.45 ml/min
FECHA 22.12.2017 26.01.2018 Ca+ urinario (mg/día) 15.6 235.6 FECHA 20.12.2017 Amilasa 309
Lipasa 1620 US renal: nefrocalcinosis bilateral con hidronefrosis en riñón derecho y nefrolitiasis renal ipsilateral; además en US de hígado y vías biliares se encuentra colecistisis crónica litiásica. Gammagrama. Se presentará en el cartel. CONCLUSIONES. El hiperparatiroidismo secundario a litio es un diagnóstico poco común (4.3% de los usuarios crónicos de litio). Es de llamar la atención el hallazgo de un hiperparatiroidismo con manifestaciones clínicas claras debido a que en los últimos años el diagnóstico y sospecha de hiperparatiroidismo se realiza mediante laboratorio, finalmente es aún más extraño el hallazgo de pancreatitis asociada a hiperparatiroidismo. BIBLIOGRAFÍA 1. Szalat Auryan, Mazeh Haggi, et al. Lithium-associated hyperparathyroidism: report of four cases and review of the literature. European Journal of Endocrinology (2009) 160 317-323 2.Hernández Zaira, Mancillas Leonardo, et al. Hiperparatiroidismo primario asociado con el uso de litio. Revis





 # 26

Título: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO DE HIPERPARATIROIDISMO POR ADENOMA VS CARCINOMA

Autor principal: Dra. Arlette Enríquez Román

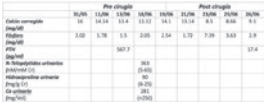
Email autor principal: dra_ulloa@yahoo.com.mx

Autores: García Ulloa Cristina Díaz Pineda Michelle López García Yadith Karina Ríos Olais Fausto Alfredo Hernández Gaytán Cristian Axel

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

ANTECEDENTES: Mujer de 63 años, con hipertensión arterial (2009), condrocalcinosis en ambas rodillas (2014), urolitiasis cálcica no obstructiva (2017) y quiste calcificado derecho (2017). OBJETIVO: Presentar un caso clínico de hiperparatiroidismo por adenoma vs carcinoma. MATERIAL Y MÉTODOS: Acudió a consulta el 11.06.19, pero fue referida a urgencias por presentar Ca 16mg/dl. Se encontró estable y asintomática. En el abordaje se encontró Ca corregido 14.7mg/dl, P 1.78mg/dl, Mg 1.38mg/dl, vitamina D (VD) 17.7ng/ml y FA 186U/L, leu 3.3x103, plaquetas 94K/uL y Hb 11.9gr/dL. El EKG mostró QTc 364ms. Inició hidratación con solución salina y furosemide, logrando gasto urinario de 1.4ml/kg/h. RESULTADOS: En hospitalización se mantuvo hidratación y reposición de VD. Por la pancitopenia se tomó hierro, ácido fólico y vitamina B12, todos normales; frotis de sangre periférica normal; perfil viral, negativo. A la exploración física se encontró tumor en lóbulo tiroideo (LT) derecho, móvil, ahulado, no doloroso, de 1x1cm. El USG de cuello reportó imagen oval hipoecoica de 3.2x1.4x2.8cm. En polo inferior del LT derecho se observaron calcificaciones gruesas con sombra sónica e incremento en la vascularidad; LT izquierdo con nódulo hipoecoico, mixto, 1cm en su eje mayor con vascularidad central, adyacente a nódulos puntiformes de 9mm sin vascularidad; sin adenopatías. La PTH fue de 567pg/ml, marcadores de recambio óseo elevados, PFT y anticuerpos negativos (tabla 1). Se realizó densitometría ósea de antebrazo que reportó T score -3.6. El gamagrama de paratiroides con sestamibi mostró probable nódulo tiroideo vs. adenoma paratiroideo derecho. La BAAF del nódulo tiroideo izquierdo fue Bethesda 3. Se realizó tiroidectomía total y resección del adenoma paratiroideo derecho. El reporte histopatológico (RHP) fue adenoma paratiroideo de 3.2x2cm, 9gr, cápsula sin invasión linfovascular ni perineural, Ki67 1%. En tiroides el RHP fue hiperplasia nodular, con tejido fibroadiposo. En el posoperatorio presentó síntomas de hipocalcemia sin cambios en EKG; se inició infusión de calcio y sustitución vía oral. La infusión se suspendió a las 24 horas. Posterior a la cirugía, mejoraron los parámetros bioquímicos, incluyendo la biometría hemática (tabla 2). CONCLUSIÓN: Este caso ejemplifica la dificultad para diferenciar algunos casos de tumores paratiroideos benignos de su contraparte maligna. Los datos que orientan a carcinoma son nódulos palpables, niveles altos de Ca (>14mg/dl) y PTH. Nuestra paciente presentó datos clínicos, de imagen y bioquímicos sugerentes de carcinoma, así como múltiples calcificaciones a otros niveles. Sin embargo, el RHP final fue de adenoma paratiroideo sin crecimiento invasivo. La presentación clínica de los adenomas y carcinomas de paratiroides puede sobreponerse (ambos cursan con nefrolitiasis, osteopenia/osteoporosis, etc). Sin embargo, los adenomas pueden presentarse asintomáticos hasta 40-60%, mientras los carcinomas tienen cuadros más severos.



	Pre cirugía				Post cirugía			
	11/05	11/06	13/06	18/06	21/06	24/06	26/06	24/07
Leucocitos (x 10³)	3.8	3.3	4	3.7	3.2	4.2	2.9	4.2
Hemoglobina (g/dl)	13.3	11.9	12.2	12.3	11	10.2	12.3	13.6
Plaquetas (K/uL)	110	94	100	126	145	111	130	117

 # 27

PREVALENCIA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO Y EMBARAZO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Ana Pamela Garrido M*., Diana Molina G.* (Victoria Mendoza Z), Lourdes Balcázar H, Guadalupe Vargas O, Baldomero González V., Aldo Ferreira Hermosillo

Introducción. El hiperparatiroidismo primario (HPTP) y embarazo es poco frecuente. Los cambios fisiológicos del embarazo pueden enmascarar la sintomatología y la hipercalcemia. Los síntomas frecuentes son: hiperémesis, nefrolitiasis pancreatitis y crisis hipercalcémica. Sin tratamiento retrasa el desarrollo fetal, produce parto prematuro y muerte neonatal. La hipercalcemia suprime la PTH (paratohormona) fetal y predispone a hipocalcemia.

Objetivo: Presentar la prevalencia, diagnóstico y tratamiento del HPTP y embarazo en los últimos 5 años en el HECMN S XXI.

Material y métodos.

Se identificaron 220 casos de HPTP, 2 con embarazo (0.9%).

Caso 1. Mujer de 31 años con embarazo de 23 sem. Sin historia de hipercalcemia familiar o tumores endocrinos. Acudió por nausea, pirosis y dolor óseo. A la E.F. peso de 60 kg, talla 1.56 m, TA 120/70, FC 80 X', T° 36.5. E.F. Sin datos relevantes. Ca 11.2 mg/dl, P 2.2 mg/dl, PTHi 177 pg/ml, 25-OH-D3 12 ng/ml, U.S. nódulo hipoecoico vascularizado 31x17x12 mm en polo inferior izquierdo de la tiroides. Se realizó paratiroidectomia. Cursó con síndrome de hueso hambriento, recibió sustitución con calcio y vitamina D durante 3 meses. Sin incidentes hasta el momento del parto. La R. N. APGAR de 9, peso, talla y Ca sérico normal.

Caso 2. Mujer de 29 años con embarazo de 25 sem. Ingresa por litiasis renal recurrente de 5 años de evolución, pirosis y dolores óseos. Sin antecedentes familiares de hipercalcemia familiar u otros tumores endocrinos. EF. TA 110/70, FC 108X', FR 20X', Peso 53.5 Kg Talla 1.65 m, T° 36,7. Ca 12 mg/dl, P 2.0 mg/dl, Mg 1 mEq/L , 25OHD3 16 ng/ml, U. S. nódulo hipoecoico vascularizado de 29x28 mm en el polo inferior izquierdo de la tiroides. Se realizó paratiroidectomía, presentó síndrome de hueso hambriento, requirió sustitución con Ca, Mg y vitamina D. A las 39 semanas se realizó cesárea, producto APGAR 10 sin hipocalcemia.

Conclusión: El tratamiento del HPTP durante el embarazo es quirúrgico, previene la morbilidad y mortalidad materno fetal. La cirugía es efectiva y segura en el segundo trimestre del embarazo.

 # 28

Título: ADENOMA PARATIROIDEO SESTAMIBI NEGATIVO, REPORTE DE CASO

Autor principal: Dr. Gustavo Adolfo Herrera Mamani

Email autor principal: adolfgust@gmail.com

Autores: Medrano-De Ávila Carolina, Ayala-Villarreal José Gerardo. Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" U.A.N.L., Monterrey N.L., México

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

ADENOMA PARATIROIDEO SESTAMIBI NEGATIVO, REPORTE DE CASO Herrera-Mamani Gustavo Adolfo, Medrano-De Ávila Carolina, Ayala-Villarreal José Gerardo. Introducción: Los adenomas paratiroideos son la causa más común de hiperparatiroidismo primario. Aproximadamente el 90% son esporádicos y se presentan como adenoma único, en el resto de los casos suelen tener una presentación poliglandular y se asocian a enfermedades endocrinas hereditarias, de un 6 a 22% conforman glándulas ectópicas, aproximadamente el 60% son dependientes de las glándulas paratiroides inferiores y el 40% de las superiores. Objetivo: Reportar un caso de un adenoma paratiroideo atípico sestamibi negativo con síntomas gastrointestinales. Exposición del caso: Mujer de 38 años que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal, en epigastrio, con intensidad 10/10, acompañado de diaforesis y náusea. La paciente cuenta con antecedente de enfermedad ulcero-péptica hace un año, tratada con omeprazol 20 mg VO por razón necesaria y trastorno de ansiedad sin tratamiento. Al examen físico destaca dolor a la palpación en epigastrio. Laboratorios iniciales reportan calcio sérico de 13.3mg/dL, albúmina de 3.4mg/dl, fósforo de 2.6mg/dL. Se inicia abordaje para hipercalcemia encontrando una hormona paratiroidea (PTH) elevada en 163.2 pg/ml (valores normales de 15-65 pg/mL), una 25-hidroxivitamina D3 disminuida de 10.2 ng/ml (rango de deficiencia <20 ng/mL) y calcio en orina de 24 horas aumentado en 1224 mg/24hrs (valor normal de 100-300 mg/24hrs). Resultados. Se integra diagnóstico de hiperparatiroidismo primario con deficiencia concomitante de vitamina D. Se solicita gamagrama con Sestamibi el cual se reporta negativo para la demostración de adenomas paratiroideos hiperfuncionantes Fig 1, ultrasonido de cuello concluye adenoma de paratiroides, TAC cuello 4D compatible con adenoma de paratiroides Fig.2 La paciente es intervenida quirúrgicamente concluyéndose por estudio histopatológico en adenoma paratiroideo. En controles analíticos posteriores las cifras de calcio sérico y PTH se normalizaron. Conclusiones: El diagnóstico de hiperparatiroidismo primario debe hacerse en función de los hallazgos bioquímicos. Los estudios de imagen no se utilizan como herramienta de diagnóstico debido a las altas tasas de falsos positivos, que pueden variar del 5 al 25 %. Se han descrito falsos negativos en 5,7-14% de los gamagramas paratiroideos, se relaciona principalmente con adenomas pequeños y por la estructura celular de la glándula paratiroidea anormal. En nuestro caso, la imagen tomográfica permitió un diagnóstico topográfico preoperatorio. Bibliografía Aydin C Polat SB Dellal FD Kaya C Dogan HT Turkolmez S Kilic M Ersoy R Cakir B. El valor diagnóstico del lavado de la hormona paratiroidea en pacientes con hiperparatiroidismo primario con resultados negativos o equívocos de 99mTc-MIBI. Citopatología de diagnóstico 2019 47 94-99.

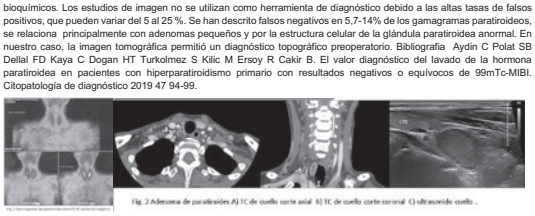


Fig. 2 Adenoma de paratiroides A) TC de cuello corte axial B) TC de cuello corte coronal C) ultrasonido cuello .

 # 29

Título: CÁNCER DE PARATIROIDES, SUPERVIVENCIA Y TRATAMIENTO DE HIPERCALCEMIA.

Autor principal: Dra. Norma Alicia Ramírez Pérez

Email autor principal: alison_ram@hotmail.com

Autores: Balderrama-Soto Adriana, Vergara-López Alma

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

Antecedentes. El carcinoma de paratiroides (CP) es la causa del 1-4% de hiperparatiroidismo primario (HP) y representa menos del 1% de los casos de cáncer en el mundo. Se caracteriza por invasión local, metástasis a distancia y recurrencias tempranas. La quimioterapia y radioterapia no son efectivos. Las recurrencias pueden presentarse 2-4 años después de la primera cirugía y tiene una supervivencia de 5-6 años después del diagnóstico. Los calcimiméticos, denosumab (Dab) y bifosfonatos intravenosos (IV) son útiles para el control de la hipercalcemia. Respecto al tratamiento de la hipercalcemia maligna, se observa normalización de CaS en el 88% de pacientes que reciben ácido zoledrónico (AZ), en 65% de los tratados con Dab y en 50% con cinacalcet (CC), este último además reduce PTH. Objetivo. Evaluar el tratamiento con AZ, Dab y CC en CP. Caso clínico. Mujer de 53 años con antecedente de litiasis renal en 2005 y 2006. Inicia en 1996 con estreñimiento, náuseas, hiporexia, polidipsia, fatiga y mareo. En 2006: CaS 13.6mg/dl, fósforo(P) 2.08mg/dl, PTH 1200pg/ml, gammagrama con adenoma paratiroideo inferior derecho, se diagnosticó HP. Se realizó hemitiroidectomía con paratiroidectomía derecha, con reporte histopatológico (RHP) de adenoma paratiroideo. Ocho meses después con estreñimiento, polidipsia, náuseas y CaS 13.3mg/dl, P 2.4mg/dl, PTH 838.48pg/ml, se realizó disección ganglionar de cuello con RHP de CP. Posterior a la cirugía con CaS 14.6mg/dl, por lo que se inicia AZ, con nadir de 8.3 mg/dl a los 4 días (Fig. 1). Debido a calcio elevado persistente se administró AZ en 16 ocasiones de 2009-2013. En 2010 recibió tratamiento con radioterapia. De 2013-2017, con CaS de 10-10.6 mg/dl sin tratamiento farmacológico. En 2017 con elevación CaS de 12.8mg/dl, se inicia con CC 30mg, a los 3 días tuvo CaS de 10.1mg/dl y se incrementa progresivamente hasta 90mg. Durante 2 años con CC, presentó CaS de 10.1 (Fig. 2). Perdió seguimiento durante 2 años. En mayo 2019, con poliuria, polidipsia y deshidratación, CaS 14.1 mg/dl, P 2.36 mg/dl, PTH 409 pg/ml Se inicia hidratación IV y Dab 120 mg subcutáneo, con nadir a los 2 días de 11.9 mg/dl (Fig. 1). Se realiza PET mayo 2019, sin evidencia actividad metabólica. Conclusiones. El CP se caracteriza por su baja supervivencia, alta recurrencia y pobre respuesta al tratamiento. En este caso se observa la respuesta al tratamiento con AZ, CC y Dab. Con AZ, la mayor reducción de CaS fue 3 días después de su administración; con Dab los niveles más bajos de CaS se presentaron 2 días después. El uso de CC es una opción para el tratamiento de mantenimiento; durante los 2 años que se administró, se evitó el desarrollo de crisis hipercalcémicas. Bibliografía. Pei Hsu et.al. Refractory hipercalcemia due to hyperparathyroidism in a patient with metastatic parathyroid carcinoma. Journal of Cancer Research and Practice, 5 (2018)



Fig. 1. Se comparan niveles de calcio sérico tras la administración ácido zoledrónico y de Denosumab 120 mg, durante el primer mes de tratamiento.

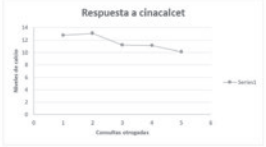


Fig. 2. Niveles de calcio tras el tratamiento con Cinacalcet durante 2 años.

 # 30

Título: SINDROME DE MAFFUCCI ASOCIADO A TUMOR OVÁRICO DE LA GRANULOSA

Autor principal: Dr. Mario Morales Esponda

Email autor principal: m_ms26@hotmail.com

Autores: Morales Esponda Mario Esponda, De Los Santos Aguilar Ramón Guillermo, Reza Albarrán Alfredo Adolfo. Departamento de Endocrinología y Metabolismo. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México, México.

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

Antecedentes: El síndrome de Maffucci se caracteriza por la presencia de múltiples encondromas y hemangiomas cutáneos. Su forma de herencia es esporádica, se desconoce el gen causante de la enfermedad. Actualmente se han descrito menos de 200 casos. Se presenta un caso de Síndrome de Maffuci asociado a tumor ovárico de células de granulosa. Objetivo: Presentar un caso de Síndrome de Maffucci asociado a tumor ovárico. Presentación del caso. Mujer de 23 años, originaria de Hidalgo. Producto de la tercera gestación, sin control prenatal; nació a término por parto eutócico, llanto y respiración espontáneos, con peso bajo al nacer (1,600 g). Retraso en la adquisición de hitos del desarrollo; manifestado por sostén cefálico al 9no mes, bisílabos a los 18 meses, marcha a los 3 años y control de esfínteres a los 3-4 años. Menarca a los 16 años, ciclos menstruales irregulares. Núbil. Inicio en el 2003 con aumento de volumen y lesiones en tejidos blandos en extremidades superiores e inferiores y región torácica, de consistencia blanda, color rojo. En el examen físico se encontró con estatura por debajo del percentil 50 para la edad y género, deformidad de extremidades superiores y lesiones vasculares de partes blandas. Además de múltiples deformidades en huesos largos, por lo que se integró diagnóstico de Síndrome de Maffucci. En julio de 2004, se realizó resección de malformaciones vasculares de ambas manos con reporte histopatológico de hemangiomas cavernosos. En diciembre de 2009, se detectó durante la exploración física una masa abdominopélvica. En diciembre de 2009 se sometió a laparotomía, encontrándose tumor dependiente de ovario izquierdo y 2 quistes paratubáricos derechos. El reporte de patología fue: Tumor de células de la granulosa quístico. Se realizaron múltiples estudios de imagen evidenciando lesiones óseas compatibles con encondromas y malformaciones venosas en tejidos blandos de forma generalizada secundarios a enfermedad conocida. Desde entonces ha continuado su seguimiento en Clínica de Metabolismo óseo y Mineral; no ha presentado datos clínicos ni radiológicos de recidiva tumoral ni de neoplasia a otro nivel. Discusión: El síndrome de Maffucci es una enfermedad extremadamente rara con menos de 200 casos reportados caracterizado por endocondromas múltiples asociados a hemangiomas de tejidos blandos. Este síndrome es un trastorno esporádico que ocurre solo en pacientes aislados y no tiene transmisión familiar. Se ha asociado a una mayor prevalencia de neoplasias en diferentes órganos, los mas frecuentemente reportados son adenocarcinoma pancreático y hepático, tumores de ovario mesenquimatosos, gliomas y los astrocitomas cerebrales y muchos tipos de sarcomas. Solo existen 5 casos reportados de Síndrome de Maffucci asociados a tumoraciones ováricas, de los cuales 2 casos eran derivados de célula de la granulosa. No existe seguimiento establecido de esta enfermedad.

 # 31

Título: "Síndrome de Hueso Hambriento posterior a paratiroidectomía total en pacientes con hiperparatiroidismo secundario a enfermedad renal crónica en tratamiento de sustitución renal del Hospital de Especialidades de Centro Médico Nacional de Occidente"

Autor principal: Dra. Lidia Ivonne Moreno Rodríguez

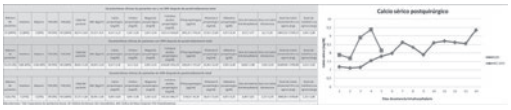
Email autor principal: ivonne.moro@gmail.com

Autores: Gutiérrez Vallejo Miguel. Muñoz Magallanes Ma Tereza. Escalante Pulido Jesús Miguel. Espinel Bermudez María Claudia. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO).

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

ANTECEDENTES: El hiperparatiroidismo secundario (HPTs) es una entidad común en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Cuando la paratohormona (PTH) persiste >800 pg/ml durante >6 meses refractaria a farmacoterapia se debe considerar paratiroidectomía total (PTT). El síndrome del hueso hambriento (SHH), ocurre hasta en el 95% de pacientes sometidos a PTT. La hipocalcemia severa desencadenada requiere altas dosis de calcio y vitamina D. Estudios previos han estudiado los factores predictores para SHH: Yang y colaboradores (2018) encontraron como predictores independientes calcio sérico preoperatorio bajo y fosfatasa alcalina (FA) sérica preoperatoria alta (1). Latus y colaboradores (2013) informaron que pacientes jóvenes y con calcio preoperatorio bajo tenían mayor riesgo (2). OBJETIVO: Describir factores de riesgo para SHH posterior a PTT en pacientes con HPTs a ERC en tratamiento de sustitución renal (TSR) de CMNO en el 2017. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Se incluyeron 15 pacientes con HPTs a ERC en TSR sometidos a PTT del Hospital de Especialidades, CMNO, del 1 de enero al 31 de diciembre de 2017. Las variables dimensionales se expresaron mediante promedio ± desviación estándar y las variables nominales mediante números y porcentajes. El análisis estadístico se realizó con la prueba Chi-cuadrada si fueron variables cualitativas o prueba T de Student para variables cuantitativas. Se tomó en cuenta una significancia (p) ≤ 0.05. RESULTADOS: Características generales de los pacientes: 12 (80%) eran hombres, con edad media de 28,53±4,83 años; 15 (100%) en hemodiálisis. Se dividieron en 2 grupos: pacientes con y sin SHH. 11 (73.3%) cumplieron con criterios para SHH, que comparando con el grupo sin SHH, presentaban mayores niveles de FA prequirúrgica (1326,09±952,35 vs 543,50±606,73), mayores niveles de PTH prequirúrgica (2292,87±771,67 vs 1536,8 ± 76,29), vitamina D insuficiente (25,46±12,47 vs. 34,67±13,02), más días de estancia intrahospitalaria (10,82±3,48 vs 6.00±1,82), más días con calcio IV (7,64±2,54 vs. 2,25±1,70) y mayor dosis de calcio elemental (mg) a su egreso (16109,09±3790,89 vs 8400±6349,80). La elevación de PTH e insuficiencia de vitamina D prequirúrgicas fueron los únicos factores predictivos con significancia estadística para SHH (p <0,009 y p <0,04 respectivamente). CONCLUSIÓN: En nuestra población se observó que concentraciones elevadas de PTH e insuficientes de vitamina D prequirúrgicas se relacionan con SHH en pacientes con HPTs a ERC posterior a PTT. BIBLIOGRAFÍA: (1) Yang G, et al. (2018). Hypocalcemia-based prediction of hungry bone syndrome after parathyroidectomy in hemodialysis patients with refractory secondary hyperparathyroidism. Journal of International Medical Research, 46(12), 4985-4994. (2) Latus J, et al. (2013). Incidence of and risk factors for hungry bone syndrome in 84 patients with secondary hyperparathyroidism. Int J Nephrol Renovasc Dis, 6, 131–137



 # 32

Título: FIBRODISPLASIA OSIFICANTE PROGRESIVA: REPORTE DE DOS CASOS

Autor principal: Dra. María de los Ángeles Guerrero Durán

Email autor principal: mguerrerod@hotmail.com

Autores: De los Santos Aguilar Ramón Guillermo, Reza Albarrán Alfredo Adolfo.

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

Introducción La osificación heterotópica es una condición patológica donde se forma hueso de tejidos extra esqueléticos. Puede ser causado por inducción inapropiada de programas de formación ósea y ocurre tanto de manera hereditaria como adquirida, sobre todo en condiciones de trauma severo. Caso 1. Mujer de 33 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares relevantes, que inicio su padecimiento actual al nacimiento con hallux valgus congénito. A los 6 meses de edad evolucionó con aumento de volumen en región axilar y columna dorsal, de consistencia dura, mal delimitados y doloroso, además de aumento de volumen en región cervical posterior a expensas de masa paravertebral que producía limitación del movimiento. Se realizó radiografía de extremidades y cuello en la cual se documentaron datos de calcificación heterotópica a nivel de tejidos blandos. No presenta alteraciones en resultados de exámenes de laboratorio incluyendo perfil óseo metabólico. Caso 2. Hombre de 27 años de edad sin antecedentes familiares de importancia, que al nacimiento se identificó acortamiento de dedos en manos y pies. A los 6 años de edad presentó traumatismo a nivel escapular derecho, posterior a lo cual presentó tumoración de 3 cm, de consistencia dura; 2 meses después presentó aumento de volumen y anquilosis en región cervical secundario a traumatismo. A los 7 años de edad presentó limitación de la apertura oral por anquilosis de la articulación temporomandibular. Resultado histopatológico de biopsia muscular en ambos casos compatible con fibrodisplasia osificante progresiva. Discusión : La fibrodisplasia osificante progresiva es una enfermedad poco frecuente que se caracteriza por osificación heterotópica progresiva dentro del tejido conectivo como músculo esquelético, tendones, ligamentos, fascia y aponeurosis, así como malformaciones esqueléticas. Afecta aproximadamente a 1 en 2 millones de individuos y existen solo 700 casos reportados a nivel mundial. Se asocia con episodios dolorosos recurrentes de edema de tejido blando en "brotes" que pueden ser espontáneos o secundarios a trauma con osificación subsecuente, los cuales se asocian a disminución en la funcionalidad del paciente.



 # 33

Título: CRISIS HIPERCALCEMICA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Autor principal: Dra. DENISSE OLIVA VÉLIZ FIGUEROA

Email autor principal: denissevelizf@gmail.com

Autores: DR CÉSAR ÁRIAS RUIZ. RESIDENTE- ISSSTE- HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LÓPEZ MATEOS. DR ALFREDO NAVA DE LA VEGA. ENDOCRINOLOGÍA- ISSSTE- HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LÓPEZ MATEOS. DRA PERLA ALICIA CARRILLO GONZÁLEZ. ENDOCRINOLOGÍA- HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LÓPEZ MATEOS.

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

INTRODUCCIÓN LA CRISIS HIPERCALCÉMICA ES UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE, CON INCIDENCIA APROXIMADA DEL 6% EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO COMUNMENTE ASINTOMÁTICA; DEFINIDA COMO Ca2+ >14mg/dl Y DISFUNCIÓN MULTIORGÁNICA. EL DIAGNÓSTICO SE ESTABLECE CON Ca2+ Y PTH, QUIEN PRESENTA UN CUADRO COMPATIBLE TIENE ALTO RIESGO DE MUERTE SI NO SE IDENTIFICA Y TRATA; EL OBJETIVO: DISMINUIR EL CA2+, CORREGIR LA DESHIDRATACIÓN, MEJORAR LA EXCRECION RENAL DE CA2+ Y TRATAR LA CAUSA DE LA HIPERCALCEMIA DIRIGIDAMENTE. OBJETIVO EXPONER EL CASO DE UN PACIENTE QUE DEBUTÓ CON CRISIS HIPERCALCÉMICA SECUNDARIA A HIPERPARATIROIDISMO CON SU PRESENTACIÓN CLÁSICA Y MÚLTIPLES COMPLICACIONES. CASO CLINICO MUJER DE 72 AÑOS, DIABÉTICA TRATADA CON INSULINA NPH Y METFORMINA, INICIA PADECIMIENTO 1 MES PREVIO CON NAUSEA Y VOMITO ALIMENTARIO EN 3 OCASIONES SE AUTOMEDICA CON INHIBIDORES DE BOMBA DE PROTONES SIN MEJORIA, PERSISTE CON INTOLERANCIA ORAL, DOLOR ABDOMINAL, ASTENIA, ADINAMIA E HIPOREXIA, 1 SEMANA PREVIA PRESENTA CONSTIPACIÓN Y DESORIENTACIÓN EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA; ACUDE A VALORACIÓN SE DOCUMENTA HIPOCALEMIA DE 2.9mg/dl, Na+ 147mg/dl, Ca2+ DE 15mg/dl, BACTERIURIA Y LEUCOCITURIA; INICIA MANEJO ANTIBIOTICO Y SOLUCIONES POR DESHIDRATACION SEVERA, E INGRESA A MEDICINA INTERNA CON DELIRIUM HIPERACTIVO; SE DOCUMENTA VALOR MÁXIMO DE CA2+ 18.48mg/dl, SOLICITANDO PTH DE 1,578pg/ml, TSH 1.32mUI/ml, T4 LIBRE 1.16ng/dl, Na+ 157mmol/L, K+ 2.42mmol/L, Cl- 115mm/L, Glucosa 161mg/dl, Creatinina 1.14mg/dl, BUN 16mg/dl, ELECTROCARDIOGRAMA NORMAL, ALTERACION PERSISTENTE DEL ESTADO MENTAL: AGITACIÓN Y SOMNOLENCIA, INICIA DIURETICO Y SOLUCIONES SIN REDUCCIÓN DE Ca2+, SE AGREGA DOSIS UNICA DE ACIDO ZOLEDRONICO. PRESENTA POLIURIA CON 5L/24hrs ASOCIADO A Na+ DE 159mg/dl, SE REALIZA PRUEBA TERAPEÚTICA CON DESMOPRESINA SIN RESPUESTA, CONSIDERANDO DIABETES INSÍPIDA NEFROGÉNICA MANEJADA CON SOLUCIONES AL MEDIO MOLAR Y DIURÉTICO (HIDROCLOROTIAZIDA), EN EL ABORDAJE SE SOLICITA USG TIROIDEO DOCUMENTANDOSE NODULO TIROIDEO E HIPERPLASIA NODULAR Y SE REALIZA GAMMAGRAMA PARATIROIDEO CON MIBI-TC99M, REPORTA HIPERCAPTACION DE LOBULO TIROIDEO IZQUIERDO; CORREGIDOS LOS ELECTROLITOS SE DOCUMENTA: Na+ 136mg/dl, K+ 3.3mg/dl, Cl- 106.1mg/dl, BUN 8mg/dl, Creatinina 1.33mg/dl, Ca2+ 7.39mg/dl, SE REALIZA TIROIDECTOMIA TOTAL POR ONCOLOGÍA QUIRÚRGICA, SIN LOGRAR TRANSOPERATORIO, CON REPORTE DE ADENOMA PARATIROIDEO BENIGNO, EL GAMMAGRAMA DE CONTROL REPORTA TEJIDO PARATIROIDEO IZQUIERDO RESIDUAL CON PTH EN 344pg/ml MANTENIENDOSE EN SEGUIMIENTO. CONCLUSIONES SE PRESENTA EL CASO DEBIDO A LA BAJA INCIDENCIA DE ESTAS MANIFESTACIONES CON CUADRO GASTROINTESTINAL Y NEUROLÓGICO INICIAL, YA QUE LA ELEVACION PATOLÓGICA DE Ca2+ SUELE CAUSAR FALLA MULTIORGANICA SEVERA, DICHO DIAGNÓSTICO PRESENTA ALTA MORTALIDAD SI NO SE IDENTIFICA. A LA PACIENTE SE LE DIO PRONTO MANEJO A LAS ALTERACIONES, UNA VEZ ESTABLE BIOQUIMICA Y HEMODINAMICAMENTE SE RESOLVIÓ LA CAUSA MEDIANTE CIRUGÍA, CONTINUANDO CON SEGUIMIENTO.

 # 34

Título: SÍNDROME DE FAHR. REPORTE DE UN CASO

Autor principal: Dr. Cristóbal Zambrano Santos

Email autor principal: cristozam_27@hotmail.com

Autores: Castillo-Castro Carolina 1 García-Hernández Pedro Alberto 1 1 Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", U.A.N.L., Monterrey N.L., México.

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

ANTECEDENTES El síndrome de Fahr o calcificación idiopática es una patología neurológica degenerativa de baja frecuencia asociada con una transmisión hereditaria de forma autosómica dominante. Fue descrita por el patólogo alemán Karl Theodor Fahr en 1930 y se caracteriza por la acumulación de depósitos de calcio en diferentes regiones cerebrales, en particular en los ganglios basales y el núcleo dentado. La etiología más frecuente asociada es el hipoparatiroidismo e hipocalcemia. OBJETIVO Describir un caso poco común de paciente con diagnóstico de síndrome de Fahr ya que existen pocas publicaciones al respecto. EXPOSICION DEL CASO Mujer de 58 años de edad con antecedentes de ataques isquémicos transitorios desde hace 5 años la cual fue transferida al departamento de urgencias por dificultad para hablar, disartria y convulsiones tónico clónicas generalizadas. El examen físico reveló la presencia de signo positivo de Trousseau. Entre las evaluaciones, las pruebas de laboratorio reportaron calcio de 3.7 mg/dL, (8.6-10.0 mg/dL), fósforo de 7.0 mg/dL, (2.5-4.5 mg/dL), magnesio 2.8mg /dL (1.7 -2.3 mg/dL), fosfatasa alcalina 55 UI/L, hormona paratiroidea (PTH) 2.72 pg/mL (10-55 pg/mL) y niveles de 25-hidroxi vitamina D 39.4 ng/mL con niveles normales de albúmina. La Figura 1 es una tomografía axial computarizada (TAC) que ilustra la calcificación de los ganglios basales. La figura 2 muestra la calcificación dentada cerebelosa. El calcio parenteral se inició con resultados clínicos favorables, y fue dada de alta asintomática con suplementos de calcio por vía oral. Actualmente se encuentra bajo seguimiento en tratamiento en tratamiento con Calcitriol 0.25mcg 1 tableta cada 8hrs y Caltrate 600+D 2 tabletas cada 8hrs sin referir nuevos episodios de convulsiones. CONCLUSIONES Actualmente no existe un tratamiento estándar para la enfermedad. Las convulsiones y los trastornos del movimiento que están relacionados con el trastorno paratiroideo se pueden resolver de manera sintomática con la corrección de los niveles de calcio y fósforo, aunque el pronóstico es variable. BIBLIOGRAFÍA 1. Shafaq S, Hafiz Muhammad A, Maheen A, Shahzad A, Maria S, Anum S, Muhammad Asim KR. Fahr's syndrome: literature review of current evidence. Orphanet Journal of Rare Diseases. 2013;8:156. 2. Abe S, Tojo K, Ichida K, Shigematsu T, Hasegawa T, Morita M, Sakai O. A rare case of idiopathic hypoparathyroidism with varied neurological manifestations. Intern Med. 1996;35(2):129–134.

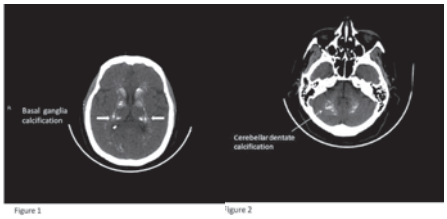


Figure 1 Figure 2

 # 35

Título: SÍNDROME DE SAGLIKER. REPORTE DE UN CASO.

Autor principal: Dr. Cristóbal Zambrano Santos

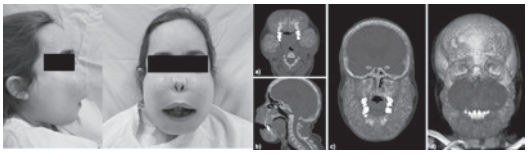
Email autor principal: cristozam_27@hotmail.com

Autores: Zambrano-Santos Cristóbal 1 Román-Montalvo Marco Antonio 1 García-Hernández Pedro Alberto 1 Garza-Báez Azalea* 2 Mercado-Flores Mariana*2 1 Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", U.A.N.L., Monterrey N.L., México. 2 Servicio de Imagen Diagnóstica, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", U.A.N.L., Monterrey N.L., México.

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

ANTECEDENTES El síndrome de Sagliker se describió por primera vez en 2004 como una combinación de hiperparatiroidismo secundario y enfermedad renal crónica. La mayoría de los pacientes que presentan este síndrome corresponden a mujeres de entre 18-40 años de edad y se caracteriza por remodelamiento óseo, talla baja y presencia de tumores pardos particularmente en región maxilar. OBJETIVO Reportar el caso de una paciente con diagnóstico de síndrome de Sagliker ya que actualmente existen pocos casos descritos en la literatura médica. EXPOSICIÓN DEL CASO Mujer de 27 años portadora de enfermedad renal crónica bajo terapia de reemplazo renal e hipertensión arterial desde hace 7 años así como hiperparatiroidismo secundario diagnosticado desde hace 2 años. Inició su padecimiento actual al presentar aumento de volumen en región maxilar y mandibular, de forma progresiva y simétrica, acompañado de dolor, limitación de apertura de la boca que compromete la masticación (Fig 1) . Se realizó determinación de hormona paratiroidea (PTH) 3367 pg/ml (15-65), niveles de 25-hidroxivitamina D 10.18 ng/ml, calcio 9 mg/dl, fósforo 5.5 mg/dl, magnesio 2.0 mg/dl, gammagrama paratiroideo 99m Tc-MIBI positivo para adenoma paratiroideo derecho y tomografía de cráneo simple en ventana ósea donde se observó expansión generalizada del hueso maxilar y mandibular a expensas de un patrón heterogéneo con áreas líticas de desmineralización, adelgazamiento de la cortical externa a interna incluyendo la región alveolar, la cual presenta reacción perióstica de tipo "rayos de sol", hallazgos correspondientes con tumores pardos (Fig 2). Posteriormente se realizó paratiroidectomía inferior derecha e izquierda con resultado histopatológico de hiperplasia paratiroidea con PTH postoperatoria inmediata de 1411pg/ml. Actualmente la paciente se encuentra bajo vigilancia en tratamiento con Calcitriol 0.25mcg 1 tableta cada 8hrs y Caltrate 600+D 2 tabletas cada 8hrs y vitamina D3 5000UI 1 tableta cada 24hrs. CONCLUSIONES El síndrome de Sagliker es una manifestación rara y severa de enfermedad renal crónica. Estos pacientes deben recibir tratamiento multidisciplinario para que se prescriba una terapia adecuada de forma inmediata y así prevenir las deformidades faciales con posibles desenlaces catastróficos.



 # 36

Título: PREVALENCIA DE DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE VALORADOS DE ENERO A JUNIO DE 2019

Autor principal: Dr. Nestor Martinez Zavala

Email autor principal: rotsen44@icloud.com

Autores: Vergara Lopez Alma, Lopez Sánchez Guillermo Nahum

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

Antecedentes. Además de las funciones de la vitamina D (VD) sobre el metabolismo mineral se le han descrito efectos antiinflamatorios, anti-proliferativos, anti-oxidativos e inmunomoduladores. Ante esta evidencia es necesario establecer la prevalencia y los factores de riesgo para presentar deficiencia de VD. En Latinoamérica existen publicaciones que sean representativas de nuestra población. Objetivo. Presentar un estudio epidemiológico descriptivo del estado sérico de VD en pacientes mexicanos de la consulta externa de endocrinología. Material y Métodos. La población que se evaluó fueron los pacientes que fueron valorados en la consulta externa en el servicio de Endocrinología del CMN 20 de Noviembre que contaban con determinación sérica de 25 hidroxi-VD y no tenían suplementación previa. Resultados. Se recolectaron datos de 117 pacientes valorados en consulta externa que cumplieron los criterios de inclusión los cuales 93 pacientes fueron mujeres (79.5%) y 24 fueron hombres (20.5%), con una media de edad de 57.8 (±16.6) años con rango de 18 a 88; peso corporal promedio de 67.51 kg con rango de 29 kg a 113 kg con un IMC medio de 27.4 (tabla 1). En cuanto a VD de los 117 pacientes el 93.2% presentaba valores alterados (n=109) de los cuales 44 pacientes presentan deficiencia (37.6%) y 36 insuficiencia de VD (30.8%). De la prevalencia de otras comorbilidades destacó la osteoporosis solo en un 45.3% seguidos por hipertensión arterial e hipotiroidismo (34.2% ambas). Conclusiones. Nuestro estudio encontró una incidencia muy alta de deficiencia e insuficiencia de VD en contraste con la reportada en otros estudios epidemiológicos. Al tratarse de población mexicana, que en su mayoría habitan en la Ciudad de México a mas de 2000 msnm y a una distancia considerable del Ecuador, surge la interrogante de que si los niveles de corte para deficiencia e insuficiencia de VD utilizados de manera internacional son igualmente aplicables o se deberá realizar algún ajuste para evitar el sobre diagnóstico y el tratamiento innecesario. Por lo anterior, sugerimos realizar estudios epidemiológicos mayores en nuestra población para determinar la prevalencia de manera exacta e iniciar acciones para prevenir las consecuencias de su deficiencia. Bibliografía Heath A, et al. Vitamin D Status and Mortality: A Systematic Review of Observational Studies. Int J Environ Res Public Health.2019;16(3):383. Malacova E, et al. Prevalence and predictors of vitamin D deficiency in a nationally-representative sample of adults participating in the 2011-2013 Australian Health Survey. Br J Nutr. 2019;1–24. Hossein-nezhad A, Holick MF. Vitamin D for health: a global perspective. Mayo Clin Proc. 2013;88(7):720–55. Mithal A, et al. Global vitamin D status and determinants of hypovitaminosis D. Osteoporos Int. 2009;20(11):1807–20.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad (años)	18	88	57.85	16.63
Peso (Kg)	29.0	113.0	67.51	15.83
Talla (m)	1.38	1.78	1.56	14.65
Indice de Masa Corporal	13.20	48.80	27.40	5.63
Vitamina D sérica	5	37.6	18.37	7.21

Tabla 1. Se muestran los estadísticos descriptivos con niveles medios, mínimos y máximos

 # 37

Título: OSTEOMALACIA POR DEFICIENCIA DE VITAMINA D

Autor principal: Dra. SANDRA HAIDE AGUILAR MACIEL

Email autor principal: sandy_h2310@hotmail.com

Autores: García Contreras Aldo Iván. Chávez Mejía Julio César.

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

OSTEOMALACIA POR DEFICIENCIA DE VITAMINA D AGUILAR MACIEL SANDRA HAIDE. GARCÍA CONTRERAS ALDO IVÁN. CHÁVEZ MEJÍA JULIO CÉSAR. HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO. ANTECEDENTES: La osteomalacia por deficiencia de vitamina D es una enfermedad ósea que se caracteriza por déficit en la mineralización de la matriz osteoide en hueso cortical y trabecular, desarrollándose cuando el proceso es intenso y crónico. Las principales manifestaciones son dolor óseo, debilidad muscular y dificultad para caminar. Puede estar asociada a fracturas con trauma menor. Bioquímicamente con elevación de fosfatasa alcalina e hiperparatiroidismo secundario. El diagnóstico definitivo se realiza con biopsia. El tratamiento se basa en la reposición de vitamina D. OBJETIVO: Presentar un caso de osteomalacia por deficiencia de vitamina D. PRESENTACIÓN DEL CASO: Mujer de 38 años de edad, con antecedente de uso de prednisona 50 mg durante un años, suspendido hace 7 años. Acudió referida de ortopedia por presentar dolor óseo, predominio matutino desde hace aproximadamente 12 años. Posteriormente con múltiples fracturas espontáneas: en 2011 de cadera y tibia izquierdas requiriendo colocación de prótesis, en 2015 de fémur derecho con clavo intramedular, en 2016 radio y cúbito izquierdos, así como todos los metatarsos de ambos pies. Además, con mialgias, debilidad generalizada, fatiga, incapacidad para la marcha. Clínicamente: TA 100/70 mmHg, FC 70 lpm, FR 18 rpm, Peso: 63 kg, Talla: 1.5 m. Hombro derecho descendido, rotado hacia adelante. Laboratorios iniciales: ver tabla anexa. Tomografía: múltiples fracturas en arcos costales derechos 1-10 e izquierdos 4-5. Se concluyó osteomalacia por déficit de vitamina D, se inició tratamiento con colecalciferol 24,000 UI/día. Posteriormente con evolución hacia la mejoría clínica y bioquímica (Tabla anexa). Se descartaron causas de mal absorción que condicionaran déficit de vitamina D, con coproparasitoscópico negativo, anticuerpos antigliadina negativos. Endoscopia: Gastropatía crónica. CONCLUSIÓN: La osteomalacia suele no ser diagnóstico de sospecha debido a que los síntomas pueden ser muy inespecíficos, sin embargo, la detección temprana y el establecimiento oportuno del tratamiento serán necesarios para disminuir las complicaciones. En esta paciente, se ilustra el retraso en el diagnóstico y la adecuada respuesta clínica posterior al tratamiento. Bibliografía 1) Clinics. 2009 Feb; 64(2): 156–158. 2) Endocrinol Metab Clin North Am. 2010 Jun;39(2):321-31, table of contents.

	Calcio	Calcio corregido	Calcio urinario	Fósforo	Magnesio	Fosfatasa Alcalina	PTH	Vitamina D
Iniciales	8.3	8.1	42.1	1.7	2.4	319	656.4	6.05
Posterior a tratamiento	9.38	9.4	41.0	3.7	1.9	92	90.3	37.5

 # 38

Título: TRATAMIENTO DE HIPOCALCEMIA REFRACTARIA POSQUIRÚRGICA CON SALES BILIARES: REPORTE DE CASO Y SEGUIMIENTO

Autor principal: Dra. Lorena Pérez Rivera

Email autor principal: otono392@gmail.com

Autores: González Gerardo*(1), Luna María Guadalupe(2). (1)Servicio de Unidad Metabólica, (2) Servicio de Unidad Metabólica. Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Especialidades "Dr. Antonio Fraga Mouret", Centro Médico Nacional "La Raza", México.

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

Introducción: La incidencia de hipocalcemia posterior a la tiroidectomía varía del 2% al 83%, según bibliografía consultada . El tratamiento inicial se realiza con infusión de calcio (Ca) y calcitriol en bolo, sin embargo hay un porcentaje de pacientes que no responden a dicho tratamiento. Existen múltiples causas de refractariedad a tratamiento inicial . Un grupo de pacientes muestran deficiencia de vitamina D por disminución en la secreción de ácidos biliares. Los hallazgos respaldan la idea de que la liberación alterada de CCK durante la hipocalcemia puede conducir a reducciones en la sal biliar intraluminal y las concentraciones de enzimas pancreáticas y producir hipocalcemia por mala absorción de vitamina D .Objetivo: Presentar un paciente con hipocalcemia refractaria a tratamiento tras tiroidectomía total, con respuesta significativa en la absorción de calcio tras la adición de sales biliares bovinas. Caso: Masculino de 45 años. Antecedente de nodulo tiroideo izquierdo Bethesda VI, por lo que se realizó tiroidectomía total. Inicia su padecimiento actual posterior a cirugía de cuello al presentar parestesias de miembros torácicos y periorales, se evidenció hipocalcemia de 5.9 mg/dl iniciándose tratamiento en agudo de hipocalcemia. Durante su hospitalización con dificultad para retiro de calcio parenteral, con hipocalcemia persistente a pesar de tratamiento con Ca oral y calcitriol a dosis altas, siendo referido a nuestra unidad hospitalaria. Se descartaron causas de refractariedad a tratamiento, se inició tratamiento con sales biliares bovinas con disminución significativa de los requerimientos de calcio y vitamina D. Resultado: al inicio de tratamiento el paciente se encontraba con Ca sérico de 8.3 mg/dl con 33 g/día de carbonato de calcio vía oral, tras la administración de sales biliares bovinas la dosis de calcio se redujo un 85% (dosis actual de carbonato de calcio 5 g/día) de la dosis inicial con Ca sérico de 8.4 mg/dl en su último control. Conclusión: En pacientes con hipocalcemia refractaria a tratamiento en quienes se han descartado causas de la misma, el uso de sales biliares bovinas puede utilizarse como tratamiento adyuvante para alcanzar metas de Ca sérico. Bibliografía: i N. Christou, et al. Complications after total thyroidectomy. Journal of Visceral Surgery. 2013;150:249-256. ii Etheridge Z, et al. Hypocalcaemia following thyroidectomy unresponsive to oral therapy. Hormones. 2014;13(2):286-289.iii Heubi J, et al. Hypocalcemia and Steatorrhea Clues to Etiology. Digestive Diseases and Sciences. 1983;28(2):124-128.

 # 39

Título: PSEUDOHIPOPARATIROIDISMO TIPO 1A Y 1B, ESPECTRO HETEROGÉNEO DE UNA MISMA ENFERMEDAD, A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Autor principal: Dr. Oscar Ochoa Romero

Email autor principal: drochoaoscar@gmail.com

Autores: Ochoa R. Oscar* (presentado por Sosa C. Alejandro), Feregrino F. Miguel Angel*, Escorcia M. Erick*, Hernández L. Kevin Alexis*. Servicio de Endocrinología Pediátrica de la UMAE Hospital General, CMN La Raza.

Área a la que pertenece su trabajo: PEDIATRIA

Resumen:

Antecedentes: El pseudohipoparatiroidismo es una enfermedad genética poco frecuente en pediatría, la cual afecta al gen GNAS (20q13.2-q13.3), tiene en común la resistencia a la acción de la paratohormona (PTH). Existen 5 variantes: SHP 1a, 1b, 1c, pseudopseudohipoparatiroidismo y SHP 2. A nivel clínico, la forma clásica, se relaciona con talla baja, obesidad, cara redonda y braquidactilia, entre otros. Objetivo: Dar a conocer dos casos de pseudohipoparatiroidismo con diferente espectro de la enfermedad. Material: Casos clínicos. Caso1. Femenino de 11 años. Referida por 4 eventos de crisis convulsivas con movimientos tónico clónicos generalizados, en su última crisis hipocalcemia. E.F. obesidad central, talla baja, malformaciones en extremidades como brazos, manos, rodillas, pies y dismorfias en cara y cráneo. Laboratorio inicial: Ca: 5.4, P: 8.5mg/dL, PTH: 242.5 pg/mL, TSH 5.16 mUI/L, T4T 7.66 pg/dl y T4L 1ng/dL. LDH 607, AST 28, ALT 18 U/L, GSV normal. EKG: QTc: 0.44 seg, ritmo sinusal, TC de cráneo: calcificaciones en núcleos de la base, tálamos, hemisferios cerebelosos y sustancia blanca bilateral. Dx: Osteodistrofia Hereditaria de Albright. Se inicia carbonato de calcio y calcitriol. Ultimo control: Ca: 9.84, P: 5.05, Mg 1.9 mg/dL, AST 22.60 U/L, ALT 23.10 U/L, FA 84 U/L, Albúmina 4.82 gr/dL, Glucosa 75, Cr 0.81. Edad ósea de 15 años por G y P, acortamiento de 4to, 5to dedo y parte del primer metacarpiano. USG renal normal. En su evolución presento hipotiroidismo adquirido y se inició levotiroxina, presentó pubertad normal. actualmente eutiroidea. Caso 2. Femenino de 10 meses. Referida por crisis epilépticas con postura tónica, cianosis y movimientos clónicos, secundarias a hipocalcemia determinada en su HGZ. Al analizar el caso, llama la atención nivel de Fosfatasa alcalina: 881 U/L. EF: Talla baja sin dismorfias, retraso leve del desarrollo. Se inicia abordaje. Laboratorio inicial. ALT: 69, AST: 94, DHL: 1783, Ca 4.80, P: 9 mg/dL. Vitamina D: 66.57 ng/mL, PTH: 558.30 pg/mL, FA: 1355 U/L. USG transfontanelar, tiroideo y renal normal. TC cráneo con datos de atrofia cortico-subcortical. Rx tórax, columna, manos, cráneo y edad ósea normal. Se da tx con calcitriol y gluconato de calcio con cambio a carbonato, en seguimiento sin datos clínicos ni bioquímicos de hipocalcemia e hiperfosfatemia, desarrollo neurológico normal. Conclusiones: Ambos casos demuestran el espectro clínico de la enfermedad, debutando con crisis convulsivas asociadas a hipocalcemia. Las características clínicas y bioquímicas pasaron desapercibidas considerándose solo como un trastorno neurológico. Es de importancia, presentar este tipo de casos, con la finalidad de que el clínico identifique este tipo de trastornos y bien realice un abordaje más exhaustivo ante la presencia de hipocalcemia y otros datos clínicos. Bibliografía: Kapoor, S; Gogia, S; Paul, R; Banerjee, S. Albright's Hereditary Osteodystrophy. Indian J. Pediatr 2006, 73 (2): 153-156.

 # 40

Título: HIPERPLASIA HIPOFISARIA POR HIPOTIROIDISMO PRIMARIO NO CONTROLADO. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Autor principal: Dr. Juan Pablo Godoy Alonso

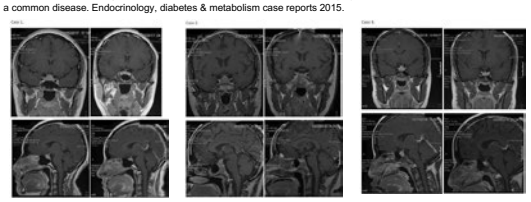
Email autor principal: godoyjp@hotmail.com

Autores: González de la Cruz Germán, Vázquez Aguirre Marlon Vladimir, Silva Serrano Juanita, León Suarez Andrés, Sol Oliva Luis David, Gómez Sámano Miguel Ángel, Gómez Pérez Francisco Javier, Cuevas Ramos Daniel.

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

INTRODUCCION La hiperplasia hipofisaria se define como un aumento absoluto en el número de uno o más subtipos de células adenohipofisarias, que se manifiesta radiológicamente como agrandamiento hipofisario más allá de lo que se considera normal. Se debe clásicamente a la insuficiencia de un órgano blanco, particularmente a hipotiroidismo primario. OBJETIVO Presentar tres casos de mujeres jóvenes con diagnóstico de hipotiroidismo primario y su asociación con hiperplasia hipofisaria. También se realizó revisión bibliográfica. PRESENTACION DE LOS CASOS Caso 1: mujer de 18 años historia de 1 año de evolución de galactorrea, cefalea, astenia y adinamia. No alteraciones menstruales. Perfil hormonal normal. T4L 0.33ng/dl, TSH 490mIU/L y anticuerpos antitiroideos (antiTPO y antiTg) positivos. RMI de hipófisis con abombamiento hacia porción cefálica de predominio en adenohipófisis, contacto con el quiasma óptico. Inicia tratamiento con levotiroxina 75mcg/día, cinco meses después sin galactorrea, no cefalea, ciclos menstruales normales. Perfil tiroideo con T4L 0.9ng/dL y TSH 1.64mIU/L. RMI de hipófisis a los 5 meses con disminución de tamaño glandular a limites normales. Caso 2: mujer de 24 años, antecedente de síndrome poliglandular (SPG) tipo 2 (DM tipo 1 e hipotiroidismo primario a los 3 años), tratamiento con levotiroxina 200mcg/día, mal apego. Historia de galactorrea y oligomenorrea de 5 años de evolución. Perfil hormonal normal. T4L 0.08ng/dl, TSH 500mIU/L y antiTg positivo. RMI de hipófisis aumento de volumen de la glándula, abombamiento sobre techo glandular y diafragma selar. Se cambia a levotiroxina/liotironina 100/20mcg 1½ tableta/día. Siete meses después sin galactorrea, ciclos menstruales normales. Perfil tiroideo T4L 1.23ng/dL y TSH 0.76mIU/L. RMI de hipófisis a los 17 meses con disminución de tamaño glandular a limites normales. Caso 3: mujer de 23 años, antecedente de SPG tipo 2 (enfermedad de Addison e hipotiroidismo primario a los 18 años), tratamiento con levotiroxina 200mcg/día, mal apego. Historia de somnolencia, fatiga, cefalea y amenorrea de 6 meses de evolución. No alteraciones menstruales ni galactorrea. Perfil hormonal normal. T4L 0.25ng/dL, TSH 460µUI/mL, antiTPO y antiTg positivos. RMI de hipófisis lesión intraglandular de 13x13x11mm, que contacta ambos senos cavernosos y extensión supraselar. Difícil control, sintomatología persiste durante 1 año. Se cambia a levotiroxina 200mcg/300mcg alternados. Perfil tiroideo con T4L 1.18ng/dL y TSH 0.53µUI/mL. Cefalea ocasional, resto asintomática. RMI de hipófisis control a los 10 meses con disminución tamaño glandular a limites normales. CONCLUSIONES El tratamiento sustitutivo tiroideo puede restituir el tamaño hipofisario normal con la reversibilidad de la sintomatología atribuible al crecimiento glandular. BIBLIOGRAFIA Neves CP., et al. Pituitary hyperplasia: an uncommon presentation of a common disease. Endocrinology, diabetes & metabolism case reports 2015.



 # 41

Título: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA EN LA PRUEBA DE ESTIMULACIÓN DE TSH CON TRH VIA ORAL EN PACIENTES CON RESISTENCIA CENTRAL A HORMONAS TIROIDEAS

Autor principal: Dra. LIZBETH MORA RODRIGUEZ

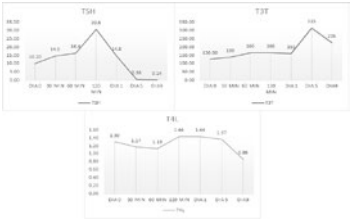
Email autor principal: lizmr09@hotmail.com

Autores: HERRERA DIAZ CLAUDIA ITZEL

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Antecedentes:La prueba de estimulación de TSH (Hormona Estimulante de la Tiroides) con TRH (Hormona Liberadora de Tirotropina) se realiza en pacientes que presentan concentraciones de TSH inapropiadamente elevadas, para determinar si se debe a la producción autónoma de un TSHOMA o a una RTH (resistencia a hormonas tiroideas) de tipo central. La prueba se ha reportado con la administración de 40mg vo (vía oral) o 200mcg iv (intravenoso) de TRH, sin embargo, Kirkegaard et. al demostraron que dosis de 20mg también podían estimular TSH, siendo la prueba equivalente a las reportadas en el resto de la literatura la cual usamos en nuestro centro médico, detectando 5 casos de RHT a pesar de incidencia de 1 caso por cada 50, 000 nacidos vivos). Objetivo:Reportar resultados de prueba dinámica de estimulación con 20mg de TRH en 5 pacientes con síndrome de secreción inapropiada de TSH, para realizar diagnóstico de resistencia central a hormonas tiroideas. Material y métodos:Se identificaron todos los casos reportados de TSH inapropiadamente elevada de 2017 a 2019, de los cuales se seleccionaron únicamente aquello con resultado positivo a resistencia central a hormonas tiroideas. Para el diagnóstico se hospitalizaron y bajo supervisión, el día 0, se administraron 20mg vo, de TRH, en ayuno, tomando muestras séricas de TSH, T4L(triyodotironina libre), T3T(tiroxina total), y PRL (prolactina) basal y posteriormente a los 30min, 60min y 120min, completando protocolo con inicio de prueba de supresión de TSH con administración de T3 vo, el día 1 y toma de muestras séricas nuevamente el día 5 y día 10. Se considero respuesta normal a TRH al aumento de la concentración de TSH y PRL, orientando a resistencia a RHT y descartándose TSHOMA, diagnóstico que se confirmó si había disminución de la concentración de TSH al aumentar la concentración de T3, durante los 10 días de la prueba. Resultados:En 4 de los 5 casos, se presentó una elevación máxima de TSH a los 120 min de la administración de TRH, (de 304% hasta 635% de la TSH basal), también con elevación máxima de PRL a los 90 y 120 min (De 194% a 483% de la basal). El caso restante no se pudo determinar la elevación de la TSH por valor >75 basal, a partir del cual ya no reporta laboratorio, sin embargo, también presento elevación de PRL de 118%. En todos los casos se completo el protocolo diagnostico con prueba de supresión de TSH con T3 oral, con la cual en todos los casos disminuyo TSH. Conclusiones:La prueba de estimulación de TSH con 20mg de TRH vo corroborada con mediciones de prolactina, fue útil para el diagnóstico de RHT, comparándola con otras dosis, de 40 mg vo y 200mcg iv. Por lo cual consideramos necesario realizar nuevas investigaciones para determinar nuevos parámetros y estandarizar dicha prueba de acuerdo a resultado. Bibliografía: 1)Kirkegaard, Holme J. The Oral TRH Stimulation Test. Acta Med Scand 21(1): 477-480: 1982.



 # 42

Título: USO DE ANÁLOGOS DE SOMATOSTATINA EN EL TRATAMIENTO DE TIROTROPINOMA PERSISTENTE

Autor principal: Dr. Héctor Chávez Carlos

Email autor principal: heccalos_108@hotmail.com

Autores: Balcazar-Hernández Lourdes Josefina, Vargas Ortega Guadalupe, Mendoza Zubieta Victoria. Departamento de Endocrinología, Hospital de Especialidades CMNSXXI.

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Introducción: Los tirotropinomas son tumores infrecuentes (5% de los adenomas de hipófisis), caracterizados por una secreción inapropiada de hormonas tiroideas; hasta 25% presentan cosecreción hormonal, principalmente hormona del crecimiento (GH). La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, siendo el tratamiento farmacológico con análogos de somatostatina y la radioterapia, opciones terapéutica en casos de contraindicación quirúrgica, recidiva o persistencia tumoral. Objetivo: Presentación de un caso de tirotropinoma con persistencia estructural y bioquímica en tratamiento con análogo de somatostatina. Caso clínico: Mujer de 47 años de edad, quien ingresó por tirotoxicosis, hemianopsia bitemporal y cefalea holocraneana 10/10 en EVA. A la E.F con bocio, sin exoftalmos. Patrón bioquímico de hipertiroidismo central, con prueba de supresión con T3 que evidenció: día 0=T4L 2.46 ng/dl, TSH 4.16 mcUI/ml, día 5=T4L 2.56 ng/dl, TSH 3.11 mcUI/ml, día 10= T4L 2.41 ng/dl, TSH 3.38 mcUI/ml. En la evaluación de ejes hipofisarios, con evidencia de hipersomatotropismo (IGF-1 319 ng/ml, Index 1.67); prueba de supresión de GH: GH basal 1.8 ng/ml, GH nadir a los 90 minutos de 0.9 ng/ml; prolactina diluida: 74.62 ng/ml, sin evidencia de hipopituitarismos. RMN encéfalo con lesión selar de 42x28x34 cm, extensión supra y paraselar, compresión del quiasma óptico. Se realizó resección transesfenoidal con hallazgo de adenoma acidófilo con inmunohistoquímica (+) para TSH, GH y prolactina. Persistió con patrón de secreción inapropiada de TSH (TSH 3.31 mcUI /dl, T4L 2.37 ng/dl), agregándose hipogonadismo hipogonadotrópico e hipocortisolismo; RMN control con remanente tumoral con extensión paraselar, normándose inicio de octreotide de acción prolongada (20 mg/mes) y terapia de sustitución hormonal. Al 6º mes del uso de análogo de somatostatina, con control bioquímico (TSH 0.8 mcUI/ml; T4L 0.9 ng/dl) y reducción de tamaño tumoral. Discusión y conclusiones: La presencia de receptores de somatostatina en tirotropinoma fundamenta la efectividad de los análogos de somatostatina en su tratamiento. La tasa de persistencia y recidiva tumoral es elevada tras el tratamiento quirúrgico, siendo la radioterapia y el tratamiento farmacológico las opciones terapéuticas coadyuvantes. La radioterapia consigue la curación en menos de la mitad de los casos. El tratamiento con análogos de somatostatina (octreotide o lanreotide) se asocia con normalizaron de TSH y T4L en más del 90% de los casos, reducción de bocio en 30% y del volumen tumoral en 40%, y mejoría de campo visual en 70%. Los análogos de la somatostatina son una herramienta terapéutica útil en el tratamiento de tirotropinoma persistente o recidivante. Bibliografía: Beck-Pecooz, Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Thyrotropin-Secreting Pituitary Tumors, Eur Thyroid J, 2013;2:76–82.

 # 43

Título: Prolactinoma gigante en una mujer de 76 años de edad

Autor principal: Dra. Laura Gabriela Gómez Herrera

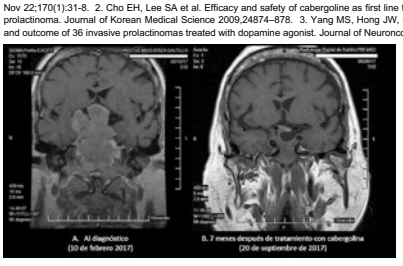
Email autor principal: laura_g2h@hotmail.com

Autores: Gómez Herrera Laura Gabriela, Flores Ramírez Manuel Antonio. Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona Número 2. Departamento de Endocrinología.

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Los prolactinomas gigantes son tumores de más de 4 centímetros de diámetro productores de prolactina, tienen mayor incidencia en hombres por el retraso en el diagnóstico; en mujeres el pico de incidencia se encuentra entre la tercera a quinta década de la vida. Es rara su presentación inicial en el adulto mayor. Se trata de una mujer de 76 años de edad que con acude a consulta por presentar mareo, caídas frecuentes y cefalea. Tiene los siguientes antecedentes: tabaquismo y etilismo negados, 5 gestas, 4 partos y 1 aborto, no recuerda su fecha de última menstruación, quirúrgicos colocación de lente intraocular por catarata bilateral, niega transfusiones o alergias, hipotiroidismo primario diagnosticado hace 20 años en sustitución con levotiroxina, diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada hace 5 años en tratamiento con metformina sin complicaciones microvasculares, hipertensión arterial sistémica diagnosticada hace 5 años en tratamiento con valsartán e hidroclorotiazida. A la exploración física con hemianopsia bitemporal. Se solicitan paraclínicos, laboratorios generales biometría hemática normal, electrolitos normales, glucosa 111 mg/dl, hemoglobina glucosilada 5.1%, resonancia magnética de cráneo simple y contrastado con gadolinio evidencia tumor hipofisario de 44 x 22 x 32 mm, con extensión supraselar con involucro del quiasma óptico. Se realiza medición de hormonas de ejes hipofisarios prolactina >1,000 ng/ml, LH 0.01 mUI/ML, FSH 0.77 mUI/ml, estradiol 15 pg/ml, TSH 2.63 mUI/ml, T4L 1.00 ng/dl, T4 total 10.9 ug/dl, cortisol sérico matutino 11.72 ug/dl, ACTH 35 pg/ml. Densitometría ósea puntaje T en columna lumbar -1.1 DE, cuello femoral -1.1 DE, cadera total -0.8 DE. Se inicia tratamiento con agonista dopaminérgico cabergolina con ajuste de dosis gradual llevándola hasta 3mg por semana, con buena respuesta con mejoría clínica, disminución de los niveles séricos de prolactina hasta 280 ng/ml, estudio de imagen de control 7 meses después de iniciado el tratamiento con tumor de 20 x 13 x 5 mm, con disminución del tamaño del tumor de más del 50%. Se anexan imágenes. El diagnostico de esta enfermedad en adultos mayores requiere una gran sospecha clínica, ya que por la disminución fisiológica gradual y progresiva de las hormonas sexuales, no se presenta el síndrome característico de hipogonadismo-galactorrea y el diagnostico se retrasa hasta la aparición de síntomas de expansión. Tienen buena respuesta a los agonistas dopaminérgicos. Bibliografía: 1. Delgrange E, Raverot G, et al. Giant prolactinomas in women. Eur J Endocrinol. 2013 Nov 22;170(1):31-8. 2. Cho EH, Lee SA et al. Efficacy and safety of cabergoline as first line treatment for invasive giant prolactinoma. Journal of Korean Medical Science 2009,24874–878. 3. Yang MS, Hong JW, et al. Clinical management and outcome of 36 invasive prolactinomas treated with dopamine agonist. Journal of Neuroncology 2011, 104195–204.



 # 44

Título: COEXISTENCIA EN REGION SELAR DE PROLACTINOMA Y CRANEOFARINGIOMA

Autor principal: Dr. Edmundo Daniel Ávila Hipólito

Email autor principal: edmundo.avila2@hotmail.com

Autores: HINOJOSA-AMAYA, MIGUEL, ZUÑIGA-GUAJARDO, SERGIO

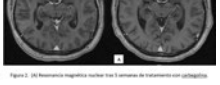
Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Introducción: Los tumores más frecuentes de la región selar y paraselar son los adenomas hipofisarios y craneofaringiomas. La asociación de tumores en la región sillar es poco común y consisten en más de un tipo de adenoma hipofisario, quiste o tumor quístico [1]. Objetivo: Demostrar coexistencia de prolactinoma y craneofaringioma. Exposición de caso: Mujer de 47 años con antecedentes gineco-obstétricos de amenorrea de 2 años. Inicia hace dos meses con cefalea holocraneana persistente, náuseas, vómitos ocasionales y debilidad generalizada. Se agrega visión borrosa que progresa a amaurosis, piel fría y somnolencia. Presión arterial 90/60 mmHg. Obnubilada, reactiva al estímulo verbal. Palidez, piel fría. Mucosa oral hidratada. No zonas de hiperpigmentación. Cuello cilíndrico, sin acantosis, sin fibromas blandos. Glándula tiroides blanda, lóbulos palpables, móvil a la deglución, no dolorosa. Campos pulmonares con murmullo vesicular. Ruidos cardíacos con frecuencia disminuida. Abdomen blando, depresible, no doloroso. Extremidades eutróficas, fuerza muscular conservada en extremidades, sensibilidad conservada. Exámenes de laboratorio mostraron: Sodio: 115.2 mmol/L, Potasio: 4.2 mmol/L, Cloro: 83.2 mmol/L, Osmolaridad plasmática: 239, Osmolaridad urinaria: 380, Sodio urinario: 91 mmol/L, FSH: 0.69 mUI/mL, LH: <0.100, E2: <5.00, Prolactina: >470 ng/dL, Prolactina diluida: 873.2 ng/dL, Cortisol: 6.9 ug/mL, TSH: 3.21 UI/L, T4L: 0.7 ng/dL. Tomografía axial computarizada de cráneo (Figura 1). Diagnóstico por imagen de craneofaringioma, por bioquímica con diagnóstico de prolactinoma. Debido a pobre pronostico visual no se realiza cirugía. Se inicia tratamiento médico con carbegolina, hormona tiroidea y sustitución con esteroides. Tras 6 semanas de tratamiento con mejoría en visión, en campos visuales, realización de actividades diarias de manera autónoma, normalización de niveles de prolactina (1.22 ng/mL) y disminución del tamaño tumoral. Conclusiones: La coexistencia de tumores que presentan dos morfologías diferentes uno solo es infrecuente. La concurrencia de prolactinoma y craneofaringioma es rara (3.38%) y representa un reto diagnostico dado las similitudes clínicas y de imagen que pueden presentarse [2]. (1) Enrico de Divitiis, M.D., Felice Esposito, M.D., Luigi M. Cavallo, M.D., Ph.D. Pituitary Adenomas and Craniopharyngiomas. Chapter 14A (2) Guishan Jin, Shuyu Hao, Jian Xie. Collision tumors of the sella: coexistence of pituitary adenoma and craniopharyngioma in the sellar región. Jin et al. World Journal of Surgical Oncology 2013, 11:178



Figura 1. Tomografía axial computarizada de cerebro (corte coronal).



 # 45

Título: PROLACTINOMA GIGANTE

Autor principal: Dr. Gustavo Adolfo Herrera Mamani

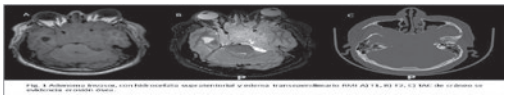
Email autor principal: adolfgust@gmail.com

Autores: Medrano-De Ávila Carolina, Avila-Hipólito Edmundo Daniel, Fernando Javier Lavalle-González, Ayala-Villarreal José Gerardo, Mancillas-Adame Leonardo G. Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" U.A.N.L., Monterrey N.L., México

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

PROLACTINOMA GIGANTE Herrera-Mamani Gustavo Adolfo [1], Medrano-De Ávila Carolina [1], Avila-Hipólito Edmundo Daniel [1], Lavalle-González Fernando Javier [1], Ayala-Villarreal José Gerardo [1], Mancillas-Adame Leonardo G. [1] 1. Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González" U.A.N.L., Monterrey N.L., México Introducción: Los prolactinomas gigantes, son raros y representan solo del 1 al 5%, generalmente se diagnostican en el grupo de edad de 20 a 50 años, con una relación hombre-mujer de 9:1. presentan niveles de prolactina superiores a 1,000 ng/mL, miden > 40 mm. La mayoría de los prolactinomas gigantes son invasivos, con extensión supraselar que conduce a compresión del quiasma y afectación del sistema ventricular, y extensión paraselar hacia el seno cavernoso y rara vez hacia el lóbulo temporal. Objetivo: Reportar un caso poco común de un prolactinoma gigante de larga evolución por abandono de tratamiento. Exposición del caso: Masculino de 43 años inicia su padecimiento en el año 2002 con disminución de la agudeza visual, cefalea de leve intensidad, diagnosticado de prolactinoma en el 2004, inicia tratamiento con bromocriptina que abandona a los 6 meses, presenta proptosis bilateral que incrementa de manera progresiva que le impide la oclusión palpebral, disminución de la agudeza visual ambos ojos, dolor retro ocular de gran intensidad, cefalea de gran intensidad, dolor en región cervical, por lo que acude a valoración en julio de 2019. En el examen físico destaca amaurosis ojo derecho y visión cuenta dedos ojo izquierdo, proptosis bilateral a predominio izquierdo. La resonancia magnética cerebral evidencia una lesión expansiva e infiltrante de gran tamaño, condiciona efecto de masa desplazando el parénquima cerebral adyacente, la cual ocupa cisterna supraselar, elevando el piso del tercer ventrículo, sin visualización de la glándula hipófisis, segmento intracraneal de ambos nervios ópticos ni del quiasma óptico, que sugiere adenoma invasor, con hidrocefalia supratentorial y edema transependimario. (Fig. 1 y 2). El nivel de prolactina con dilución fue de 26,388 ng/mL (4.04- 15.2 ng/mL), Se realizó seguimiento al mes de inicio de cabergolina 0.5 mg dos veces por semana, con resolución de niveles de prolactina a 9.64 ng/mL., durante este periodo disminuyó la intensidad de la cefalea y el dolor retro ocular. Conclusiones: El tratamiento del prolactinoma gigante debe individualizarse, la mayoría tienen una excelente respuesta al tratamiento con agonistas dopaminérgicos, la cirugía puede estar indicada en casos seleccionados; sin embargo, sus beneficios y los riesgos deben considerarse cuidadosamente. Bibliografia Hamidi O, Van Gompel J, Gruber L, Kittah NE, Donegan D, Philbrick KA, Koeller KK, Erickson D, Natt N, Nippoldt TB, Young WF Jr, Bancos I. MANAGEMENT AND OUTCOMES OF GIANT PROLACTINOMA: A SERIES OF 71 PATIENTS. Endocr Pract . 2019 abr; 25 (4): 340-352.





 # 46

Título: MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN ACROMEGALIA, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Autor principal: Dr. Diego Andrés Cadena Obando

Email autor principal: dacocadena@gmail.com

Autores: Cadena-Obando Diego Andrés, Mercado-Atri Moisés, Centro Médico ABC

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

TÍTULO: MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN ACROMEGALIA, PRESENTACIÓN DE DOS CASOS Cadena-Obando Diego Andrés, Mercado-Atri Moisés, Centro Médico ABC ANTECEDENTES: La hipersecreción crónica de hormona de crecimiento (GH) en acromegalia se encuentra directamente relacionada con consecuencias cardivasculares como Hipertensión arterial sistémica (HTA), cardiomiopatía isquémica e hipertrofia ventricular izquierda (HVI). Pero la miocardiopatía dilatada es infrecuente, reportándose hasta en un 3 %; aunque su presentación puede estar relacionada con las enfermedades cardiovasculares antes mencionadas, existe una relación directa de los efectos de GH/ insulin-like growth factor (IGF1) en la estructura de los miocitos y contractilidad cardíaca.(1) OBJETIVO: Presentar reporte de un caso de miocardiopatía dilatada en acromegalia. MATERIAL Y MÉTODOS: Caso Nº 1 Hombre de 54 años de edad con Insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) NYHA III, características clínicas de acromegalia, se inició tratamiento agudo para ICC, se descartó cardiopatía isquémica. Después de estabilización se realizó diagnóstico bioquímico de acromegalia con GH basal 18.50 ng/ml, IGF1: 225 (37-245ng/ml) y supresión de GH por glucosa con nadir de 13.1 ng/ml a los 90 min. Resonancia magnética que reportó lesión con invasión esfenoidal izquierda. Se descartó cardiopatía isquémica. Ecocardiograma trastorácico reportó ventrículo izquierdo con dilatación moderada e hipertrófia excéntrica, FEVI 20%, por hipocinesia global, ventrículo derecho conservado, aurícula izquierda con dilatación severa sin trombos, HAP con PSAP de 49mmHg. Insuficiencia leve mitral y tricuspídia. Caso Nº: 2 Hombre de 51 años de edad con antecedente de diagnóstico de HAS de tres años de evolución, Acromegalia en 1999, aparentemente con macroadenoma, con tratamiento inicial con cirugía trascraneal, sin seguimiento posterior. Acude con datos ICC NYHA III, actividad clínica de acromegalia, se inició manejo de ICC, se descartó cardiopatía isquémica. Se comprobó actividad bioquímica de acromegalia con GH: 17.5 ng/ml IGF1: 228 (77-224ng/ml). El ecocardiograma inicial ventrículo izquierdo con dilatación severa e hipertrófia concéntrica, con FEVI 18%, HAP severa PSAP de 60mmHg, dilatación biauricular severo, insuficiencia leve mitral y tricuspidia. RESULTADOS: Actualmente los dos casos se encuentran en tratamiento con octreotida LAR 20 mg cada 4 semanas. El primer caso con mejoría sintomática general, control al cuarto mes con GH: 2.4 e IGF1: 198. Segundo caso con mejoría al cuarto mes a nivel bioquímico con GH: 1,29 e IGF1: 139.5 y ecocardiográfico con FEVI de 32%. CONCLUSIONES: Los dos casos presentan una asociación no frecuente con la acromegalia y miocardiopatía dilatada con mejoría clínica significativa con el tratamiento médico. Es primordial destacar la importancia del tratamiento precoz para prevenir enfermedad cardiovascular a parte de la calidad de vida. BIBLIOGRAFÍA: 1. Sharma AN.Clin Cardiol. 2018 Mar;41(3):419-425.

	GH/IGF-1 Pre tratamiento	GH/IGF-1 Pos tratamiento	Ecocardiograma Pre tratamiento	Ecocardiograma Pos tratamiento
Caso Nº 1	18.5/225	2.4/198	VI dilatación moderara 95/30mm FEVI: 20%	
Caso Nº 2	17.7/228	1.29/139	VI dilatación severa 78/57mm FEVI: 18%	VI dilatación moderada 78/57mm FEVI: 32%

Tabla 1. Evolución bioquímica y ecocardiográfica

 # 47

Título: PREVALENCIA DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN MUJERES CON ADENOMAS HIPOFISIARIOS.

Autor principal: Dra. ELIZABETH ALTAGRACIA ACOSTA ABREU

Email autor principal: elizabeth_acosta88@hotmail.com

Autores: Acosta A. Elizabeth Alt.; Dávila Sonia; Gutiérrez Violeta, Polanco Miguel; Barrientos Roberto.

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

PREVALENCIA DE DESEO SEXUAL HIPOACTIVO EN MUJERES CON ADENOMAS HIPOFISIARIOS. Acosta A. Elizabeth Alt.; Dávila Sonia; Gutiérrez Violeta, Polanco Miguel; Barrientos Roberto. Antecedentes: Los adenomas hipofisarios son tumores comunes del sistema nervioso central. Los signos y síntomas asociados a estas lesiones varían desde "efectos de masa" a sintomatología relacionada al exceso de hormonas que algunos de ellos producen. Existen de manera asociada una serie de alteraciones menos caracterizadas que involucran esterilidad y ciclos menstruales irregulares en mujeres, así como ginecomastia y disfunción eréctil en hombres. Además de deseo sexual hipoactivo en ambos géneros. Objetivos: Determinar la prevalencia de Desorden por Hipoactividad Sexual en mujeres con antecedentes de adenomas hipofisiarios, además analizar variables clínicas y bioquímicas, características propias del tumor y factores asociados con la presencia de deseo sexual hipoactivo en nuestro grupo de estudio. Material y métodos: Realizamos un estudio observacional, transversal y analítico, en mujeres con antecedentes de adenoma hipofisario sometidos a tratamiento quirúrgico y/o médico de acuerdo con las necesidades de cada caso en particular. A las que les realizamos una prueba validada para evaluar Hipoactividad Sexual (Decreed Sexual Desire Screener, DSDS), además de mediciones de laboratorio que incluyen Testosterona, FSH, LH, Estradiol, Progesterona, GH, IGF1, TSH y T4 libre. Resultados: Se estudiaron 45 pacientes, con una edad media de 45 años (rango de 18-60), 29 casos (64.4%) tenían microadenomas, mientras que 16 mujeres (35.5%) eran portadoras de macroadenomas. De estos últimos el 93 % (15 casos) presentaron algún grado de hipoactividad sexual, mientras que solo 1 mujer resulto normal en la evaluación. En los pacientes con microadenoma hipofisario 8 mujeres (18 %) presentan hipoactividad sexual, mientras que el 82 % restante (21 casos) no mostraron alteraciones. De las 23 pacientes que solo recibieron tratamiento médico, 18 (78%) tenían disminución de la libido, mientras que 22 pacientes que recibieron tratamiento quirúrgico 20 (98%) presentaban hipoactividad sexual. Conclusiones: El deseo sexual hipoactivo es una entidad poco conocida y evaluada en los pacientes con tumores hipofisiarios, como observamos su incidencia es alta particularmente en los pacientes con macroadenoma hipofisario por lo que su identificación oportuna y tratamiento adecuado traerá beneficios importantes en la calidad de vida de las pacientes. Bibliografía: Asa SL, Casar-Borota O, Chanson P, Relat Cancer. 2017;24(4):C5-C8. doi:10.1530/ERC-17-0004 . Basson R, Leiblum S, Brotto L, et al. Definitions of women's sexual dysfunction reconsidered: advocating expansion and revision. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2003;24(4):221-229. Basson R, Berman J, Burnett A, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. J Urol. 2000

 # 48

Título: HIPOFISITIS INDUCIDA POR NIVOLUMAB: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autor principal: Dr. Germán González de la Cruz

Email autor principal: germangc87@gmail.com

Autores: González de la Cruz Germán, Godoy Alonso Juan Pablo, Vázquez Aguirre Marlon Vladimir, León Suárez Andrés, Martínez Jiménez Angélica(*), Rocha Haro Andrea(*), Balbuena Álvarez Juan Salvador(*), Gómez Sámano Miguel Ángel, Gómez Pérez Francisco Javier, Cuevas Ramos Daniel. Departamento de Endocrinología y Metabolismo del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Antecedentes: El uso de la terapia inmunomoduladora para tratar varios tipos de neoplasias ha ido en aumento en los últimos años. La FDA aprobó tres inhibidores de punto de control (ipilimumab, pembrolizumab y nivolumab) para diferentes tipos de cáncer. Estos fármacos son vías inhibitorias que mantienen el sistema inmunitario bajo control para mantener auto tolerancia y prevenir autoinmunidad, resultando en la activación inmunitaria contra las células tumorales. Esta sobre activación puede afectar potencialmente a múltiples órganos con efectos adversos, como el tracto gastrointestinal, riñones, sistema nervioso, hígado, ojos, piel, páncreas y el sistema endocrino, conocidos como eventos adversos relacionados con el sistema inmune (irAEs). Muchas de las afecciones pueden poner en peligro la vida y requieren la interrupción del tratamiento, así como corticoesteroides a largo plazo. Objetivos: Describir la presentación clínica y el manejo terapéutico ante un caso de hipofisitis inducida por nivolumab. Material y métodos: Hombre de 52 años de edad originario de la ciudad de Morelia, Michoacán, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 y carcinoma renal de células claras EC IV, se realizó nefrectomía radical izquierda con RHP de carcinoma renal de células claras, grado 2, 19x13x12 cm con infiltración de grasa perirrenal, áreas rabdoides 10% y necrosis 30%. En sus estudios de seguimiento se documentó progresión de enfermedad a nivel pulmonar por lo que inició protocolo con nivolumab en julio 2018 presentando adecuada respuesta con disminución de lesiones blanco en 57.2% pero incrementaron adenopatías mediastinales en hilio pulmonar y en febrero 2019 se documentó una nueva lesión pleural por lo que se catalogó como progresión de la enfermedad y terminó su fase de tratamiento para llevar seguimiento. Durante el tratamiento desarrolló tiroiditis subaguda por nivolumab sin complicaciones. En marzo 2019 ingresa a urgencias por cuadro de fatiga, astenia, náusea, vómito, hipotensión e hiponatremia, se documentó insuficiencia adrenal grado 3 por lo que inició manejo con infusión de hidrocortisona 200 mg para 24 horas. Durante su internamiento se determinaron demás ejes hormonales con hallazgo de hipogonadismo hipogonadotrópico y deficiencia de hormona de crecimiento. Se realizó resonancia magnética de hipófisis sin alteraciones en su morfología. Actualmente se encuentra en sustitución con Hidrocortisona y Levotiroxina con adecuada respuesta clínica. Conclusiones: La incidencia estimada de hipofisitis por nivolumab es del 0.5% (95%CI, 0.2-1.2), pero ante el aumento en el uso de los inhibidores de punto de control, los endocrinólogos debemos llevar un seguimiento integral de estos pacientes. Bibliografía: Bajwa, Ravneet, et al. "Adverse Effects of Immune Checkpoint Inhibitors (Programmed Death-1 Inhibitors and Cytotoxic T-Lymphocyte-Associated Protein-4 Inhibitors): Results of a Retrospective Study." Journal of clinical medicine research 11.4 (2019): 225.

 # 49

Título: Adenoma Hipofisario silente plurihormonal, respuesta a tratamiento con cabergolina.

Autor principal: Dra. Irene Irisson Mora

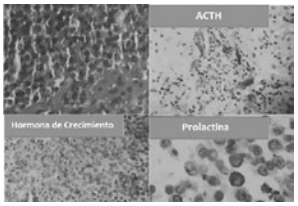
Email autor principal: irene_irisson@hotmail.com

Autores: Irisson Irene, Eugeno Genesis, Vargas Guadalupe, Lourdes Balcázar, Baldomero González. UMAE HE CMN SXXI

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Antecedentes: Los adenomas hipofisarios no funcionantes presentan una baja tasa de crecimiento; sin embargo, algunos son agresivos e invasivos. En 2017 la Organización Mundial de la Salud denominó los adenomas de comportamiento clínico agresivo como "tumores hipofisarios de alto riesgo" incluyendo los adenomas del somatotropo escasamente granulados, los adenomas de células de Crooke, los silentes de corticotropo y los adenomas plurihormonales. Objetivo: Reportar un caso de un paciente joven con adenoma hipofisario recidivante y su respuesta al tratamiento con agonista dopaminérgico. Material y Métodos: Seguimiento de la evolución de un paciente, revisión del expediente clínico y de la literatura. Resultados: Hombre de 22 años, sin antecedentes de importancia. Inició a los 13 años con síndrome quiasmático progresivo y cefalea holocraneana. Una resonancia de cráneo mostró una lesión selar con extensión supraselar. En la analítica de sangre se reportó unicamente hiperprolactinemia no tumoral sin alteración del resto de ejes hipofisarios. Se realizó resección total de la lesión vía transcraneal, con mejoría clínica posterior a cirugía, pero con presentación de diabetes insípida central por lo que se inició tratamiento con desmopresina intranasal. Durante seguimiento se identificó hipotiroidismo, hipocortisolismo e hipogondismo todos de origen central por lo que se inicia sustitución con levotiroxina, hidrocortisona, testosterona y continúo con la de desmopresina. Desarrollo nuevamente síndrome quiasmático con recurrencia de la lesión, requiriendo nueva intervención quirúrgica vía tranesfenoidal con reporte histopatológico de adenoma de hipófisis sin atipia cuya inmunohistoquímica reportó Sinaptofisina +++ 90 %, GH ++ 20 %, Prolactina ++ 2 %, ACTH ++ 10% y TSH (-). Recibió radioterapia así como quimioterapia con temozolamida manteniéndose estable sin recrecimiento durante los tres años posteriores, sin embargo, a los 5 años de seguimiento presentó nuevamente incremento de tamaño de la lesión por lo que se inició tratamiento medico con cabergolina (1.5 mg/semanales) con reducción del volumen tumoral. A 3 años de seguimiento permanece estable, sin progresión del déficit campimétrico pero con persistencia del panhipopituitarismo. Conclusiones: El tratamiento habitual de los adenomas silentes consiste en 3 vertientes: observación, tratamiento quirúrgico y tratamiento de las recurrencias. En el tratamiento médico, usualmente son utilizados los agonistas dopaminérgicos debido a que 55-67% de los adenomas silentes presentan receptores domapinérgicos tipo 2; logrando una reducción del volumen tumoral de hasta 25%. Bibliografía: Mete O, Lopes MB. Overview of the 2017 WHO Classification of Pituitary Tumors. Endocr Pathol. 2017;28(3):228-43. DOI: 10.1007/s12022-017-9498-z Oystese KA, Evang JA, Bollerslev J. Non-functioning pituitary adenomas: growth and aggressiveness. Endocrine. 2016;53(1):28-34. DOI: 10.1007/s12020-016- 0940-7



 # 50

Título: PANCITOPENIA ASOCIADA A PANHIPOPITUITARISMO: REPORTE DE UN CASO.

Autor principal: Dra. Carolina Medrano De Ávila

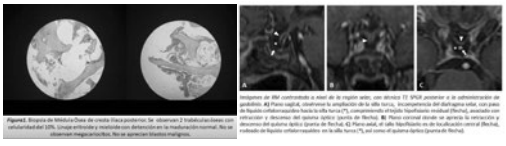
Email autor principal: medrano_carolina@hotmail.com

Autores: Castillo-Castro Carolina. Hawing-Zárate José Ángel (presenta Medrano-De Ávila Carolina)*. Gómez-Almaguer David* (presenta Medrano-De Ávila Carolina). Medrano-Danés Luis Adiel* (presenta Medrano-De Ávila Carolina). Mercado-Flores Mariana* (presenta Medrano-De Ávila Carolina). Villarreal-Pérez Jesús Zacarías* (presenta Medrano-De Ávila Carolina).

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

ANTECEDENTES: La asociación entre distintas patologías endócrinas y alteraciones hematológicas es bien reconocida. Sin embargo, los mecanismos fisiopatológicos no se han logrado explicar. OBJETIVO: Presentar el caso de una paciente con panhipopituitarismo y pancitopenia, la cual resuelve al iniciar tratamiento hormonal sustitutivo. PRESENTACIÓN DEL CASO: Una mujer de 50 años de edad acude a urgencias por pérdida del estado de consciencia con una presión arterial de 50/30 mmHg posterior a una extracción molar. Presentó dos episodios similares en los últimos 15 días. Refiere antecedente de debilidad generalizada, fatiga, hiporexia y caída de cabello de 5 años de evolución. La paciente es G:4 P:4 con hemorragia obstétrica en su primer parto hace 35 años transfundiéndose dos paquetes globulares. Confirma haber lactado en todos sus embarazos. Su menopausia fue a los 42 años de edad. Durante su estancia en el departamento de urgencias la paciente se encuentra hipotensa y presenta hipoglucemia de 39 mg/dl. A la exploración física destaca en anasarca, con palidez, xerosis, hiporreflexia con prolongación de la fase de relajación y ausencia de vello púbico y axilar. Debido al cuadro clínico, se decidió abordar a la paciente por hipopituitarismo. Sus laboratorios revelaron una hemoglobina de 5.42 g/dL, hematocrito de 17.7%, volumen corpuscular media 102 fL, hemoglobina corpuscular media 31.1pg, reticulocitos de 0.3%, leucocitos totales de 3.61 K/uL y plaquetas de 44,000 K/uL. Perfil hormonal: cortisol sérico de 2.11 µg/dL, TSH 0.55 µUI/mL, T4L 0.05 ng/dL, LH 0.73 mIU/mL, FSH 2.08 mIU/mL, E2 <5.00 pg/mL, PRL 1.01 ng/mL, GH 0.1ng/mL. Aspirado de Médula Ósea: hipocelularidad. Resonancia Magnética de hipófisis con aracnoidocele. RESULTADOS: Laboratorios compatibles con panhipopituitarismo. Biometría hemática con pancitopenia a expensas de anemia macrocítica arregenerativa, leucopenia y trombocitopenia. La paciente fue tratada inicialmente con dosis estrés de hidrocrotisona, dextrosa intravenosa y transfusión de 3 paquetes globulares. Posteriormente, se trató con prednisona 7.5mg diarios y levotiroxina 75mcg diarios. Su hemoglobina al egreso fue de 9.1 g/dL y se egresa sin tratamiento con hematínicos. Acude a control al mes, con Hemoglobina de 10.4 g/dL, leucocitos de 7.05 K/uL y plaquetas de 150,000 K/uL. CONCLUSIONES: Se realizó el diagnóstico de un panhipopituitarismo secundario a aracnoidocele. La relación entre pancitopenia e hipopituitarismo es rara y sólo se han reportado alrededor de 10 casos hasta la fecha. La evidencia que apoya esta relación queda sustentada en la reversión completa de estas alteraciones con el tratamiento hormonal exclusivo. BIBLIOGRAFÍA: 1. Fatma, M., Mouna, E., Nabila, R., Mouna, M., Nadia, C., & Mohamed, A. (2011). Sheehan's syndrome with pancytopenia: a case report and review of the literature. Journal of medical case reports, 5(1), 490.



 # 51

Título: COMPORTAMIENTO ATÍPICO DE UN ADENOMA HIPOFISARIO PRODUCTOR DE ACTH.

Autor principal: Dra. Carolina Medrano De Ávila

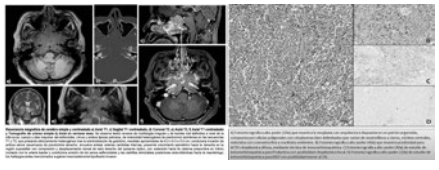
Email autor principal: medrano_carolina@hotmail.com

Autores: González-Dávila Santiago Elizandro* (presentado por Medrano-De Ávila Carolina). Garza-Báez Azalea* (presentado por Medrano-De Ávila Carolina). Mercado-Flores Mariana* (presentado por Medrano-De Ávila Carolina). Villarreal-Salinas Daniel Leocadio* (presentado por Medrano-De Ávila Carolina). Ceceñas-Falcón Luis Ángel* (presentado por Medrano-De Ávila Carolina). Hinojosa-Amaya José Miguel. Villarreal-Pérez Jesús Zacarías* (presentado por Medrano-De Ávila Carolina).

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

INTRODUCCIÓN. La causa más común de Síndrome de Cushing después de la exógena son los microadenomas hipofisarios. Ocasionalmente, los adenomas corticotrofos se vuelven macroadenomas y rara vez se vuelven invasores. OBJETIVO. Presentar un caso de Síndrome de Cushing secundario a un adenoma gigante invasor productor de ACTH. PRESENTACIÓN DEL CASO. Mujer de 56 años de edad que acude a consultar por debilidad generalizada. Inicia 8 meses previos con fatiga, aumento de peso de 3 Kg en 1 mes secundario a polifagia con aumento de volumen en región facial y dorsal, así como aumento del perímetro abdominal. Refiere historial de hiposmia de 5 años de evolución. A la exploración física destaca una paciente con facies de luna llena, giba dorsal, cojinetes grasos supraclaviculares y adelgazamiento de pliegues cutáneos. El abdomen con aumento de volumen a expensas de panículo adiposo y sin estrías. Extremidades hipotróficas con debilidad proximal. Laboratorios iniciales destacando con una glucosa plasmática en ayuno de 105 mg/dL e hipokalemia de 3.0 mmol/L. Se realizó medición de cortisol libre en orina de 24 horas reportado en 872.3 mcg/24hrs (valores normales 28.5-213.7 mcg/24hrs) y una prueba de supresión de 1mg de dexametasona con un valor inicial de 26.91 ug/ml y un valor posterior de 26.63 ug/ml. Se confirma el hipercortisolismo y se procede a realizar prueba de supresión con dosis altas de dexametasona. La ACTH basal fue de 86.8 pg/dL. El cortisol urinario posterior a la prueba de 2mg de dexametasona fue de 300.1 ug/dL y posterior a la prueba de 8mg fue de 134.6 ug/dL. El cortisol sérico basal fue de 35.1 µg/dL (valor normal 4.82-19.5 µg/dL) con un cortisol posterior a 2mg de dexametasona de 31.7 µg/dL y de 30.9 µg/dL posterior a 8mg de dexametasona. Se realizó además perfil tiroideo el cual reportó una TSH 0.61 µUI/mL (0.4-4.0 µUI/mL) y T4L de 1.10 (0.89-1.76 ng/dL). RESULTADOS. A la prueba con dosis altas de dexametasona mostró una adecuada supresión en orina siendo compatible con un origen hipofisario. Sin embargo, el comportamiento del cortisol sérico fue atípico al no presentar la supresión suficiente. RM de hipófisis muestra lesión extra-axial en región selar, heterogénea, de 6.2 x 5.2cm, sugestivo de un macroadenoma invasor. Se descarta proceso neoplásico pulmonar por tomografía. Se lleva a cabo biopsia transnasal de la lesión reportando adenoma hipofisario fuertemente positivo para ACTH. CONCLUSIONES. La presentación de un síndrome de Cushing secundario a un adenoma hipofisario gigante es poco frecuente. Estas lesiones pueden tener un comportamiento atípico en las pruebas dinámicas y sugerir una patología adrenal. En estos casos, el muestreo de senos petrosos es una herramienta útil para diferenciar estas dos etiologías. BIBLIOGRAFIA. Loriaux, D. L. (2017). Diagnosis and differential diagnosis of Cushing's syndrome. New England Journal of Medicine, 376(15), 1451-1459.



 # 52

Título: PARAGANGLIOMA TIROIDEO CON CARCINOMA PAPILAR TIROIDEO SINCRÓNICO

Autor principal: Dr. Marco Antonio Román Montalvo

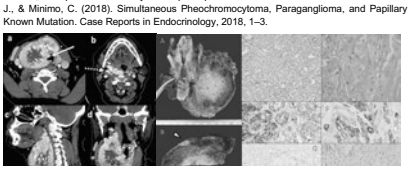
Email autor principal: mroman0890@gmail.com

Autores: Román-Montalvo, Marco Antonio1; Zambrano-Santos, Cristobal1; Villarreal-del-Bosque, Natalia2*; Campos-Coy, Mario Alberto2*; Rodríguez-Hinojosa, Edwars3*; Ceceñas-Falcón, Luis Ángel3* ; Benavides-Zavala, Tomás Edgar4*; Treviño-Lozano, Marco Antonio4*; Zacarías-Villarreal, Jesús1 1. Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", U.A.N.L., México. 2. Centro Universitario de Imagen Diagnóstica, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", U.A.N.L., México. 3. Servicio de Anatomía Patológica; Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", U.A.N.L., México 4. Servicio de Cirugía General; Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", U.A.N.L., México

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

ANTECEDENTES: El paraganglioma es un tumor neuroendocrino que proviene de células de la cresta neural derivadas de los ganglios extra-adrenales del sistema nervioso autónomo. Comprenden el 0.6 % de todos los tumores de cabeza y cuello, y la prevalencia de un paraganglioma tiroideo es del 0.5 % de todos los paragliomas de cabeza y cuello. Su presentación simultanea con un cáncer tiroideo suele ocurrir en la neoplasia endocrina múltiple presentándose como un carcinoma medular, pero existen algunos casos en los cuales se ha asociado a la mutación en el gen SDHB. OBJETIVO: Descripción de un caso de paraganglioma y carcinoma papilar tiroideo sincrónico. CASO CLÍNICO: Femenino de 64 años. Inicia hace ocho años con nódulo palpable en hemicuello derecho, indoloro. Desde hace tres años con aumento progresivo del nódulo. Hace 6 meses se agrega hemoptisis, disfagia a sólidos y perdida de peso no cuantificada, motivo por el cual acude a consultar. A su evaluación con masa blanda en hemicuello derecho, de aproximadamente 10 cm, no doloroso, fijo a planos profundos, que desplazaba la tráquea de manera contralateral. Perfil tiroideo TSH 3.51 uUI/mL (0.27-4.2), y T4L 1.14 ng/dl (0.93-1.70). Se realiza tomografía computarizada (TAC) contrastada encontrando tumoración hipervascular del lóbulo tiroideo derecho con invasión hacia la tráquea (Imagen 1). Catecolaminas totales 74 ug/24hr (26-121), epinefrina <9 ug/24hr (2-24), norepinefrina 74 ug/24hr (15-100) y dopamina 331 ug/24hr (52-480). Metanefrinas urinarias con metanefrinas libres 96 mcg/24hr (90-135), normetanefrinas libres 245 mcg/24hr (122-676) y metanefrinas totales 341 mcg/24hr (224-832).Se realiza cervicotomía anterolateral con tiroidectomía total, y debido a invasión del 90 % en circunferencia de laringe y tercio superior de tráquea, con laringectomía hasta hipofaringe con traqueostomía. El resultado de patología con células neoplásicas en patrón de Zellballen, positivas para cromogranina y S-100, y con nódulo menor con neoplásia patrón folicular, con tinción de tiroglobulina y TTF-1 positivas (Imagen 2). A las 3 semanas de egreso, por carcinoma papilar tiroideo de alto riesgo, se aplicó 100 mCi de I-131. Actualmente en seguimiento con terapia supresiva con levotiroxina sódica a 150 mcg al día. CONCLUSIONES: El paraganglioma tiroideo es una entidad rara, y con una frecuencia aún menor cuando se presenta con un carcinoma papilar tiroideo sincrónico, en los cuales se ha asociado a la presencia del gen SDHB y SDHD. No se ha demostrado un aumento en el riesgo de recidiva ni en la morbimortalidad en estos casos. Su tratamiento continua siendo la resección tumoral del paraganglioma, y en el caso del carcinoma papilar tiroideo, acompañado de I-131 y su terapia supresiva con levotiroxina. BIBLIOGRAFÍA: 1- Rasquin, L., Prater, J., Mayrin, J., & Minimo, C. (2018). Simultaneous Pheochromocytoma, Paraganglioma, and Papillary Thyroid Carcinoma without Known Mutation. Case Reports in Endocrinology, 2018, 1–3.



 # 53

Título: ACROMEGALIA Y ENFERMEDAD DE CHIARI II: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Autor principal: Dra. Viridiana Mendoza López

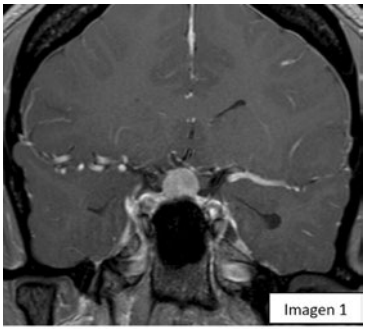
Email autor principal: menvirlop.33@gmail.com

Autores: Jasso Jiménez, Luis Alejandro. Vargas Ortega, Guadalupe. Mendoza Zubieta, Victoria. Balcázar Hernández, Lourdes. González Virla Baldomero, José Gregorio.

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Chiari tipo II, es una rara patología también denominada malformación de Chiari clásica (o malformación de Arnold-Chiari propiamente dicha), en la cual las estructuras cerebelosas y del tallo cerebral protruyen a través del foramen magno, complicación que puede provocar parálisis parcial o total por debajo del mielomeningocele. Puede estar asociada a otros tipos de alteraciones intracraneales: hipoplasia del tentorio, anomalías del acueducto de Silvio y lesiones hipofisarias. OBJETIVO: Presentación de un caso de acromegalia asociada a enfermedad de Chiari tipo II. CASO CLÍNICO: Mujer de 22 años, diagnóstico de Enfermedad de Chiari tipo II en status de derivación ventriculoperitoneal. Incidentaloma hipofisario durante seguimiento neuroquirúrgico con envío a endocrinología para abordaje (Imagen1). Clínicamente asintomática, eumenorreica. Bioquímicamente sin hipopituitarismos (TSH 2.39, T4L 1.22, PRL 12.89, FSH 2.58, LH 2.88, cortisol 25.01), destacando niveles elevados de IGF1 (360), con HG basal de 1.18 y nadir a 90 minutos de 1.22, estableciéndose diagnóstico de acromegalia, realizándose resección transesfenoidal con hallazgo histopatológico de adenoma productor de GH, cursando con diabetes insípida post quirúrgica y remisión de hipersomatotropismo DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Hasta el momento se han encontrado pocos casos de coexistencia entre Acromegalia y Enfermedad de Chiari I (ectopia de la amígdala cerebelosa asociada con siringomielia); la etiología de dicha asociación no esta bien determinada, se sugiere la presencia de hipertrofia de tejido conectivo en el canal espinal, así como neuropatía primaria con incremento de tejido endo y perineural; sin embargo la asociación entre Acromegalia y Enfermedad de Chiari II es aún más rara y la etiología no está bien dilucidada por lo que se requieren más estudios para dicha correlación. Southern Medical Journal. 87 (2): 284-285, 1994./ J Neurosurg 104:980, 2006



 # 54

Título: Diabetes insípida central con edema de miembros pélvicos

Autor principal: Dra. Mercedes Aguilar Soto

Email autor principal: mercedesaguilarsoto@gmail.com

Autores: Salame K. Latife*, Mercado A. Moisés, Cuenca A. Dalia*, Franco G. Juvenal*. Servicio de Medicina Interna, Centro Médico ABC, México.

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Antecedentes: La diabetes insípida central (DI) es un trastorno endocrinológico que resulta de la deficiencia parcial o total de arginina vasopresina (AVP) u hormona antidiurética. Se caracteriza por poliuria dilucional, hiperosmolaridad plasmática e hipovolemia relativa, típicamente sin edema. Objetivo: Presentar el caso de una paciente con DI a quien se le encuentra con hipernatremia y edema de miembros pélvicos. Presentación del caso: Mujer de 55 años de edad quien ingresa por astenia, adinamia, náusea y vómito en una ocasión, con sed intensa de tres días de evolución así como edema en miembros pélvicos inferiores que se acompañaba de dolor a la deambulación. Como antecedentes de importancia, la paciente tiene cáncer de mama luminal A, recurrente metastásico con actividad en hueso, hígado, meninges, vejiga, y suprarrenales. Secundario a esto, padece insuficiencia suprarrenal primaria, hipotiroidismo secundario y DI central. La paciente recibía tratamiento con prednisona 10 mg cada 24 horas, levotiroxina 50 mcg cada 24 horas y desmopresina 0.1 mg cada 24 horas, mismos que había suspendido 7 días previos a su ingreso por debido al edema. A la exploración física, la TA en 90/60 sin cambios ortostáticos, pulso 82, peso 60 kg, talla 1.56. El único hallazgo relevante fue la presencia de edema generalizado, con godete en piernas y sin godete en brazos. Laboratorios: Glucosa 91.5, Urea 6.9, Creatinina 0.98, Albúmina 3.58; Na+ 159 mEq/L, K+ 3.9 mEq/L, Cl- 122 mEq/L, osmolaridad urinaria105 mOsm/L; déficit de agua libre calculado de 2.9 L. Después de descartarse trombosis venosa profunda, se le inicia manejo con infusión de albúmina, con lo que se indujo uresis de 800 mL, agregándose entonces desmopresina. Cuatro horas después el Na+ persistía alto (156 mEq/L), iniciándose reposición del déficit de agua con solución glucosada 5% y furosemide. Con lo anterior, el edema fue resolviéndose. La paciente fue dada de alta hemodinámicamente estable, con natremia de 138 mEq/L Conclusiones: La coexistencia de DI y edema es rara ya que la AVP es necesaria para la formación de edema. Este escenario debe motivar la búsqueda de otras condiciones concomitantes como insuficiencia cardíaca, renal o hepática, así como hipocortisolismo. 1. White, A. . Diabetes Insipidus Associated with Edema — Report of a Case, with Discussion of the Physiologic Implications. New Eng Jour Med 1954; 250. 2. Christ-Crain, M. et al.Diabetes insipidus. Nature Reviews Disease Primers 2019; 5(54)

 # 55

Título: ADENOMA GONADOTROPO FUNCIONANTE

Autor principal: Dr. Marco Antonio Roman Montalvo

Email autor principal: mroman0890@gmail.com

Autores: Román-Montalvo, Marco Antonio1; Medrano De Ávila, Carolina1; Medrano-Danes, Luis Adiel2*; Mercado-Flores, Mariana2*; García-Estrada, Everardo3*; Sotomayor-González, Arturo3*; Hinojosa-Amaya, José Miguel1; Zúñiga-Guajardo, Sergio1. 1.- Servicio de Endocrinología, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", U.A.N.L., Monterrey, N.L., México. 2.- Centro Universitario de Imagen Diagnóstica, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", U.A.N.L., Monterrey, N.L., México. 2. Servicio de Neurocirugía, Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González", U.A.N.L., Monterrey, N.L., México.

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

ANTECEDENTES: Dentro de los adenomas hipofisarios no funcionantes, el adenoma gonadotropo es la variedad más frecuente. En series de casos de pacientes post-operados explican hasta un 64 % de los adenomas hipofisarios clínicamente no funcionantes. A pesar de que en la evaluación química se tiñen positivamente para hormona folículo-estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH), o ambas, solo un subgrupo elevan los niveles séricos de estas hormonas con fracciones sin actividad biológica sobre las gónadas. Existen reportes de casos infrecuentes en los cuales hay un aumento de FSH y LH biológicamente activas, elevando estradiol en mujeres y testosterona en hombres. OBJETIVO: Descripción de un caso de adenoma gonadotropo funcionante. CASO CLÍNICO: Masculino de 49 años. Refiere disminución de agudeza visual de cuatro años de evolución. Un año previo a su ingreso, presenta disminución de la libido e impotencia. Un mes previo se agregó paresia ascendente y progresiva de extremidades. Dos semanas antes de su ingreso, se agregó cefalea holocraneana intensa (8/10 EVA) y pulsátil, con náusea, vómito y alteración de la consciencia, motivo por el cual acudió a urgencias. A su ingreso estable hemodinámicamente, Glasgow de 14, con amaurosis en ojo izquierdo y hemianopsia temporal en ojo derecho, sin ginecomastia ni galactorrea, con genitales sin alteraciones. Se realizó resonancia magnética de cerebro encontrando un macroadenoma hipofisario invasor de 52 x 43 x 35 mm, con hidrocefalia supratentorial y edema transependimario (Imagen 1). Se realizó medición preoperatoria de: TSH 1.25 uUI/ml (0.27-4.2), T4L 0.87 ng/dl (0.93-1.70), cortisol sérico 3.58 ug/dl (4.82-19.5), FSH 30.27 mUI/ml (4.6-12.4), LH 16.54 mUI/ml (1.7-8.6), prolactina 65.72 ng/dl (4.04-15.2), testosterona total 9.82 ng/ml (2.49-8.36) la cual se repitió a las 24 horas con 10.28 ng/ml. Al realizar ultrasonido testicular encontramos un volumen en testículo derecho de 17.4 cc y 18.1 cc en el izquierdo. Se inicia terapia de reemplazo hormonal (corticoesteroides y levotiroxina) y se realizó cirugía transesfenoidal. En el postoperatorio inmediato cursó con diabetes insípida. A las 24 horas postoperado se miden FSH 5.72 uUI/ml , LH 1.57 mUI/ml y testosterona total 1.30 ng/ml. Reporte preeliminar de patología con histología de adenoma hipofisario. CONCLUSIONES: El adenoma gonadotropo funcionante es una entidad poco frecuente con consecuencias sobre la fertilidad. A pesar de que se ha intentado utilizar tratamiento médico para disminuir los valores de FSH, LH, estradiol o testosterona, su efectividad es controversial y suele ser de poca utilidad para el control tumoral. Hasta el momento, el tratamiento de primera línea es la resección transesfenoidal y en los casos recidivantes radioterapia.BIBLIOGRAFÍA: 1.- Ntali, G., Capatina, C., Grossman, A., & Karavitaki, N. (2014). Functioning Gonadotroph Adenomas. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 99(12), 4423–4433.



 # 56

Título: SÍNDROME DE INTERRUPCIÓN DEL TALLO HIPOFISARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: Dra. MIRIAM LYZBETH SÁNCHEZ GARCÍA

Email autor principal: mrmsaga@gmail.com

Autores: Sánchez García Miriam Lyzbeth, Sol Oliva Luis David Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Departamento de Biología de la Reproducción.

Área a la que pertenece su trabajo: HIPOFISIS

Resumen:

Introducción: El Síndrome de Interrupción del Tallo Hipofisario (PSIS por sus siglas en inglés) es una anomalía congénita, caracterizada por la siguiente triada: tallo hipofisario delgado o ausente, glándula pituitaria pequeña o ausente y ausencia o ectopia de la hipófisis. Su presentación es variable. Objetivo: Describir el caso de una paciente joven en la que se diagnosticó un PSIS. Caso: Se presenta el caso de una mujer de 19 años de edad, que presentó telarca y pubarca a los 12 años. A los 17 años, se le realizó un cariotipo con resultado: 46 XX. Presentó menarca inducida con progestina a los 18 años. Durante su estudio se detecta hipogonadismo hipogonadotrópico, al evaluar el resto de los ejes hormonales se detectó hiposomatotropismo e hipocortisolismo. Se inició tratamiento con levonorgestrel 0.15 mg /etinilestradiol 0.03 mg y prednisona 5 mg. Se realizó una IRM de encéfalo con hallazgo de neurohipófisis ectópica y ausencia del tallo infundibular. Se concluye el diagnóstico de PSIS. Discusión: El PSIS tiene una incidencia de 0.5/100000 nacidos vivos. Se cree que es causado por mutaciones en genes relacionados con la embriogénesis hipofisaria (5% de los casos), defectos cromosómicos (deleción de 18p, traslocaciones del cromosoma X que afectan a SOX3 y microdeleciones 17q21.31), y también se ha asociado a asfixia perinatal o lesiones traumáticas durante el nacimiento (32% de los casos). El PSIS es más prevalente en hombres (1.7-2.3:1) y raramente es familiar (5%). Puede presentarse con deficiencia combinada de hormonas hipofisarias (GH 100%; FSH y LH 97.2%; ACTH, 88.2%; y TSH, 70.3%; hiperprolactinemia, 6.9%); o solo con deficiencia aislada de GH o FSH y LH. La presentación clínica al diagnóstico es variable, pero se ha identificado la talla baja como la manifestación predominante en niños, y el hipogonadismo hipogonadotrópico en adultos. En la resonancia magnética se observa la triada antes mencionada, la neurohipófisis ectópica es comúnmente vista en el receso infundibular (60.4%) o en el hipotálamo (18.9%). El tratamiento de esta entidad consiste en la sustitución de las deficiencias hormonales. Conclusión: El PSIS es un defecto de desarrollo fácilmente identificable por resonancia magnética, que frecuentemente se asocia con deficiencia de múltiples hormonas hipofisarias, sin embargo, es una patología con una presentación bastante heterogénea, por lo que el diagnóstico oportuno se puede retrasar. La pronta identificación de esta patología es primordial para garantizar la instauración temprana del tratamiento dirigido a tratar las deficiencias hormonales de las que se acompañe. Bibliografía: Parks JS. (2018)Congenital hypopituitarism. Clin Perinatol;45:75–91. Doi:10.1016/j.clp.2017.11.001. Voutetakis A, Sertedaki A, Dacou-Voutetakis C. (2016) Pituitary stalk interruption syndrome: cause, clinical manifestations, diagnosis, and management. Current Opinion in Pediatrics. 28(4):545–550. doi: 10.1097/MOP.0000000000000378.

 # 57

Título: SÍNDROME DE CUSHING: REPORTE DE 4 CASOS

Autor principal: Dra. Diana Aguilar Jasso

Email autor principal: dianaaj87@hotmail.com

Autores: Delgadillo Ruano Martha Alicia*, Solano Morales Manuel Alejandro*, López-Beltrán Ana Laura. Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Pediatría, Guadalajara, Jalisco

Área a la que pertenece su trabajo: PEDIATRIA

Resumen:

ANTECEDENTES: El Síndrome de Cushing (SC) es raro en pediatría, con sólo un 10-15% de la incidencia global. La corticoterapia es su etiología más frecuente, seguida por hipersecreción de ACTH hipofisiaria. En <5 años de edad los tumores suprarrenales representan hasta 10.5% de las causas de SC, la enfermedad adrenocortical nodular pigmentada es responsable de < 1% de los casos de SC. OBJETIVO: Presentar 4 casos de SC en pediatría. CASO 1. Masculino de 3 años 6 meses, en estudio por SC. Periodos de hiperfagia, disminución de ganancia de talla, incremento de peso, edema generalizado y cambios de comportamiento, con resolución espontánea y periodos asintomáticos. Gammagrama con noryodocolesterol compatible con tejido hiperfuncionante en ambas cortezas suprarrenales. Se realiza suprarrenalecotmia bilateral; reporte anatomo-patológico concluye enfermedad adrenocortical nodular pigmentada primaria. CASO 2. Femenino de 12 años 11 meses, en estudio por SC. Inicio a los 8 años de edad con aumento de peso de hasta 20Kg, acné, aumento de vello corporal, acantosis nigricans, abdomen con estrías <0.5cm, hipertensión arterial e hipertrigliceridemia. Con cortisol sérico nocturno entre 1.8ug/dl y 7.5ug/dl, ACTH basal de 24.72 pg/ml y RMN cerebral normales. Niveles de testosterona elevados en 2 ocasiones, Tanner mamario 2 y púbico 3, sin hiperpigmentación, TAC de suprarrenales normal y USG pélvico reporta ovario poliquístico. Concluyéndose pseudocushing. CASO 3. Masculino de 13 años 11 meses, en estudio por SC. Inicio a los 11 años de edad con aumento de peso de hasta 20Kg, detención del crecimiento, hipertensión arterial, acantosis nigricans, giba dorsal y estrías violáceas en abdomen. Talla/edad: -2.22 DS. Se establece hipercortisolismo endógeno, nivel sérico de ACTH en 160pg/ml y se realiza prueba de supresión con dosis altas de dexametasona con supresión >68% y posteriormente RMN cerebral con macroadenoma hipofisario concluyendo enfermedad de Cushing. CASO 4. Masculino de 13 años 2 meses, en estudio por SC. Inicio desde los 3 años de edad con incremento ponderal. A los 10 años de edad cefalea, hipertensión arterial y debilidad. Facies de luna llena, giba dorsal e hirsutismo en espalda, obesidad central, estrías violáceas de 1cm en abdomen y piel adelgazada y lisa, equimosis en ingle. Se reporta hipercortisolismo endógeno. ACTH sérico de 58.3pg/ml y prueba de supresión con dosis altas de dexametasona con supresión >68%. RMN cerebral descarta lesiones ocupativas. Muestreo de senos petrosos, concluye enfermedad de Cushing lateralizado al lado derecho. CONCLUSIONES: El SC en pediatría se puede presentar desde un cuadro clínico de hipercortisolismo clásico y progresivo hasta una forma cíclica o irregular con aparición de características cushingoides rápidas; la edad del paciente y un adecuado orden del abordaje diagnóstico es fundamental para establecer la localización y conducta terapéutica. Su diagnóstico es un reto en la mayoría de los casos.

 # 58

Título: Prevalencia de la enfermedad de Hígado Graso no Alcohólico en pacientes con colelitiasis y su asociación con el síndrome metabólico en el centro de México.

Autor principal: Dra. Verónica Muñoz Cornejo

Email autor principal: veromunoz9418@gmail.com

Autores: Muñoz-Cornejo Verónica2* (Lazo-de-la-Vega-Monroy María-Luisa), García-Santillán Juan Antonio1*, Lazo-de-la-Vega-Monroy María-Luisa1, García-Ramírez Juana-Rosalba1, 3*, Preciado-Puga Mónica del Carmen2*, Jordán-Pérez Benjamín3 * & Garnelo-Cabañas Serafín.3*, Ruiz-Noa Yeniley1*, Ibarra-Reynoso Lorena del Rocío1* 1Departamento de Ciencias Médicas, División de Ciencias de la Salud. Universidad de Guanajuato, Campus León. 2Departamento de Medicina y Nutrición, División de Ciencias de la Salud. Universidad de Guanajuato, Campus León 3Hospital General León, León, Guanajuato.

Área a la que pertenece su trabajo: OTROS

Resumen:

Introducción. La enfermedad de hígado graso no alcohólico (EGHNA) es una patología asociada a la presencia de grasa intrahepática y su patogénesis está estrechamente relacionada a trastornos metabólicos como la obesidad, resistencia a la insulina y diabetes mellitus, es decir que comparte factores de riesgo similares para el desarrollo de síndrome metabólico (SM). La enfermedad de cálculos biliares también se ha relacionado con estos factores de riesgo. Estudios en otras poblaciones han encontrado asociación entre la presencia de EGHNA y colelitiasis pero hasta la fecha existe solo un estudio donde se evalúa la prevalencia en población mexicana por lo que se plantea el siguiente objetivo. Objetivo. Determinar la prevalencia de EGHNA en pacientes con colelitiasis y su asociación con el síndrome metabólico en el centro de México. Materiales y métodos. Estudio transversal comparativo en 160 pacientes que al ser sometidos a colecistectomía programada se les realizó biopsia hepática del remanente extraído propio de la cirugía. Los datos antropométricos y estudios bioquímicos fueron tomados. Los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo a la presencia o ausencia de EHGNA. Se calculó la prevalencia de esta enfermedad, se determinó la presencia de síndrome metabólico. Se utilizó una prueba T student para comparar ambos grupos y se analizaron diferencias entre las variables. El consentimiento informado fue firmado por todos los participantes y el protocolo fue aprobado por el comité de ética institucional. Resultados. La prevalencia de EHGNA en pacientes con colelitiasis fue de 36.3 %. El sexo femenino fue predominante (86.2%). La media de edad fue de 43±10.7 años. Al comparar los dos grupos, encontramos que los pacientes con EHGNA tienen mayor prevalencia de síndrome metabólico (58.6%) que los sanos (34.6%) (p=0.003); también tuvieron mayor edad (p<0.001), presión arterial sistólica (p=0.006), peso (p=0.009), índice de masa corporal (p=0.012), circunferencia de cintura y cadera (p=0.002, p=0.002), glucosa (p=0.015), colesterol total (p<0.001) colesterol-LDL (p=0.067) y triglicéridos (p=0.017). También se encontró que el padecer SM es un factor de riesgo de EGHNA (OR = 2.7 IC95% (1.397-5.265). Conclusiones. Existe una elevada prevalencia de EHGNA en pacientes con enfermedad litiásica vesicular, la cual se encuentra ligada a la presencia de síndrome metabólico, cuya prevalencia también es alta.
Bibliografía. Koller, T., Kollerova, J., Hlavaty, T., Huorka, M., & Payer, J. (2012). Cholelithiasis and markers of nonalcoholic fatty liver disease in patients with metabolic risk factors. Scandinavian Journal of Gastroenterology, 47(2), 197–203. García-Monzón, C., Vargas-Castrillón, J., Porrero, J. L., Alonso, M. T., Bonachía. Castillo, M. Jo et al. Prevalence and risk factors for biopsy-proon- alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis in a prospective cohort of adult patients with gallstones. Liver Int 2015, 35(8), 1983.

 # 59

Título: Percepciones sobre el manejo de la obesidad y las barreras para la pérdida de peso en México: resultados del estudio ACTION-IO

Autor principal: Dr. EDUARDO GARCIA GARCIA

Email autor principal: edusl10@hotmail.com

Autores: García García Eduardo, Laviada Molina Hugo, Mancillas Adame Leonardo, Edurne Sandoval Diez, Vázquez Velázquez Verónica.

Área a la que pertenece su trabajo: OBESIDAD

Resumen:

Antecentes: La obesidad es una enfermedad crónica que representa un reto terapéutico. El estudio Internacional ACTION-IO (Awareness, Care, and Treatment In Obesity MaNagement – International Observation) tuvo como objetivo identificar percepciones, actitudes, comportamientos y barreras para un tratamiento efectivo de la obesidad entre personas con obesidad (PcO) y profesionales de la salud (PS). El objetivo de este reporte es dar a conocer los resultados de ACTION-IO en los encuestados mexicanos. Material y Métodos: El estudio ACTION-IO fue un estudio descriptivo transversal, no intervencionista, que recopiló datos a través de encuestas en línea entre PcO y PS en 11 países: Australia, Chile, Israel, Italia, Japón, México, Arabia Saudita, Corea del Sur, España, Emiratos Árabes Unidos y el Reino Unido (entre el 4 de junio de 2018 y el 15 de octubre de 2018). La obesidad se determinó a partir del peso y estatura autoreportadas (IMC ≥30). El cuestionario fue desarrollado por un comité directivo internacional de profesionales médicos y expertos líderes en obesidad y psicología de los países participantes. Resultados: En México, completaron la encuesta 2,000 PcO y 400 PS. Aunque la mayoría de las PcO y los PS concuerdan en que la obesidad es una enfermedad crónica, 86% de las PcO consideraron que perder peso es su responsabilidad y solo 38% de los PS consideraron a la genética como una barrera para perder peso. Casi dos tercios de las PcO estaban motivadas a perder peso (63%) y la principal meta de tratamiento (53%) era el reducir riesgos para la salud. Sin embargo, la mayoría de los PS encuestados consideraron a la falta de interés del paciente (76%) o a la falta de motivación (69%) como razón para no dialogar acerca del peso, en contraste con el 4 y 22% de las PcO, respectivamente. La mayoría de las PcO (80%) preferían que el PS iniciara la conversación sobre la pérdida de peso, y solo el 3% se sentían ofendidos por tener esa conversación. Entre las personas que habían discutido el peso con un PS en los últimos 5 años, 72% habían recibido el diagnóstico de obesidad (47% del total), y trascurrieron una media de 4 años entre el momento que empezaron a luchar con su sobrepeso o su obesidad y la primera conversación con un PS al respecto. Conclusiones: Estos datos resaltan la necesidad de mejorar la educación del manejo clínico de la obesidad tanto para las PcO como para los PS en México. La percepción errónea del PS sobre la falta de interés/motivación de los pacientes en el control del peso es una barrera potencial para iniciar a tiempo la conversación sobre el manejo del peso.



 # 60

Título: Percepciones sobre el manejo de la obesidad y las barreras para la pérdida de peso en México: resultados del estudio ACTION-IO

Autor principal: Dr. LEONARDO MANCILLAS ADAME

Email autor principal: edusl10@hotmail.com

Autores: Mancillas Adame Leonardo, García García Eduardo, Laviada Molina Hugo, Sandoval Diez Edurne, Vázquez Velázquez Verónica.

Área a la que pertenece su trabajo: OBESIDAD

Resumen:

Antecedentes: La Obesidad es una enfermedad crónica que a menudo no es reconocida o tratada de manera adecuada en la práctica clínica. Objetivo: Identificar las percepciones del manejo de la obesidad y las barreras para la pérdida de peso entre personas con obesidad (PcO) y profesionales de la salud (PS) en México. Métodos: El estudio 'Awareness, Care, and Treatment In Obesity MaNagement – an International Observation' (ACTION-IO, NCT03584191) fue un estudio descriptivo transversal, no intervencionista, que recopiló datos a través de encuestas en línea entre PcO y PS en 11 países: Australia, Chile, Israel, Italia, Japón, México, Arabia Saudita, Corea del Sur, España, Emiratos Árabes Unidos y el Reino Unido (entre el 4 de junio de 2018 y el 15 de octubre de 2018). En México se incluyeron PcO con un IMC ≥30 determinado a partir del peso y estatura autoreportadas. El cuestionario fue desarrollado por un comité directivo internacional de profesionales médicos y expertos líderes en obesidad y psicología de los países participantes. Se reportan los resultados del subgrupo de población mexicana, para ambos grupos. Resultados: En total, los encuestados en México fueron 2,400 (2,000 PcO y 400 PS). La mayoría de las PcO (71%) consideraron que la obesidad es una enfermedad crónica, el 84% creen que la obesidad tiene un impacto extremo en su salud en general, y el 79% dijeron estar extremadamente preocupados de que el peso actual afecte su salud en el futuro. A pesar de esto, muchas PcO (35%) están de acuerdo que la obesidad es menos importante que otras enfermedades y el 23% están de acuerdo que no hay nada que el doctor pueda hacer para ayudarlos a controlar su peso. Un poco más de la mitad (51%) indicaron que sabían cómo perder peso, aunque solo el 4% pudo mantener al menos un 10% de pérdida de peso durante un año o más. Las barreras percibidas para la pérdida de peso entre las PcO y los PS incluyeron: falta de ejercicio (PcO 80%, PS 89%), hábitos alimenticios poco saludables (PcO 69%, PS 88%), preferencia por alimentos poco saludables (PcO 61%, PS 91%), el costo de los alimentos saludables (PcO 57%, PS 47%) poca capacidad para controlar el hambre (PcO 52%, PS 62%) y el metabolismo (PcO 56%, PS 45%). Conclusiones: En población mexicana, a pesar de que muchas PcO consideraron a la pérdida de peso como su responsabilidad y que reportaron que sabían que hacer para controlar su peso, pocos tuvieron éxito en el manejo del peso a largo plazo. Las PcO reconocieron a la obesidad como una enfermedad crónica, pero la consideran menos importante que otras enfermedades y pocos pensaban que un médico podría ayudarles. Tanto las PcO como los PS percibieron muchas barreras conductuales y sociales para el control de la obesidad, por lo que podría ser conveniente para ambos favorecer una comunicación colaborativa sobre la enfermedad, su compleja naturaleza y el manejo basado en evidencia.



 # 61

Título: Insulinoma Recidivante. A propósito de un caso.

Autor principal: Dr. Yang David García Chang

Email autor principal: yang_90@hotmail.com

Autores: García-Chang Yang*, Plaza-Yamazaki Gilberto*, Vergara-Lopez Alma** *Residente de Endocrinología-CMN 20 de Noviembre, ISSSTE **Médico Adscrito de Endocrinología-CMN de Noviembre, ISSSTE

Área a la que pertenece su trabajo: OTROS

Resumen:

Antecedentes: el insulinoma (IN) es un tumor maligno de las células beta. La manifestación clínica común del IN es hipoglucemia (HG) en ayuno, con episodios discretos de síntomas neuroglucopénicos que pueden estar precedidos o no por síntomas simpaticoadrenales. La HG en personas con IN se debe principalmente a una disminución de la producción de glucosa (GLU) hepática en lugar de una mayor utilización. Objetivo: abordaje de estudio de HG espontánea y tratamiento de IN Caso clínico: hombre de 65 años, agricultor y antecedente de epilepsia (2017) secundaria a trauma de cráneo, en tratamiento con valproato de magnesio. Padre finado por cardiopatía isquémica, madre y hermana fallecidas por cáncer de útero. Inicia padecimiento actual en noviembre 2018 con cambios de comportamiento de tipo irritabilidad y agresividad, agregándose crisis convulsivas tónico clónicas, acude a atención médica donde se evidencia glicemia de 20mg/dl, se cuantifican niveles de insulina (INS) siendo >300 mUI/ml. Posterior a esto se valoran hormonas contrarreguladoras y GLU con los siguiente niveles séricos: GLU 45 mg/dl, cortisol 2.1 mcg/dl, INS 57.2 mUI/ml y GH 0.2 ng/ml, concluyendo deficiencia de cortisol y GH, iniciándose tratamiento con prednisona 5-0-2.5mg/día, octreótido 20mg/mes y se decide envío a este hospital para continuar protocolo y seguimiento. Se retoma caso de paciente en el contexto de HG hiperinsulinémica en estudio. Se realizó prueba de ayuno de 72 horas y al momento de que presentó HG espontánea se tomó muestra de Ins y péptido C. Ver Tabla 1. Al obtener estos resultados, se realizó ultrasonido (US) endoscópico el cual reportó lesión hipoecoica, redondeada, bien circunscrita 7x8mm en cabeza del páncreas hacia proceso uncinado. Se solicitó PET-CT (Fig.1) Con base en los resultados obtenidos se concluye IN de cabeza de páncreas, decidiéndose enucleación de IN, sin embargo paciente con persistencia de HG en el postoperatorio, por lo que se decide pancreatectomía radical con reporte de histopatológico de IN e inmunohistoquímica con Ki67 2%, cromogranina +, CD56+. Conclusiones: el diagnóstico de IN se realiza con concentraciones séricas inapropiadamente altas de INS durante un episodio espontáneo o inducido de HG. Los estudios de imagen se utilizan para localizar el tumor. En caso de no localizar tumor por estudio no invasivo de uso rutinario (US y tomografía), se puede considerar estudio más sofisticado como PET o estudio invasivo como US endoscópico. Prácticamente todos los IN son tumores de células de islotes. Bibliografía 1. Martens-P et al. Approach to the patient with spontaneous hypoglycemia Eur J Intern Med. 2014;25 (5):415-21 2. Okabayashi-T et al. Diagnosis and management of insulinoma World J Gastroenterol. 2013;19 (6):829-37 3. Nockel-P et al. Localization of Insulinoma Using 68Ga-DOTATATE PET/CT Scan J Clin Endocrinol Metab. 2017;102 (1):195-199.



Fecha	Glucosa mg/dl	Insulina mCU/ml	Péptido C nmol/l
12.02.19	41	24.3	1.3
13.02.19	41	201	5.09

 # 62

Título: NIVELES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA E INTERLEUCINA 6 Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO EN NIÑOS CON OBESIDAD.

Autor principal: Dr. ENRIQUE JAVIER GÓMEZ BAYARDO

Email autor principal: enrique.jagoba@gmail.com

Autores: Delgadillo Ruano Martha Alicia*, Solano Morales Manuel Alejando*, Arroyo Becerril Paola Esperanza, Rosa Ortega Córtes. Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital de Pediatría, Guadalajara, Jalisco.

Área a la que pertenece su trabajo: PEDIATRIA

Resumen:

ANTECEDENTES: En México, la obesidad es la afectación nutricional más frecuente en niños, predispone a complicaciones en su salud, calidad de vida de sus familias y economía global. La obesidad infantil se ha convertido en un tema de vital importancia, catalogándose actualmente como emergencia epidemiológica. OBJETIVO: Determinar la relación entre los niveles séricos de del factor de necrosis tumoral alfa e interleucina 6 con el síndrome metabólico en niños con obesidad. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo-retrospectivo. Se incluyeron pacientes entre 6-15 años con criterios de obesidad por índice de masa corporal, valorados en consulta entre 01/04/2015 al 01/01/2017, en total fueron 74 a los cuales se les determinaron niveles de citocinas (interleucina 6 y factor de necrosis tumoral alfa), así como otras variables relacionadas con el síndrome metabólico (Indice de masa corporal , indice cintura/cadera , porcentaje de grsa corporal , Peso, talla, presión arterial , PCR, TGL, HDL, Colesterol total, LDL, VLDL, TGO, TGP, HOMA, insulina, Acantosis Nigricans, glucosa sérica en ayunas). Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial. RESULTADOS. Del total de pacientes, 95 % presentaron factor de necrosis tumoral alfa elevado (p< 0.001), no siendo así para la interleucina 6 ya que solo 43% presentaron niveles elevados. Para el factor de necrosis tumoral alfa se encontró significancia estadística en asociación con alteración de glucosa en ayuno, hipoalfalipoproteinemia e hipertrigliceridemia. Sin embargo, cuando se realizó la asociación de los componentes del síndrome metabólico con la interleucina 6 no se encontró diferencia estadísticamente significativa en ningún criterio. La presencia del perímetro de cintura por arriba del percentil 90 se encontró en el 79 % del total de pacientes estudiados, siendo un parámetro de gran impacto considerándose el principal componente para el diagnóstico de síndrome metabólico. Dentro de los resultados obtenidos en los parámetros bioquímicos destaca la hiperinsulinemia presente hasta en el 62 % de la población, con valores incrementados de HOMA en el 77% de los niños. CONCLUSIONES. Los pacientes con obesidad en edad pediátrica presentan hiperinsulinemia hasta en el 62 % de la población estudiada. El síndrome metabólico tiene prevalencia del 28 % en pacientes de 6 a 15 años y se asocia a niveles elevados de factor de necrosis tumoral alfa, se considera una citosina proinflamatoria capaz de inducir resistencia a la insulina. Los componentes de síndrome metabólico que presentan una asociación con significancia estadística son la alteración de glucosa en ayuno, hipertrigliceridemia e hipoalafalipoproteinemia , esto es debido a que esta citosina contribuye en el proceso de resistencia a la insulina a través de la inhibición de la actividad del sustrato del receptor de insulina 1. Los niveles elevados de interleucina 6 no se asociaron a ningún componente de síndrome metabólico.

 # 63

Título: MALFORMACIONES RENALES EN PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO CONGÉNITO

Autor principal: Dra. Cynthia Mirelly Lugo Cardona

Email autor principal: cynthio2000@hotmail.com

Autores: Lugo-Cardona Cynthia Mirelly, Saquicela Novillo Daniela*, Rivera-Hernández Aleida UMAE HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI SERVICIO ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA

Área a la que pertenece su trabajo: PEDIATRIA

Resumen:

INTRODUCCIÓN: El hipotiroidismo congénito (HC) primario resulta del déficit de hormonas tiroideas causado por disgenesia, dishormonogénesis, alteración en el transporte intracelular a las células blanco o resistencia a hormonas tiroideas desde el nacimiento. Es la enfermedad endocrina congénita más común, con incidencia de 1 en 1950 RN vivos en México. El 85% es esporádico, la disgenesia es la más frecuente y de estas solo el 2% son hereditarias. Se han descrito alteraciones en el gen PAX8, factor de transcripción para la ontogenia tanto tiroidea, como renal OBJETIVO: Describir características clínicas, bioquímicas y de imagen de niños con HC primario e identificar presencia de malformaciones renales en los mismos. MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo. A los pacientes de la consulta externa de endocrinología pediátrica con diagnóstico de HC primario se realizó historia clínica completa, somatometría completa, determinación de hormonas tiroideas, tiroglobulina, USG renal y tiroideo. De acuerdo a la distribución de nuestra población los datos se expresaran en mediana, mínimos y máximos, frecuencias. RESULTADOS: Se estudiaron 75 casos, pero se incluyeron 59 con HC primario que cumplieron criterios de inclusión, ♀ 71.2%, ♂ 28.8%%, edad al diagnóstico 30 días (5 días – 5 años). Se encontró tamiz positivo en 59%, 24% negativo y 17% se desconoce si se realizó o resultado. La tiroglobulina fue normal en 75%(44), no detectable 17%(10) y elevada 8%(5). Los hallazgos por USG tiroideo mostraron hipoplasia tiroidea 48%(28), agenesia 20%(12), ectopia 5%(3) y tiroides de características normales 27%(16). En cuanto al USG renal 1 paciente (1.6%) presento hipoplasia renal bilateral, otro (1.6%) datos de litiasis renal y dos casos (3.2%) cicatrices en un riñón y datos inflamatorios. La paciente que presento hipoplasia renal presentaba tiroides de tamaño normal. El estado de nutrición fue normal en 70%, peso bajo 3%, sobrepeso 15% y obesidad 12% de acuerdo con el IMC esperado para edad y sexo de los casos. CONCLUSIONES: En nuestra población el diagnóstico de sospecha se realizó por tamiz. La causa más frecuente de HC fue la hipoplasia tiroidea. No se encontraron alteraciones en el USG renales sugestivas de alteraciones en factor de transcipción PAX8. Se encontró obesidad o sobre peso en 27% similar a lo reportado por ENSANUT 2016 donde reportan una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 23.5% en menores de 5 años. BIBLIOGRAFÍA: Actualización en hipotiroidismo congénito: definición, epidemiología, embriología y fisiología. Primera parte. Rivera-Hernández A, et al. Rev Mex Pediatr 2017; 84(5); 204-209 Actualización en hipotiroidismo congénito: definición, epidemiología, embriología y fisiología. Segunda parte. Rivera-Hernández A, et al. Rev Mex Pediatr 2017; 84(5); 204-209 Hipotiroidismo congénito: un diagnóstico que no debemos olvidar. Grob F, Martínez A. Revista chilena de pediatría. 2012; 83(5); 482-491

 # 64

Título: UTILIDAD PRONÓSTICA DEL ÍNDICE LEPTINA/ADIPONECTINA EN EL CAMBIO DE CATEGORÍA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑAS CON PUBERTAD PRECOZ CENTRAL

Autor principal: Dra. Mónica Jiménez Osorio

Email autor principal: mony.880912@gmail.com

Autores: Jiménez-Osorio Mónica, Zurita-Cruz Jessie Nallely*, Rivera-Hernández Aleida, Garrido-Magaña Eulalia, Nishimura-Meguro Elisa.

Área a la que pertenece su trabajo: PEDIATRIA

Resumen:

Antecedentes: La presencia de obesidad en pediatría ha incrementado en forma exponencial y se ha demostrado que un alto porcentaje de niñas con pubertad precoz central (PPC) tiene obesidad al diagnóstico. Por otro lado, en niñas con PPC, se ha visto que durante su seguimiento presentan un incremento en score Z del IMC; sin embargo, no se ha identificado algún factor de riesgo. En población pediátrica se ha demostrado que los niveles de leptina (L), adiponectina (A) y el índice leptina/adiponectina (I L/A) son predictores en la ganancia ponderal y desarrollo de obesidad. Objetivo: Identificar la utilidad del I L/A al diagnóstico de la PPC en niñas para predecir la modificación del estado de nutrición al finalizar el tratamiento con análogos de hormona liberadora de gonadotropinas (aGnRH) y completar el desarrollo puberal. Material y métodos: Se realizó una cohorte prospectiva. Se determinó los niveles séricos de L y A al diagnóstico de PPC. Se realizó antropometría al diagnóstico de la PPC y en forma anual hasta la suspensión del tratamiento con los aGnRH y presentación de la menarca. Se dividieron a las pacientes de acuerdo con el IMC <94 centil e IMC >95 centil al diagnóstico de la PPC. Se valoró el cambio de categoría del estado nutricional (peso normal, sobrepeso u obesidad) al final del seguimiento. Se normalizó la distribución del I L/A al sacarte la raíz cuadrada y se aplicó la prueba t de student para comparar el I L/A entre las pacientes que tuvieron cambio en la condición nutricional y posteriormente se realizó un análisis multivariado Resultados: Se estudiaron 72 pacientes, cumpliendo 56 criterios de inclusión. Al inicio del seguimiento la mediana de la edad fue de 7 años; 17 pacientes (32.1%) tenían un IMC > 95centil y el resto IMC < 94centil (67.8%, n=38). El 60.7% recibió los aGnRH por 3 años. De las 38 niñas con peso normal o sobrepeso, 21 (53.8%) presentaron cambio de categoría del estado nutricional a sobrepeso u obesidad, mientras que solo 2 niñas con obesidad inicial cambiaron de categoría a sobrepeso (11.7%). Se identificó que las niñas con IMC < 94centil y que tuvieron cambio en la categoría del estado de nutrición tuvieron niveles más altos del I L/A en comparación a las que no presentaron cambio (I L/A grupo con cambio 1.3 ± 0.5 vs grupo sin cambio 0.96 ± 0.56 p=0.01). En la regresión logística se identificó que el I L/A elevado aumentaba el riesgo de (RR=6.02 IC95% 1.19-30.2) presentar cambio de categoría del estado de nutrición, independientemente peso al nacimiento, estadio puberal, edad y relación edad ósea/cronológica. Conclusiones: Las pacientes con PPC e IMC < 94centil inicial con un I L/A, tuvieron más riesgo desarrollar sobrepeso u obesidad al suspender el tratamiento con los aGnRH y completaran su desarrollo puberal. Bibliografía. Kim HR y col. Treatment outcomes of gonadotropin-releasing hormone agonist in obese girls with central precocious puberty. Ann Pediatr Endocrinol Metab. 2017

 # 65

Título: SÍNDROME DE VAN WYK-GRUMBACH, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: Dr. Oscar Ochoa Romero

Email autor principal: drochoaoscar@gmail.com

Autores: Ochoa R. Oscar* (presentado por Sosa C. Alejandro), Ortiz R. Laura Andrea*, Marin C. Jeny Alejandra*, Zacarías R. Ada Alicia*, Arellano L. Abril*, Díaz R. Irene*, Vidal G. José Domingo*, Feregrino F. Miguel Angel*, Escorcia M. Erick*, Hernández L. Kevin Alexis*. Servicio de Endocrinología Pediátrica de la UMAE Hospital General, CMN La Raza.

Área a la que pertenece su trabajo: PEDIATRIA

Resumen:

Antecedentes: El síndrome de Van Wyk-Grumbach, es la rara asociación entre hipotiroidismo de larga duración y desarrollo sexual temprano. Aunque la incidencia no es muy clara, se llega a presentar en el 24% de los pacientes con hipotiroidismo grave, siendo más común en el sexo femenino. Dicha asociación se produce porque los niveles altamente elevados de TSH pueden estimular el receptor de FSH provocando la estimulación gonadal y cambios sexuales precoces. Objetivo: Dar a conocer los hallazgos clínicos en un paciente masculino con síndrome de Van Wyk-Grumbach. Material: Caso Clínico. Masculino de 8 años, madre menarca: 12 años, padre estirón puberal: 13 años. TBF: 172.5cm. Inicia a los 6 años con aumento de peso, fatiga, estreñimiento, uñas quebradizas, cabello seco y piel seca, en el último año aumentó de peso 12 kg y presencia de acantosis nigricans. Acude con facultativo quien determina cambio estilo vida, sin mejoría e incremento en los síntomas referidos. Se realiza perfil tiroideo TSH 274.58 µUI/m, T3T 7.52 ng/dl y T4 4.28 µg/dl, estableciéndose diagnóstico de hipotiroidismo y se inicia levotiroxina 150 mcg cada 24 h. Es enviado posteriormente a la consulta de endocrinología pediátrica, siendo atendido 4 semanas posteriores al inicio del tratamiento. E.F: aún con algunos síntomas de hipotiroidismo, y al revisar el área genital se observa con cambios puberales testiculares: testículo derecho 2.8cm de longitud X 1.5cm de ancho, testículo izquierdo 2.7cm de longitud x 1.1cm de ancho. Testículo en estadio II de Tanner y Tanner púbico I. Se completa estudio. FSH 0.99 mUI/mL, LH 1.24 mUI/mL, prolactina 9.73 ng/mL, testosterona menor de 0.03 ng/mL. Perfil tiroideo post tratamiento TSH 0.0060 µUI/mL, TT3 1.94 ng/mL, T3 libre 9.56 pg/ml, T4 10.03µg/dL, T4 libre 2.37ng/dL. Anticuerpos antiperoxidasa y antitiroglobulina: positivos. USG tiroideo: glándula tiroidea disminuida de tamaño, bordes irregulares y a la aplicación Doppler con flujo vascular disminuido. Edad ósea disrítmica de 5 años 6 meses por G y P. Dx: pubertad precoz heterosexual asociada a hipotiroidismo adquirido. Se ajusta dosis de levotiroxina y bien vigilancia de la actividad puberal. Conclusiones: Existen diversas repercusiones del hipotiroidismo en el paciente pediátrico no tratado, una de ellas es el desarrollo de pubertad precoz, (síndrome de Van Wyk-Grumbach. En el género masculino se presenta con macroorquidia, a menudo sin evidencia de virilización, lo cual es consistente con el hallazgo de niveles bajos de testosterona en suero. De esta manera, la pubertad precoz asociada con hipotiroidismo se comporta como una forma incompleta de pubertad. Es importante que el médico haga una exploración completa incluida del área genital, a fin de evitar que pasen desapercibidos signos puberales anormales. Bibliografía: Reddy, P; Tiwari, K; Kulkarni, A; et al. Von Wyk Grumbach Syndrome. A Rare Consequence of Hypothyroidism. Indian J. Pediatr 2018, 85 (11): 1028-1030.

 # 66

Título: EFICACIA DEL PROGRAMA EDUCATIVO CLÍNICO INTEGRAL –PECNI- "SACBE" PARA REVERTIR PREDIABETES Y DISMINUIR ADIPOSIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Autor principal: Dra. Ana Lilia Rodríguez Ventura

Email autor principal: rovalilia@hotmail.com

Autores: Rodriguez-Ventura Ana, Parra Arturo, Morales Rosa, Urquijo Cecilia y Sánchez Bernarda

Área a la que pertenece su trabajo: PEDIATRIA

Resumen:

Introducción: Glucosa Anormal en el Ayuno (GAA) e Intolerancia a la Glucosa (IG) son estados prediabéticos que no se buscan de forma regular en niños y mucho menos se reportan sus cambios después de intervenciones integrales enfocadas en mejorar su estilo de vida para disminuir adiposidad ante la alta deserción que existe en las mismas. Objetivo: Analizar las frecuencias de GAA y de IG en niños con adiposidad y sus cambios en las mismas posterior a recibir el PECNI "Sacbe". Material y Métodos: Ensayo clínico no controlado en 55 niños con adiposidad (puntaje Z > 1 del índice de masa corporal –IMC-) que participaron en el PECNI "Sacbe", el cual consta de 2 talleres, uno médico y uno nutricional en sesiones grupales de 3 a 5 familias y visitas mensuales en los primeros 3 meses para reforzar conocimientos con el equipo interdisciplinario (endocrinólogo, nutriólogo, activador físico, psicólogo, antropólogo), siguiendo los modelos preceder-proceder y sociocultural. Se determinaron hábitos, recordatorios de 24 hrs., mediciones antropométricas mediante impedanciometria y con 12 hrs. de ayuno se realizó curva de tolerancia oral a la glucosa a 1.75 grs. de glucosa anhidra (máximo 75 grs.) para medir glucosa e insulina basales y 2 hrs. postcarga, así como HbA1c, lípidos de forma basal y a los 3 meses. Resultados: Participaron 45 familias, 55 niños y 64 padres, 60% de los niños fueron del sexo femenino, la edad promedio fue 13.95 + 3.3 años, 72.7% and 86.7% disminuyeron el puntaje Z del IMC por intención a tratar o por análisis de protocolo (p < 0.001), respectivamente, el puntaje Z del IMC disminuyó 0.22+ 0.21, de 2.13 + 0.57 a 1.91 + 0.58 (p < 0.001). El 84% de los padres involucrados fueron madres, edad promedio 45.8+ 9.4 años, el 77% perdió peso y grasa corporal (p < 0.001). El 29% tuvo GAA y bajó a 9.5% a 3 meses, 9% tuvo IG; hiperinsulinismo, resistencia a la insulina, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y HbA1c alterada estuvieron presentes en el 43, 67.5, 11.5, 68.5 y 60% y disminuyeron a 32.4, 64, 9.5, 58.5 y 22%, respectivamente. A 3 meses hubo una adherencia del 80%. Conclusiones: El PECNI "Sacbe" fue efectivo para disminuir la GAA y el puntaje Z del IMC, incluso aún después del análisis por intención a tratar, lo cual es notable porque las intervenciones a nivel internacional sólo reportan un éxito del 0 al 23%. Tuvimos una adherencia mayor a la esperada. El estudio recibió fondos del CONACYT. Bibliografía: Rodríguez Ventura et al. J of Obesity, 2014. Rodríguez-Ventura A. et al. Int J Environ Res Public Health 2018. Weiss R et al. Acta Diabet 2019.

 # 67

Título: SÍNDROME DE VAN WYK GRUMBACH, PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE HIPOTIROIDISMO ADQUIRIDO.

Autor principal: Dra. Yunuen Sarahi Segovia Chairez

Email autor principal: yunuen_segovia@hotmail.com

Autores: Segovia Chairez Yunuen Sarahi, Díaz Rodríguez Irene, Rojas Zacarías Ada Alicia, Ochoa Romero Oscar, Arellano Llamas Abril Adriana*, Madrigal Sanromán Juan Ramón. Hospital General Dr. Gaudencio González Garza CMN La Raza.

Área a la que pertenece su trabajo: PEDIATRIA

Resumen:

OBJETIVO: Destacar las manifestaciones clínicas del síndrome de Van Wyk Grumbach con el fin de promover el diagnóstico y tratamiento oportuno de estos pacientes. MATERIAL Y MÉTODOS: Caso Clínico. RESUMEN: Femenino de 12 años. Se envía de primera vez a la consulta de endocrinología pediátrica a la edad de 8 años por diagnóstico de obesidad y post operada de ooferectomía bilateral. En su valoración inicial en endocrinología pediátrica se identifica: Antecedentes heredofamiliares: Abuelos paternos con diabetes mellitus tipo 2. Antecedentes personales patológicos: Resección ovárica bilateral por sospecha de tumoración germinal, realizada un mes previo a su cita en endocrinología pediátrica. Al interrogatorio: Incremento ponderal de 16 kg, astenia, caída de cabello, aumento del perímetro abdominal en el último año, así como menarca previa a la ooferectomía. Exploración física: Talla 121 cm (percentil 4, -1.71 sz), peso 43.5 kg (percentil 98, 2.12 sz), IMC 29.7 (> percentil 99, 3.07 sz), exceso de peso 81%. Acantosis nigricans en cuello, axilas e ingles, tanner mamario 2, tanner púbico 1 y edema periférico. Gabinete: Glucosa 99.00 mg/dl, colesterol 321.00 mg/dl, triglicéridos 2168.00 mg/dl, VLDL 433.60 mg/dl, HDL 27.90 mg/dl, FSH 13.73 mUI/mL, LH 0.74 mUI/mL, estradiol <5.00 pg/mL, 17-OH 0.10 ng/mL, TSH 891.00 µUI/mL, T3T 0.350 ng/mL, T4T <1.00 µg/dL, T4L <0.40 ng/dL. Edad ósea 6 años (TW2). Evolución: Recibe tratamiento con levotiroxina a 2 mcgkgd y en el seguimiento se registra bioquímico con TSH 2.9 µUI/mL, T3T 1.56 ng/mL, T3L 7.00 pmol/L, T4T 9.83 µg/dL, T4L 1.57 ng/dL, colesterol 163 mg/dl, triglicéridos 183 mg/dl, VLDL 36.60 mg/dl, HDL 37.50 mg/dl, LDL 87.90 mg/dl. Se recaba resultado patológico concluyendo cistoadenoma seroso benigno bilateral con quistes foliculares. Con los datos obtenidos se concluye diagnóstico de Síndrome de Van Wyk Grumbach. Tras los primeros 7 meses de seguimiento con descenso ponderal de 10 kg. En su vigilancia posterior por clínica y bioquímico eutiroidea, presenta patrón de hipogonadismo hipergonadotrófico. A partir de los 10 años nuevamente con incremento de peso ligado a los hábitos higiénico dietéticos. A los 11 años se realiza carga oral de glucosa, integrando glucosa anormal en ayuno de 101 mgdl, se registra HOMA-IR de 12.10, se indica tratamiento con metformina. Se inicia sustitución con estrógenos conjugados a la edad de 11 años 3 meses. CONCLUSIONES: El síndrome de Van Wyk Grumbach, es poco común, con frecuencia desconocida, se caracteriza por hipotiroidismo adquirido, pubertad precoz isosexual, edad ósea retrasada y quistes ováricos. Los pacientes presentan regresión de las manifestaciones clínicas después de recibir tratamiento sustitutivo con levotiroxina, motivo por el que es imperativo el diagnóstico y tratamiento oportuno, en vía de evitar intervenciones terapéuticas y quirúrgicas innecesarias.

 # 68

Título: TALLA FINAL EN NIÑOS CON HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGÉNITA TRATADOS CON HORMONA DE CRECIMIENTO

Autor principal: Dra. Leonor Sarai Zamora Rea

Email autor principal: leonorzamora@outlook.com

Autores: Zamora Rea Leonor Saraí *, Terreros Barros Vilma*, Rivera Hernández Aleida de Jesús. UMAE Hospital de pediatría CMN SXXI servicio endocrinología

Área a la que pertenece su trabajo: PEDIATRIA

Resumen:

ANTECEDENTES: La hiperplasia suprarrenal congénita se presenta por deficiencia de 21-hidroxilasa, siendo la causa más común. Los pacientes presentan talla baja debido al exceso de andrógenos, su aromatización a estrógenos y terapia con glucocorticoides que contribuyen al cierre epifisiario prematuro. La talla final adulta en estos niños es menor a la esperada y solo el 55.3% alcanzan su talla blanco parental. Existen estudios con hormona de crecimiento (GH) para mejorar el pronóstico de talla final adulta, aunque con resultados poco concluyentes y controversiales. OBJETIVOS: Describir las características clínicas, tallas banco parental y talla actual, en 2 grupos de pacientes; los tratados con hormona de crecimiento y lo que no fueron tratados con hormona de crecimiento. MATERIAL Y METODOS: Se recabaron datos del expediente electrónico de pacientes con diagnóstico de hiperplasia suprarrenal congénita que acuden a la consulta externa de endocrinología. Se dividieron en aquellos que recibieron tratamiento con GH y aquellos en los que no la recibieron. Las variables incluídas fueron talla inicial, talla blanco y talla final. RESULTADOS El estudio incluyo 28 casos, la mediana de edad fue 139 meses (RIQ 120, 178), el 53.6 % perteneció al sexo femenino; la variedad virilizante simple fue del 57.1%; la mediana. de dosis cortisol (DC) 17.7 m2SC/día (RIQ 13.5, 22.8), el 32 % recibieron acetato de leuprolide. En cuanto a los casos que recibieron GH fueron el 42.95% (12 casos), de éstos el 50% perteneció al masculino, la mediana de edad fue 139 meses (RIQ 85, 174) el 50% recibió también acetato de leuprolide para tratamiento de pubertad precoz centralizada. En relación a la edad de inicio se obtuvo mediana de 148 meses (RIQ 127, 162), el tiempo de administración de GH una mediana 30 meses (RIQ 16.2, 45) y Dosis de 1.09 Us/Kg/semana (RIQ 1.03, 1.18). La mediana de la talla blanco fue de 162 cm (RIQ 154, 165 cm) y una diferencia entre el Zs de la talla al inicio y momento de realización del estudio mediana de -0.435 (RIQ -1.23, 0.87). Los casos que no recibieron GH 57.05% (16); pertenecieron al sexo femenino 56.25%, la mediana de edad fue 144 meses (RIQ 124, 178.5). Ningún caso recibió acetato de leuprolide, la mediana de dosis cortisol (DC) fue 19.1 mg/m2SC/día (RIQ 12, 24.2); la mediana de la talla blanco fue de 163 cm (RIQ 160.6, 168.9) y el Zs de la talla actual con la talla blanco familiar mostro una mediana -0.31 (RIQ -1.68, 0.56). CONCLUSIONES: En cuanto a la talla blanco, solo el 33% de los pacientes que recibieron GH se encontraban dentro del Zs de su talla blanco, comparados con e 44% de los pacientes que no recibieron GH, por lo que en nuestro estudio no hubo diferencia entre los dos grupos.

 # 69

Título: EXPERIENCIA EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL FEOCROMOCITOMA Y PARAGANGLIOMA EN EL CMN 20 DE NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E.: SERIE DE 5 REPORTES DE CASO.

Autor principal: Dr. Ricardo Baltazar Romero

Email autor principal: ricabalta@gmail.com

Autores: Baltazar R. Ricardo, Vergara L. Alma. Servicio de Endocrinología. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE.

Área a la que pertenece su trabajo: SUPRARRENALES

Resumen:

Antecedentes. Los tumores neuroendocrinos cromafines (TNC) son infrecuentes, sí se ubican en la médula adrenal se denominan feocromocitoma (FEO) y en ganglios del sistema nervioso autónomo paragangliomas (PGL). Del 80 al 85% de los CC son FEO y el resto PGL. La síntesis y secreción de dopamina, adrenalina y noradrenalina varia en cada tumor. Tienen una prevalencia de 2 a 5 casos por millón por año y una incidencia de 1 por 100 000 personas. Pueden surgir esporádicamente o asociados a formas sindrómicas o formas genéticas, afectan por igual a ambos sexos y se presentan principalmente entre la tercera y quinta décadas de la vida presentando fenotipos en relación a la catecolamina secretada. El tratamiento tiene como piedra angular la resección quirúrgica sin embargo es necesario realizar una adecuada preparación prequirúrgica con bloqueo de los receptores alfa y beta para evitar emergencias hipertensivas perioperatorias, además de una adecuada repleción intravascular para evitar el estado de choque hipovolémico posterior a la resección de los TNC. Objetivo. Presentar una serie de 5 casos de FEO y PGL diagnosticados y manejados en el servicio de Endocrinología del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE entre julio de 2018 y julio 2019. Resumen. Se presentan los casos de 3 mujeres y 2 hombres con edad promedio de 40 años. En dos mujeres con cuadro de paroxismos el FEO formaba parte de una neoplasia endocrina múltiple 2b, una de ellas ya contaba con adrenalectomía previa por FEO por lo que se realizó tumorectomía y preservación de tejido adrenal sano para tratar de evitar las complicaciones de una insuficiencia suprarrenal posquirúrgica a pesar del riesgo de recurrencia por ser portadora de la mutación del gen RET. Un caso descubierto por hallazgo incidental en estudio de imagen y confirmado por histopatología compatible con PGL. Otro caso presentó emergencia hipertensiva, se descartó síndrome aórtico agudo y se diagnosticó FEO maligno con metástasis a hígado. El último es una mujer con PGL mediastinal no secretor con efecto compresivo sobre vía aérea inferior, que falleció en el procedimiento quirúrgico. Conclusión. Los FEO y PGL son patologías de baja incidencia y con expresión clínica muy variada que requieren alto grado de sospecha clínica. De los 5 pacientes ninguno presentó crisis hipertensivas intraoperatorias. De los supervivientes ninguno presentó estado de choque hipovolémico posquirúrgico derivado de una adecuada preparación prequirúrgica. La defunción fue secundaria a lesión vascular. Bibliografía: 1. Joseph M. Pappachan, Diana Raskauskiene. Diagnosis and Management of Pheochromocytoma: A Practical Guide to Clinicians. Curr Hypertens Rep (2014) 16:442 2. P F Plouin, L Amar,O M Dekker. European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline for long-term follow-up of patients operated on for a phaeochromocytoma or a paraganglioma. European Journal of Endocrinology. (2016) 174, G1–G10.



 # 70

Título: SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD A GLUCOCORTICOIDES

Autor principal: Dr. David Enrique Carmona Navarro

Email autor principal: dcn_86@hotmail.com

Autores: Íñiguez-Mosqueda Omar, García-López Cleiry Beatriz, Acosta-Abreu Elizabeth Altagracia, Gutiérrez-Hermosillo Violeta, Polanco-Preza Miguel Ángel, Plascencia-Pérez Salvador, Barrientos-Ávalos José Roberto.

Área a la que pertenece su trabajo: SUPRARRENALES

Resumen:

Introducción. La hipersensibilidad glucocorticoides se caracteriza por el desarrollo de síndrome de Cushing con cortisol normal o bajo, debido al aumento en la sensibilidad de los tejidos a estos, ocasionado por polimorfismos o mutaciones del gen NR3C1 y Bcl1. Su característica principal es síndrome de Cushing con hipocortisolismo. Caso Clínico Hombre de 30 años con carcinoma epidermoide pobremente diferenciado nasofaríngeo en 2013 no resecable. Recibió 2 ciclos de quimioterapia y 43 sesiones de radioterapia en cráneo. En 2017 se detectan metástasis pulmonares e inicia 4 ciclos de paclitaxel. En 2018, aumentó de peso >20 kg, más difícultad para conciliar el sueño, fatiga, mialgias, rubicundez facial, aumento de volumen de cara, edema de miembros inferiores e hiporexia. Encontramos paciente con facies de luna en llena, giba dorsal, estrías violáceas >1 cm en axilas, abdomen e ingles, equimosis diseminadas, edema en miembros inferiores e hipertensión arterial.(Imágenes1 y 2) Por antecedente de radiación de cráneo se solicitó perfil hormonal, con los siguientes resultados: T4L: 0.44mg/dl, TSH 2.51mUI, ACTH 10.3pg/ml, cortisol 8 hrs AM 0.02mcg/dl, FSH 7.6UI/l, LH 3.04mUI/l, cortisol en orina de 24 hrs. 2.62nmol/día, cortisol a las 23 hrs. 0.00mcg/dl, prolactina15.2 ng/ml, testosterona total 105ng/dl, IGF-1: 68, glucosa 98mg/dl, insulina 19.8µU/ml, Índice de HOMA 4.79. Se descartó la ingesta de glucocorticoides exógenos, después se realizó prueba de estimulación con 250 mcg de ACTH: cortisol basal 0.04 mcg/dl, 30 minutos 1.19 mcg/dl, 60 minutos 1.43 mcg/dl. La prueba de tolerancia a insulina con glucosa plasmática de 32 mg/dl a los 45 minutos: cortisol de 0.02 mcg/dl y GH 0.5 ng/ml en ese momento y manteniendo mismos valores a los 60 y 120 minutos. La prueba de estimulación con desmopresina 10 mcg no presentó aumento de niveles de ACTH o cortisol. Discusión. La presentación clínica y bioquímica de este síndrome es indistinguible de la administración exógena de corticoides. Existe regulación compensatoria a la baja del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. El abordaje con pruebas de estimulación (ACTH, CRH y tolerancia a insulina) no presenta respuesta de cortisol y/o ACTH. Además, puede identificarse la mutación genética descrita o con exposición de fibroblastos cultivados a dexametasona, donde se observa aumento en la expresión de metalotioneína-IIa. Referencias 1.Iida S et al. A Patient with Hypocortisolism and Cushing's Syndrome-Like Manifestations: Cortisol Hyperreactive Syndrome. J Clin Endocrinol Metab 70: 729,1990. 2.Kino T et al. Tissue glucocorticoid resistance/hypersensitivity syndromes. Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology 85(2003)457–467. 3.Santen RJ et al. Glucocorticoid Receptor Mutations and Hypersensitivity to Endogenous and Exogenous Glucocorticoids. J Clin Endocrinol Metab 103:3630–3639, 2018. 4.Vassiliadi D, Tsagarakis S. Unusual Causes of Cushing's Syndrome. Arq Bras Endocrinol Metab 2007;51/8:1245-1252.



 # 71

Título: Activación de Tejido Adiposo Pardo como Hallazgo Adicional en PET/CT con 18F-FDG en el Protocolo de Estudio de Feocromocitoma y Paraganglioma, Reporte de Caso

Autor principal: Dra. Paulina Berenice Crespo Morfin

Email autor principal: pb.crespomorfin@outlook.es

Autores: Crespo Morfin Paulina Berenice De los Santos Aguilar Ramón Guillermo Montes Barrón Diego Adolfo Alvaro Elizondo Ochoa Gómez Pérez Francisco Javier

Área a la que pertenece su trabajo: SUPRARRENALES

Resumen:

Los pacientes con feocromocitomas y paragangliomas (FPG) pueden tener activación del tejido adiposo pardo (TAP) inducida por un exceso de catecolaminas. La tomografía por emisión de positrones con 18F-fluorodesoxiglucosa (PET/CT 18F-FDG) se puede utilizar para localización de FPG y en ocasiones identificar el marcaje del TAP. Se desconoce si dicha activación se ve específicamente afectada por el metabolismo alterado de la energía celular en pacientes con FPG relacionados con mutación de expresión génica de tipo 1 (SDHx y VHL). Mujer de 58 años, sin antecedentes familiares relevantes para su padecimiento, con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica e hipotiroidismo primario desde hace 12 años actualmente con tratamiento farmacológico adecuado. Su padecimiento se inició hace 2 años presentando episodios intermitentes de sudoración, y palpitaciones, de predominio nocturno acompañadas de diaforesis profusa. Las cifras tensionales fluctuaban entre 180/120mmHg - 140/90mmHg pese al uso de 3 antihipertensivos. Dos años después se realizó diagnóstico de TEP posterior a safenectomía por lo que amerité anticoagulación oral y uso de oxígeno suplementario; en los exámenes de imagen realizados se encontró como hallazgo incidental una tumoración suprarrenal derecha de 72x67x56mm motivo por el cual ingresó nuestra institución para protocolo de estudio. A la exploración física solo destaca IMC 24, FC 94x', Saturación sin O2 90%. TA 140/90 (leve variación postural) e hiperhidrosis y en sus resultados de exámenes de laboratorio son relevantes las metanefrinas fraccionadas en orina 377.4 µg/24h (<302), normetanefrina 14966.5µg/24h (<527); metanefrinas fraccionadas en plasma: 90.5 pg/mL (<65), normetanefrina 3782pg/mL (<196), las pruebas de función tiroidea, química sanguínea y citometría hemáitca no tienen alteraciones. Se realizó PET/CT 18F-FDG donde se documenta actividad hipermetabólica tumoral en glándula adrenal izquierda con dimensiones de 67x60.5mm, SUV max 6.13, contacta y mantiene interfase con paréquima renal; además de hipermetabolismo de tejido adiposo pardo en distribución típica con SUV max de 18.8. Se hizo diagnóstico de Feocromocitoma de glándula suprarrenal izquierda, con hallazgo de activación del tejido adiposo importante en la imagen. Se ha realizado ajuste gradual de antihipertensivos actualmente en tratamiento con prazocin y nifedipino, se encuentra en espera de tratamiento quirúrgico y resultados de secuenciación genética germinal. Debido a que el PET/CT 18F-FDG no se considera un estudio de imagen funcional inicial dentro del protocolo de estudio de FPG no estamos familiarizados con los hallazgos que pueden presentarse en la captación del radiofármaco debido al exceso de catecolaminas. En algunos estudios se han intentado buscar una asociación de la activación del TAP con tumores esporádicos y los grupos de expresión génica de FPG de tipo 1 y tipo 2,encontrando en algunos estudios asociación de TAP con el grupo 1.



 # 72

Título: Paraganglioma Retrovesical como Manifestación de Recurrencia de Enfermedad de Von Hippel-Lindau Tipo 2

Autor principal: Dr. Alvaro Elizondo Ochoa

Email autor principal: alvaroeo31@gmail.com

Autores: De Los Santos Aguilar Ramón Guillermo, Crespo Morfin Paulina Berenice, Montes Barrón Diego Adolfo, Guerrero Durán María de los Ángeles, Alfredo Adolfo Reza Albarrán

Área a la que pertenece su trabajo: SUPRARRENALES

Resumen:

Mujer de 24 años de edad sin antecedentes relevantes. Hace 8 años presentó cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal constante en flanco derecho con irradiación hacia fosa iliaca ipsilateral acompañado de cefalea, diaforesis y palpitaciones intermitentes. En la exploración física era relevante la presencia de hipertensión arterial (160/100 mm/Hg), tendencia a taquicardia (FC 90 lpm), y fondo de ojo derecho con una lesión redonda, rojiza, elevada sugerente de lesión vascular. Se realizó imagen por resonancia magnética (IRM) de abdomen en donde se observó glándula suprarrenal derecha con lesión única, multilobulada y dos lesiones en glándula suprarrenal izquierda sugerentes de feocromocitoma, así como dos imágenes nodulares en cola del páncreas. Debido a estos datos clínicos y de imagen se sospechó de enfermedad de Von Hippel-Lindau, por lo que se solicitó secuenciación genetica para el gen de VHL, la cual fue positiva. Con bloqueo adrenérgico farmacológico y cifras tensionales estables se realizó adrenalectomía bilateral con pancreatectomía distal y esplenectomía con reporte histopatológico de feocromocitoma en ambas glándulas suprarrenales y tumor neuroendocrino (TNE) bien diferenciado no funcionante en cola de páncreas. Durante su seguimiento se detectó aumento discreto de normetanefrinas plasmáticas 183 pg/mL (<180 pg/mL) por lo que se realizó 18F-DOPA PET/CT donde se encontró tumor en cabeza de páncreas compatible con estirpe neuroendocrina así como tumor hipervascular adyacente al piso vesical de 22 x 12 mm sugestivo de paraganglioma asociado a ganglio hipervascular pélvico de aspecto metastásico. La IRM de pelvis mostró una lesión periuretral hipervascular y se documentó compresión extrínseca en relación a probable lesión tumoral pélvica en cistoscopia realizada. Se encuentra actualmente programada para tratamiento quirúrgico Consideramos que el conocimiento de la existencia de paragangliomas en localizaciones poco frecuentes así como la presencia de tumores primarios multifocales en pacientes con mutaciones germinales en el gen de VHL debe de ser considerada al momento del diagnóstico y como manifestación de recurrencia en el seguimiento de este tipo de pacientes para mejorar la morbilidad asociada a esta enfermedad.



 # 73

Título: TITULO: CARCINOMA SUPRARRENAL: REPORTE DE 5 CASOS.

Autor principal: Dr. Daniel Alejandro Estrella Cornejo

Email autor principal: destrellaco@hotmail.com

Autores: Mora V. Isaí, Polanco Preza Miguel Ángel, Barrientos Ávalos José Roberto, Plasencia Pérez Salvador. Servicio de Endocrinología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Universidad de Guadalajara.

Área a la que pertenece su trabajo: SUPRARRENALES

Resumen:

Introducción: El carcinoma suprarrenal es un tumor maligno poco frecuente, muy agresivo y de mal pronóstico, con una incidencia de 0.5 a 2 casos por millón de habitantes/año. Se puede presentar en cualquier edad, con una distribución bimodal con un primer pico en la infancia y otro entre la 4ta - 5ta década de la vida, con ligero predominio en el sexo femenino (1.5:1). Entre el 40-60% de los pacientes manifiestan síntomas de exceso de secreción hormonal, de los cuales el 35% secretan cortisol y andrógenos; el 30% se manifiesta por efecto de masa tumoral y el 15% son asintomáticos. Objetivo: Caracterizar el cuadro clínico, laboratorial y la evolución clínica de 5 casos de carcinoma suprarrenal atendidos en nuestro centro hospitalario. Presentación de casos clínicos: Se presentan los casos de 5 pacientes con diagnóstico de carcinoma suprarrenal, atendidos en nuestra institución. Se analizaron datos demográficos (edad, sexo), presentación clínica, características tomográficas, determinaciones hormonales, estudio histopatológicos y evolución. La media de edad fue de 38 años (rango de 24 a 64 años), 3/5 eran mujeres. La media del diámetro mayor tumoral en imágenes tomográficos fue 13.3 cm (rango 5.91-22 cm), cuatro se localizaron en el lado derecho y uno en el izquierdo. Cuatro de los casos fueron funcionales. (Producción de cortisol y andrógeno). Un paciente se estadifico en etapa clínica III y cuatro en etapa clínica IV al momento del diagnóstico; el tratamiento de primera intensión fue la cirugía con resección completa, misma que se realizó en tres paciente, además de tratamiento adyuvante con mitotane. En los otros dos pacientes, al tratarse de tumoraciones no resecables, recibieron quimioterapia con cisplatino más mitotane. Con relación a la sobrevida se tuvo un tiempo promedio de vigilancia de 24 ± 12meses; sólo el paciente en estadio III sobrevivió sin evidencia de enfermedad, mas allá de los 12 meses. El resto de los pacientes fallecieron a los 8 ±4 meses. Conclusión: Los tumores funcionantes son la forma de presentación más común en estos casos, los síntomas asociados más frecuentes a hiperfunción suprarrenal fueron el síndrome de Cushing y el hiperandrogenismo por orden de frecuencia. La secreción de cortisol está asociado a un peor pronóstico. Los tumores no funcionantes generalmente se manifiestan por síntomas de masa abdominal. A similitud de otras series, el carcinoma suprarrenal demostró ser una neoplasia endocrina poco frecuente y con comportamiento agresivo a pesar de conseguirse la resección completa y emplear quimioterapia adyuvante. El tratamiento en los estadios más precoces ofrece una supervivencia mayor. Bibliografía. J Clin Endocrinol Metab2005; 90: 1819-29 Endocr Relat Cancer 2018 Jul; 25(7): R405–R420.



 # 74

Título: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DESENLACES DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA ADRENOCORTICAL EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

Autor principal: Dra. Juanita Silva Serrano

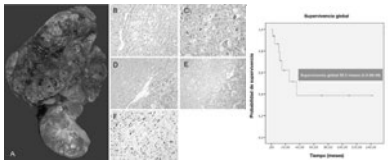
Email autor principal: juannysilvaser@gmail.com

Autores: Silva Serrano Juanita, Rosas Camargo Vanessa*, Gutiérrez Carreón Alejandra*, Candanedo González Fernando*, Pantoja Millán Juan P.*, Gómez Pérez Francisco J., Iñiguez Ariza Nicole M. Departamento de Endocrinología y Metabolismo. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Área a la que pertenece su trabajo: SUPRARRENALES

Resumen:

Antecedentes: El carcinoma adrenocortical (ACC, adrenocortical carcinoma) es una entidad extremadamente rara representando además uno de los cánceres endocrinológicos más agresivos. A menudo se presenta como un tumor funcional que conduce a diversos síndromes de hiperproducción hormonal. La resección quirúrgica es el único tratamiento curativo, siendo el pronóstico usualmente pobre y altamente relacionado a la etapa al diagnóstico. Objetivo: Describir las características clínicas, bioquímicas, imagenológicas, histopatológicas y los desenlaces de los pacientes con diagnóstico de ACC atendidos en nuestro instituto en el periodo comprendido desde enero 2000 hasta octubre 2018. Material y métodos: Se condujo un estudio observacional, descriptivo, de temporalidad retrospectiva, que incluyó a todos los pacientes adultos con diagnóstico histopatológico de ACC. Se realizó la búsqueda en los reportes electrónicos de patología con las palabras clave «carcinoma adrenocortical»; las variables descritas fueron extraídas manualmente de cada uno de los expedientes médicos. Resultados: Se identificaron 16 pacientes con diagnóstico de ACC. La mayoría fueron mujeres (81%) con una edad promedio al diagnóstico de 49 años (rango, 19-71 años). La forma de presentación en el 50% de los casos fue mediante un síndrome de exceso hormonal, 44% fueron diagnosticados por síntomas locales y en el 6% representó un hallazgo incidental; 9 pacientes (56%) tenían evidencia bioquímica de producción hormonal, 6 de los cuales mostraron hipercortisolismo, todos con síndrome de Cushing manifiesto. La mediana de tamaño tumoral al diagnóstico fue de 12.8 cm (rango, 5.9-21; figura 1), todos con atenuación en fase simple > 10 UH. La estadificación inicial por ENSAT fue: etapa II 50% (8/16), etapa III 19% (3/16) y etapa IV 31% (5/16). Se documentó recurrencia en el 40% de los sujetos con etapas II-III (4/10), 3 de los cuales recibieron quimioterapia. Ningún paciente recibió adyuvancia con mitotano al término del estudio. La mediana de seguimiento fue de 12.4 meses (rango, 1.8-141.8). La mediana de supervivencia global fue de 35.5 meses (rango, 4.5-66.4; figura 2). Conclusiones: Nuestros datos son consistentes con la mayoría de series publicadas, y pese a la falta de acceso a mitotano en nuestro país, la mediana de supervivencia global es bastante comparable a la de otros centros. Bibliografía: 1. Fassnacht M, Dekkers O, Else T, et al. European Society of Endocrinology Clinical Practice Guidelines on the Management of Adrenocortical Carcinoma in Adults. Eur J Endocrinol. 2018 Oct 1;179(4):G1-G46. 2. Fassnacht M, Terzolo M, Allolio B, et al. Combination Chemotherapy in Advanced Adrenocortical Carcinoma. N Engl J Med. 2012 Jun 7;366(23):2189-97. 3. Berruti A, Grisanti S, Pulzer A, et al. Long-Term Outcomes of Adjuvant Mitotane Therapy in Patients With Radically Resected Adrenocortical Carcinoma. J Clin Endocrinol Metab. 2017 Apr 1;102(4):1358-1365.



 # 75

Título: HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS SELECTIVA DE TIROIDES: REPORTE DE CASO.

Autor principal: Dr. Omar Iñiguez Mosqueda

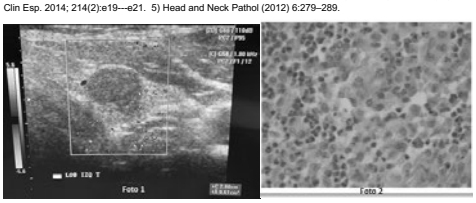
Email autor principal: inigo8807@hotmail.com

Autores: Barrientos A. José R.; Polanco P. Miguel A.; Carmona N. David E.; Acosta A. Elizabeth A.; Gutiérrez H. Violeta, Servicio de Endocrinología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, O.P.D. México.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Introducción: La Histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una enfermedad granulomatosa de causa desconocida, caracterizada por proliferación monoclonal del linaje monocito/macrófago o células dendríticas (histiocitos). Su incidencia es de 4-5 casos/millón de individuos. La presentación clínica es variable y puede afectar múltiples órganos (pulmón, hueso, piel, ganglios linfáticos, hipotálamo/hipófisis y otros). La afectación tiroidea aislada o como parte de la enfermedad multisistémica es muy rara y su diagnóstico y tratamiento siguen siendo controvertidos. Existen < 80 casos reportados de HCL tiroidea. Presentación del Caso Clínico: Varón de 45 años con historia de 6 meses de aumento de volumen en cuello anterior, simétrico, indoloro, bioquímicamente con hipotiroidismo subclínico y anticuerpos antitiroideos negativos; ultrasonido tiroideo con bocio multinodular, al igual que gammagrama tiroideo (nódulos hipocaptantes en lóbulo derecho e hipercaptantes en izquierdo). Biopsia aspiración con aguja fina (BAAF) del nódulo hipoecoico derecho (2.8x2.6cm), márgenes regulares, con microcalcificaciones (foto 1) e hipocaptante en gammagrafía, reporta carcinoma papilar tiroideo. Se realiza tiroidectomía total con disección de cuello. Histopatología reporta morfológica e inmunofenotípicamente (CD1A, CD68, S100 positivos, Ki67 40%) compatible con HCL tiroidea (foto 2), con infiltración multifocal a cápsula tiroidea y a 3 ganglios linfáticos en cadenas II y IV (T2,N1,M0: Etapa Clínica II). Recibe radioterapia convencional (66 Gy) regional y ganglionar. Actual tratamiento con levotiroxina 150 µgr/día con eutiroidismo; última tomografía de cuello/tórax contrastada sin tejido tiroideo residual, sin adenopatías cervicales, mediastinales, ni lesiones pulmonares. Discusión: La HCL tiroidea es más común en adultos, de curso relativamente indolente e indistinguible de otras causas de bocio. La forma aislada de un solo órgano se asocia con excelente sobrevida (~100%). Su diagnóstico es histopatológico. La BAAF tiroidea puede confundirse con tiroideopatías comunes. Existen casos de HCL diagnosticados erróneamente como carcinoma tiroideo mal diferenciado. Cuando la sospecha clínica de HCL es alta, la histología ayuda al diagnóstico. También se ha informado carcinoma papilar coexistente con HCL dentro de la tiroides en adultos. El tratamiento de elección en HCL tiroidea es tiroidectomía subtotal o total. No es necesaria la quimioterapia sistémica. Conclusión: La HCL tiroidea es extremadamente rara. Su diagnóstico y evaluación terapéutica son un desafío médico ya que pueden dar lugar a diagnósticos erróneos. Considerar a la HCL tiroidea primaria en el diagnóstico etiológico diferencial de bocio multinodular. Bibliografía: 1) N Engl J Med 2018; 379:856-68. 2) Blood. 2016 Jun 2;127(22):2672-81. 3) Medicine (Baltimore). 2015; 94(44):e1891. 4) Rev Clin Esp. 2014; 214(2):e19---e21. 5) Head and Neck Pathol (2012) 6:279–289.



 # 76

Título: EL EJERCICIO COMO UN FACTOR DESENCADENANTE DE COMA MIXEDEMATOSO. REPORTE DE UN CASO

Autor principal: Dr. Alfredo Nava de la Vega

Email autor principal: dmanava@hotmail.com

Autores: Véliz Figueroa Denisse Oliva. Hospital Reg. Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

INTRODUCCIÓN El coma mixedematoso es una de las pocas urgencias endocrinológicas que existen, debido a su alta mortalidad es de destacarse su identificación temprana, actualmente se ha propuesto de una escala que proporciona criterios específicos para la identificación de esta patología y poder iniciar tratamiento de forma oportuna, más cuando existen desencadenantes no identificados en la literatura que pueden hacer que no se tenga la sospecha de esta patología. OBJETIVO Reportar el caso de una paciente con desarrollo de coma mixedematoso, después de la realización de ejercicio de alta intensidad. EXPOSICIÓN DEL CASO Mujer 52 años de edad, sin antecedentes crónico degenerativos de relevancia. Acude a valoración debido al desarrollo de edema bipalpebral y en extremidades inferiores acompañándose de mialgias de predominio distal, posterior a la realización de ejercicio de alta intensidad los últimos dos fines de semana (ruta ciclista 70Km), después del segundo evento se agrega a la sintomatología disnea de esfuerzos, incremento ponderal 4 kg desde la última ocasión que se documentó (63Kg previo). A la exploración física peso 67 Kg (42% ACT), TA 110/70mmHg, FC 56lpm, con presencia de anasarca, en tórax integrándose síndrome de derrame pleural bilateral del 20%, dolor muscular a la palpación en extremidades inferiores con disminución de la fuerza muscular 3/5. Acude con laboratorios Cr 1.12, CCr 63ml/min, resto sin datos que comentar. Se envía con manejo a domicilio con diurético a dosis altas, con discreta reducción del edema, pero sin resolución total; durante el tiempo de espera de nueva cita presenta edema ascendente, ronquera, dificultad para el habla, somnolencia y deterioro cognitivo, con desorientación, persistiendo con disnea, progresando a ortopnea, estreñimiento y caída de cabello. A la EF destacando además anasarca, hipotensión 90/60mmHg; laboratorio con Cr 1.54, CCr 47ml/min, BUN 24.3, Na 139, K 3.8, TGO 56, TGP 57; Perfil tiroideo con TSH 236.5, T4l 0.0, T4t <0.42, T3t < 0.195, Captación de T3 26.4. Se calcula índice de Popoveniuc con 85 puntos, considerándose Coma mixedematoso, por lo que se decide inicio de manejo con Levotiroxina y Liotironina, además de esteroide; presentando mejoría del estado neurológico a las 72 hrs de iniciado manejo, así como 3 semanas después mejoría clínica significativa con desaparición del edema, sin evidencia de disnea o derrame pleural y perdida ponderal de 4Kg desde última consulta, perfil tiroideo con TSH 0.27 y T4l 2.0, además de mejoría de la función renal con Cr 0.85, CCr 78ml/min; continuando con manejo con levotiroxina. CONCLUSIONES La relevancia de este caso destaca en el factor desencadenante del Coma mixedematoso, no reportado en la literatura, por ello el uso de herramientas como la escala de Popoveniuc, que favorecen el diagnóstico o la sospecha temprana de esta antes de que exista un deterioro clínico irreversible, logrando de esta manera establecer un tratamiento de manera oportuna.

 # 77

Título: SÍNDROME DE RESISTENCIA A HORMONAS TIROIDEAS EN PACIENTE CON SÍNDROME DE TURNER: REPORTE DE CASO

Autor principal: Dra. MÓNICA MARCELA MACÍAS ORTEGA

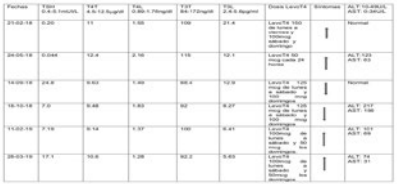
Email autor principal: ortega_3m@hotmail.com

Autores: Dra. Alma Vergara López Dra. Pamela Teresa Mendoza Barradas

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

INTRODUCCIÓN. Los receptores de hormonas tiroideas (THR) son miembros de la superfamilia de esteroides/receptores nucleares de factores de transcripción inducibles por ligando; se activan al unirse a la triyodotironina (T3) en el núcleo y median el efecto de la hormona tiroidea (HT) al activar la transcripción de los genes diana. Se conocen dos tipos, el α y β, codificados por los genes THRA y THRB que producen dos isoformas. Los defectos genéticos en los receptores causan formas específicas de resistencia a hormonas tiroideas (RHT) caracterizados por una respuesta reducida del tejido a la HT a pesar de niveles elevados de T3 y/o tiroxina (T4) libres y TSH inadecuadamente normal o elevada. OBJETIVO. Presentar un caso de RHT de difícil manejo. CASO CLÍNICO. Mujer de 26 años, diagnóstico de síndrome de Turner a los 11 años e hipotiroidismo desde los 13 años. Enviada en abril de 2018 por palpitaciones, insomnio, ansiedad y agitación de 2 meses. EF: taquicardia, no se palpó bocio ni nódulos tiroideos. El perfil hipofisario corrobora falla ovárica primaria y se inicia sustitución con estrógenos conjugados. Perfiles tiroideos durante el seguimiento se muestran en la tabla. Ac. anti-Tiroglobulina 560 U-OMS, Ac. anti-TPO 1415 U-OMS. Resonancia cerebral normal. Se documentó hipertransaminasemia. Por patrones de perfil tiroideo y persistencia de cuadro clínico compatible con hipertiroidismo, a pesar de ajuste en dosis de levoT4 así como alteración de enzimas hepáticas con aparente correlación con elevación de HT, se concluye diagnóstico de síndrome de RHT. DISCUSIÓN. La causa más común de RHT son mutaciones heterocigotas del gen THRB, con patrón autosómico dominante. Las manifestaciones clínicas comunes son bocio, taquicardia sinusal, trastornos por déficit de atención, hiperactividad, retraso en la edad ósea, talla baja y discapacidad auditiva. Bioquímicamente valores elevados de T4 libre y T3 libre, TSH normal o ligeramente elevada. La administración de dosis suprafisiológicas de HT suprime la secreción de TSH dando como resultado la disminución y, finalmente, la abolición de la respuesta de TSH a TRH. En sujetos con RTH-beta, puede ser necesario administrar LevoT4 en dosis de hasta 1000 mcg/día y liotrinonina (LT3) hasta 400 mcg / día. La meta del tratamiento no debe ser la normalización de los niveles de TSH, sino el eutiroidismo clínico. Los bloqueadores beta-adrenérgicos, producen reducción significativa en la frecuencia cardíaca. Conclusiones: El síndrome de RHT es muy poco frecuente y se caracteriza por valores elevados de T4 y T3, e inapropiadamente normales o elevados de TSH. Es importante lograr un adecuado diagnóstico, ya que la elevación de las HT puede conducir a errores diagnósticos y terapéuticos. Bibliografía: Jimenez R et al. A resistance to thyroid hormone syndrome mutant operates through the target gene repertoire of the wild-type thyroid hormone receptor. Mol Cel Endocrinol. 2017; 447:87-97.



 # 78

Título: COMA MIXEDEMATOSO Y TAPONAMIENTO CARDÍACO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autor principal: Dra. Liliana Alcaraz Gaytán

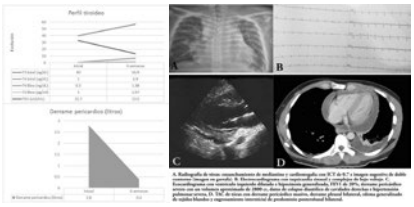
Email autor principal: dra.liliana.alcaraz@gmail.com

Autores: Vergara-López, Alma; Balderrama-Soto, Adriana; Cruz-Oxidho, Juan

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

INTRODUCCIÓN. El hipotiroidismo primario (HP) es una causa de derrame pericárdico - 3% al 37%. Los derrames pericárdicos masivos son raros, la aparición de taponamiento cardiaco (TC) en el derrame pericárdico debido a HP es excepcional debido a la lenta instauración del mismo. OBJETIVO. Presentar a un paciente con TC a quien se le diagnosticó HP; la aproximación diagnóstica realizada y su evolución. RESUMEN. Hombre de 62 años de edad, con diabetes e hipertensión. Presenta cuadro de disfalia progresiva desde hace 1 año con exacerbación hace 6 meses por disminución de la fuerza muscular generalizada, presentando deterioro neurológico progresivo, acudió a su clínica encontrando datos de infección de vías urinarias e hipoglucemia. Posteriormente se asoció disnea de esfuerzos que progresó a de reposo, ortopnea, disnea paroxística nocturna y edema periférico progresivo. A la exploración con disartria, desorientación en tiempo y espacio, piel pálida, gruesa, fría y seca, efluvio telógeno, edema periocular, macroglosia, ingurgitación yugular grado IV, taquicardia de 110 lpm, ruidos cardiacos abolidos, frote pericárdico, hipoventilación bibasal, matidez percutora, ascitis moderada, extremidades hipotróficas, llenado capilar <4 seg, pulso filiforme, edema sin fovea, reflejos +. Radiografía de tórax con ensanchamiento de mediastino y cardiomegalia con ICT de 0.7 e imagen sugestiva de doble contorno. Electrocardiograma con taquicardia y complejos de bajo voltaje. Laboratorio biometría hemática normal, BUN 16; creatinina 1.65; sodio 131; pruebas de función hepática normales, CK total 265; CK MB 13; DHL 559, ALB 3, PT 5.5. GASAR pCO2 51, pO2 52, Sat 83%, HCO3 32. EGO patológico y urocultivo Escherichia coli. Ecocardiograma VI dilatado con hipocinesia, FEVI de 20%; derrame pericárdico severo vol 2800 cc e HAP severa, con tomografía que evidencia derrame pericárdico masivo y pleural bilateral, se realiza pericardiocentesis y evacuación de 1150 ml de líquido seroso. Citológico y citoquímico con características de trasudado. BAAR y cultivos negativos. Perfil tiroideo T3 total <40 ng/dL, T4 total <1 ug/dL, T4 libre <0.3 ng/dL, T3 libre < 1 pg/ml, TSH 32.7 uUI/mL, perfil hipofisario normal. Depuración de creatinina normal, panel viral negativo, TORCH en suero y LP negativo, Toxoplasma gondii, CMV, rubeola y reacciones febriles negativas. Se estudian y descartan otras etiologías como amiloidosis, neoplasias u otras infiltrativas. CONCLUSIÓN. Determinar la causa subyacente del TC lo antes posible es importante en el manejo. La evolución del proceso se ve condicionada por la edad y enfermedades importantes asociadas. Considerar el coma mixedematoso como una posible causa reversible de TC en el diagnóstico diferencial puede mejorar el pronóstico del paciente, ya que este se modifica por la administración oportuna de levotiroxina. REFERENCIA 1. Chahine J, Ala CK, Gentry JL, Pantalone KM, Klein AL. Pericardial diseases in patients with hypothyroidism. Heart. 2019



 # 79

Título: ACIDOSIS TUBULAR RENAL TIPO I SECUNDARIA A TIROIDITIS DE HASHIMOTO

Autor principal: Dr. Jesús Guillermo Mendoza García

Email autor principal: jesusmendoza0305@gmail.com

Autores: Tenorio Aguirre Erika Karina, Balderas Juarez Joana*, Munguia Ramos Diana*. Servicio de Medicina Interna, Hospital General Dr. Manuel Gea González, SSA, México.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Introducción: La acidosis tubular renal tipo 1 (ATR 1) se caracteriza por una alteración en la acidificación urinaria, acidosis metabólica de anion gap normal, ph urinario mayor de 5.5 y pérdidas renales de potasio, así como hipercalciuria, hipocitraturia, nefrolitiasis y nefrocalcinosis. Existen dos formas principales reportadas: hereditarias y secundarias como las enfermedades autoinmunes. La tiroiditis de Hashimoto es una causa inusual de esta patología. Presentación de caso: Mujer de 30 años quien ingresó con antecedente de litiasis renal bilateral. Inició su padecimiento mialgias, astenia, adinamia, poliuria, debilidad de miembros pélvicos, edema e imposibilidad para la deambulación de un mes de evolución. Durante abordaje se encontró con hipokalemia severa(2.4mEq/L), hipofosfatemia (1.28 mg/dl), hipocalcemia (7.72 md/dl). Sin alteraciones en las pruebas de función renal. Gasométricamente con acidosis metabólica con anion gap normal (ph 7.25, HCO3 13.6, anion gap 10.2). Se le solicitó perfil tiroideo por sintomatología el cual reveló un hipertiroidismo primario autoinmune con una TSH 205.4 uIU/ml (0.34- 5.6), T4L 0.3ng/dL (0.58- 1.64) y anticuerpos antiperoxidasa 104.2 mUI/mL. Se realizó ultrasonido renal el cual demostró nefrocalcinosis bilateral. Por los hallazgos en los estudios de laboratorio se sospechó ATR 1 por lo que se solicitó anion gap urinario 19.5, fracción de excreción de bicarbonato <5 y ph urinario >5.5, hipercalciuria 680 mg/día y citrato de orina 83.0 mg/día. Se inició tratamiento con levotiroxina, bicarbonato de sodio y citrato de potasio. Durante el seguimiento se fue disminuyendo el aporte de bicarbonato y citrato potasio hasta suspenderse, actualmente asintomática en tratamiento con levotiroxina con control de TSH 3.26 uIU/ml y potasio 3.6 mEq/L. Conclusión: Se ha reportado en la literatura pocos casos en pacientes con acidosis tubular renal distal con patología tiroidea como hipertiroidismo, hipotiroidismo y tiroiditis de Hashimoto. Se cree que tanto la deficiencia de tiroxina así como los anticuerpos generan alteración a nivel de los transportadores de los túbulos renales. Esta alteración resuelve con la adecuada sustitución de levotiroxina como en el caso de la paciente.

 # 80

Título: REPORTE DE CASO AFECTACIÓN TIROIDEA POR ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN

Autor principal: Dra. Marlen Alejandra Alvarez Castillo

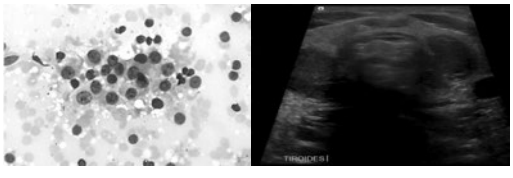
Email autor principal: malevarez@hotmail.com

Autores: 1Segovia Palomo, Antonio. 1Clínica de Tiroides. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. 2Romero Utrilla, Alejandra. 2Citopatología. Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Rosai Dorfman (ERD) es un padecimiento raro de origen desconocido, benigno, autolimitado; se caracteriza por infiltración progresiva de los sinusoides de ganglios linfáticos por histiocitos conteniendo abundantes linfocitos (emperipolesis) con pérdida de la estructura normal de los mismos. Se presenta en la primera y segunda década de la vida particularmente en hombres. 40% de los pacientes presentan manifestación extranodal, siendo piel el sitio principal. La afectación tiroidea es muy rara, actualmente solo se han descrito 9 casos. OBJETIVO: Reportar un caso de afectación tiroidea por ERD. EXPOSICIÓN DEL CASO: Paciente masculino de 38 años de edad conocido por Hematología por ERD, en tratamiento con prednisona 5 mg/ 24 hrs, con 9 meses de evolución de disfagia y sensación de cuerpo extraño en faringe por lo que servicio tratante solicita perfil tiroideo. 18-09-18: TSH 16.85, T3L 3.65, T4L. Inician sustitución con levotiroxina y envían a nuestro servicio, encontrando bocio grado II, nodular de predominio derecho, no doloroso; con los siguientes estudios: USG de cuello reportando nódulos tiroideos bilaterales TIR 4 ambo y 14-03-19: TSH 8.94, T3L 3.83, T4L 0.88, T4T 7.07, T3T 0.95, Ac- antiTg mayor de 4000, Ac- antiTPO 28. Se le realiza BAAF de ambas lesiones con reporte de Bethesda II (tiroiditis linfocítica) con datos de emperipolesis bilateral. CONCLUSIÓN: La ERD es un subtipo de histiocitosis menos común, de etiología desconocida pero se cree puede estar asociada a procesos reactivos o infecciones como VHH 6 y 8, VEB y CMV. Establecer el diagnostico requiere de estudios inmunohistoquímicos, la ERD es positiva para CD68 y S100 y negativo para CD1a. El compromiso del sistema endocrino en ERD es bajo, siendo en tiroides aún más raro. La afectación tiroidea por ERD se asocia con tiroiditis autoinmune, además, se puede confundir con cáncer tiroideo con metástasis ganglionar. La presentación clínica es usualmente de una tiroides sensible, aumentada de tamaño con adenopatías cervicales, acompañada de fiebre, malestar general o sudoración nocturna. En los laboratorios: anemia leve, elevación del VES y hipergammaglobulinemia. En los estudios de imagen: nódulos sólidos hipoecoicos o quísticos, parénquima heterogéneo en USG, nódulos fríos en gammagrafía en un paciente bioquímicamente eutiroideo. El tratamiento consiste en tiroidectomía parcial o total, con recuperación de la función tiroidea en aquellos con cirugía parcial. Se deben extirpar todos los ganglios linfáticos afectados, los cuales pueden cursar sin recurrencia. BIBLIOGRAFÍA: 1. Palmas CF, Porras Ledantes JA, Raventós EA, et al. Afectación tiroidea por enfermedad de Rosai-Dorfman. Endocrinol Diabetes Nutr. 2017;64:280---281. 2. Wen Wu L, Parajuly SS, Yan L, et al. Sonographic Manifestation of Thyroid's Rosai-Dorfman Disease. Journal of Medical Ultrasound (2012) 20, 54e57



 # 81

Título: LESION QUISTICA EN CUELLO COMO PRESENTACION INUSUAL DE CANCER PAPILAR DE TIROIDES. REPORTE DE UN CASO.

Autor principal: Dra. Carolina Castillo Castro

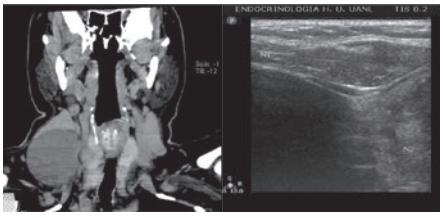
Email autor principal: carocastilloo@gmail.com

Autores: Castillo-Castro Carolina, Medrano-De-Ávila Carolina, Mancillas-Adame Leonardo, Rodríguez-Gutiérrez René.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Antecedentes El diagnóstico diferencial de los tumores quísticos en cuello es amplio, e incluye alteraciones congénitas, inflamatorias y neoplásicas (1). Aunque en su gran mayoría son benignos, debe mantenerse un alto índice de sospecha, principalmente en los pacientes adultos. Objetivo Presentar el caso de una mujer de 43 años que acudió por una tumoración en cuello, quística por imagen, cuyo diagnóstico definitivo fue metástasis quística de carcinoma papilar de tiroides. Reporte de Caso Mujer de 43 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 desde el 2018, en tratamiento con antidiabéticos orales. No cuenta con otros antecedentes de relevancia. Acudió por aumento progresivo de volumen del cuello de un año de evolución. En enero del 2018, se acelera la velocidad de crecimiento, y se lateraliza hacia el lado derecho. Su médico le realizó una tomografía computarizada de cuello, reportada como glomus yugular. Acude a nuestra institución para segunda opinión. Ella se refería asintomática, al interrogatorio dirigido solo sensación de opresión en cuello, negando síntomas constitucionales o locales. A la exploración física encontramos una masa visible en la mitad derecha del cuello, de aproximadamente 5 cm en su diámetro mayor, en el nivel IV-V. La masa no condicionaba cambios en la coloración o la temperatura de la piel, se palpaba firme, redondeada, no dolorosa, sin frémito ni soplos a la auscultación. No era móvil a la deglución ni a la protrusión de la lengua, y la maniobra de Pemberton resultó negativa. Estudios generales y perfil tiroideo en rangos de normalidad. Una TC de cuello mostró una masa quística del lado derecho del cuello, adyacente a la glándula tiroides. Se realizó ultrasonido (US) tiroideo, encontrando un nódulo derecho hipoecoico, más ancho que alto, de bordes bien definidos, heterogéneo, con microcalcificaciones centrales, flujo central y periférico, con medidas de 3.9 x 1.9 x 2.0 cm. Por este motivo, se realizó una biopsia por aspiración con aguda fina, con resultado de Bethesda VI. Posteriormente se realizó tiroidectomía total con disección ganglionar central y derecha. El reporte histopatológico confirmó un carcinoma papilar de tiroides con extensión a tejidos blandos, por lo que la paciente fue referida a dosis ablativa de I131. Conclusiones Una lesión quística en el cuello debe incluir en el diagnóstico diferencial la posibilidad infrecuente de un carcinoma diferenciado de tiroides. Bibliografía 1. Haugen, B., Alexander, E., Bible, K., et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid, 26(1), 1-133. 2. T Subha, S., Bakri, M., Salleh H, et al. Papillary Thyroid Carcinoma Presenting As a Cystic Neck Lesion: Case Series. Iranian Journal Of Otorhinolaryngology, 30(1), 49-54.



 # 82

Título: STRUMA OVARII Y CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. REPORTE DE CASO.

Autor principal: Dra. Ximena Monserrath Valdez Salamea

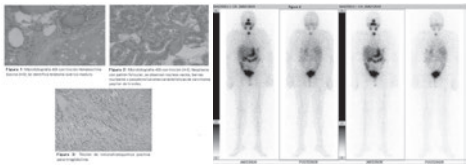
Email autor principal: xime_valdez@msn.com

Autores: Vergara-López Alma, Gurrola-Machuca Héctor*, Ordóñez-Espinosa Laura*, Reyes-García Natalia*.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

INTRODUCCIÓN. La coexistencia de struma ovarii (SM) y carcinoma papilar de tiroides (CPT) constituye un hallazgo excepcional en la práctica clínica, la prevalencia reportada es del 9% en una serie de casos de 68 pacientes con struma ovarii maligno (SOM); generalmente es un hallazgo incidental en el reporte de patología. RESUMEN. Mujer de 59 años que fue diagnosticada en junio de 2018 mediante Ultrasonido (USG) transvaginal y TAC de tórax y abdomen de proceso neoformativo a nivel de ovario izquierdo (OI), por lo que se decidió en noviembre 2018 histerectomía total con salpingo-oforectomía bilateral. El reporte patológico macroscópico fue de OI de 12x0x5.5 cm, quístico, multilobulado de superficie lisa, íntegra; el reporte anatomopatológico fue teratoma ovárico maduro de 12 cm (Fig. 1) con transformación maligna de adenocarcinoma de tiroides bien diferenciado de 6 cm, con invasión a la cápsula, pero sin extensión a superficie externa y sin necrosis o invasión vascular (Fig. 2); se realizó linfadenectomía pélvica y obturatriz bilateral de 10 adenomegalias y revisión de epiplón sin reporte de metástasis, sin embargo el reporte de citología de líquido de cavidad peritoneal de corredera parietocólica derecha e izquierda fue positivo para adenocarcinoma papilar de tiroides. Se solicitó inmunohistoquímica que resultó positiva para tiroglobulina, citoqueratina 19 y ki 67 positivo en 5% de las células neoplásicas (Fig. 3). Se solicitó perfil tiroideo que se encontró dentro de parámetros normales y USG tiroideo con reporte de quiste coloide en lóbulo tiroideo derecho de 2.9 mm que no ameritó biopsia por aspiración de aguja fina (BAAF). Sin embargo, por todos los antecedentes y con el objetivo de hacer un seguimiento adecuado y detectar posibles recurrencias mediante rastreo con yodo radioactivo (131I); se realizó tiroidectomía total en mayo 2019, con reporte de patología de tiroides de 7x3x1 cm de 11 gr, con quiste coloide de 0.3 cm, sin alteraciones histológicas. Se decidió en junio 2019 en comité de tiroides la administración de una dosis empírica de 150 mCi de 131I, con reporte de rastreo corporal total positivo para presencia de tejido tiroideo residual (Fig. 4). Posteriormente se inició tratamiento con levotiroxina y se continuará vigilancia de recurrencias mediante marcadores bioquímicos como tiroglobulina y anticuerpos antitiroglobulina, además de estudios de imagen. CONCLUSIÓN. Debido a que el SOM es una condición muy rara (5 a 10 % de los casos de SO que representan el 2% de los teratomas ováricos) todavía no existe consenso sobre el tratamiento, por lo que este debe ser individualizado y requiere de un seguimiento a largo plazo sobre todo en aquellos casos en los que existe diseminación extraovárica; en estos últimos la opción más aceptada es la tiroidectomía total con terapia ablativa con 131I. BIBLIOGRAFÍA. Fernández C, et al. Sincronous malignant struma ovarii and papillary thyroid carcinoma. Endocrinol Nutr. 2016; 63(7):366-7.



 # 83

Título: AGRANULOCITOSIS SECUNDARIA A TIONAMIDAS, REPORTE DE CASO Y SEGUIMIENTO

Autor principal: Dra. Ana Beatriz Molina Manrique

Email autor principal: abmolina.manrique@gmail.com

Autores: Dra. Claudia Itzel Herrera Díaz

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

“AGRANULOCITOSIS SECUNDARIA A TIONAMIDAS, REPORTE DE CASO Y SEGUIMIENTO” Molina Manrique Ana Beatriz, Herrera Díaz Claudia Itzel, Servicio de Endocrinología, IMSS, HE “Dr. Antonio Fraga Mouret”, CMN “La Raza”. Introducción: Se estima que la agranulocitosis secundaria a tionamidas ocurre en 0.2-0.5%. Se define como una cuenta absoluta de neutrófilos <500/µl, de forma usual se presenta en los primeros 3 meses y clínicamente se caracteriza por fiebre y dolor de garganta. El tratamiento se basa en la suspensión del fármaco, antibiótico de amplio espectro y factor estimulante de colonias de granulocitosis. Objetivo: Se presenta el caso de una paciente con enfermedad de Graves y agranulocitosis secundaria a tionamidas, quien tuvo resolución con tratamiento convencional, actualmente eutiroidea, posterior a I-131, en seguimiento por nuestro servicio. Presentación del caso: Femenino de 35 años con enfermedad de Graves desde 2011, tratamiento inicial tiamazol 15mg/día, posteriormente tiamazol 45mg/día y levotiroxina/liotironina 150mcg/30mcg/día, en 2015 reduce dosis de tiamazol a 30mg/día y suspende levotiroxina/liotironina por embarazo, al concluir éste retoma tratamiento previo. Inició padecimiento 2 semanas previo a ingreso, con faringodinia y síndrome febril, refiere tratamiento antibiótico y antipirético sin mejoría, por lo que acudió a urgencias el día 27/03/2019, se decidió ingreso por evidencia de neutropenia profunda febril, valorada por hematología quien concluyó secundaria a tiamazol, en valoración inicial por endocrinología sin datos de tirotoxicosis, bocio grado III, orbitopatía de Graves CAS 0/NOSPECS 3, faringitis y mucositis grado II, sin otros datos patológicos, perfil tiroideo del día 23/01/2019 TSH 0.01µUI/mL, T4L 1.39ng/dL, T3 10.28ng/dL, y anticuerpos anti receptor de TSH 7.46UI/L, biometría hemática del día 27/03/2019 neutrófilos 0.07K/µL, ingresó el día 29/03/2019, se indicó suspensión de tiamazol, propanolol, meropenem y filgrastim, con evolución a la mejoría, afebril, hemodinámicamente estable, sin datos de tirotoxicosis, con recuperación de CAN >500/µl. Egresó el día 05/04/2019 con cita para administración de I-131 29.9mCi. Última valoración por nuestro servicio en junio de 2019, 1 mes posterior a administración de I-131, actualmente eutiroidea, perfil tiroideo del día 24/06/2019 TSH 2.78µIU/ml, T4L 00.82ng/dL y T3 131ng/dL, en seguimiento por nuestro servicio. Conclusiones: La agranulocitosis secundaria a tionamidas es un efecto adverso de baja frecuencia, sin embargo potencialmente mortal, por lo que el diagnóstico y tratamiento oportuno es de vital importancia. Se ha reportado hasta 15.2% de reacción cruzada entre tionamidas, por lo que el tratamiento definitivo es la opción más segura y efectiva para lograr un estado eutiroideo. Bibliografía: Ross DS, et al. 2016 American Thyroid Association Guidelines for Diagnosis and Management of Hyperthyroidism and Other Causes of Thyrotoxicosis. Thyroid 2016; 26(10):1343-1421.

 # 84

Título: USO DE PLASMAFÉRESIS EN TIROTOXICOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: Dra. Rosa Iris Santos Santos

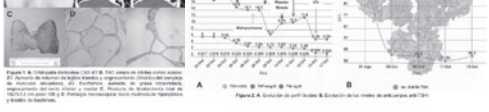
Email autor principal: rosa.santos1490@gmail.com

Autores: Alarcón Alejandra, Vergara Alma. Servicio de Endocrinología, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

INTRODUCCIÓN.La Enfermedad de Graves es la causa más frecuente de hipertiroidismo (Ht).La piedra angular del tratamiento (tx)son los antitiroideos (AT). Sin embargo, se han reportado reacciones adversas hasta en un 29%, siendo las más frecuentes las reacciones alérgicas (RA) 13% que van desdecutáneas hasta anafilaxia, hepatotoxicidad 0.2%, y agranulocitosis 0.5%. Según lasrecomendaciones, ante un efecto adverso leve persistente se deben suspender los AT y optar por un tx definitivo, yodo radioactivo (I131) o tiroidectomía (Tt). La plasmaféresis (PF) constituye un tx alternativo cuando no se pueden usar AT o en el contexto de tormenta tiroidea (tt). OBJETIVO. Presentar un caso de Ht tratado prequirúrgicamente con PF. EXPOSICIÓN DEL CASO. Mujer de 27 años, conantecedente (ant) de asma bronquial. Inició su padecimiento en junio 2016, posterior al parto con pérdida de peso no intencionada (20kg/3meses), agalactia, edema palpebral, eritema conjuntival, diplopía, aumento de volumen en cuello, disfagia, disnea pequeños esfuerzos, temblor distal, y edema en extremidades.Enseptiembre 2016 se integródiagnóstico de Ht e inicióTx con tiamazol15 mg/día,a los dos días cursó con edema de labios y lengua, dermatosis generalizada, disnea, sibilancias inspiratorias,y desaturaciónrequiriendotx conbroncodilatadores, antihistamínicos, esteroides sistémicos (ES) y suspensión de AT.En octubre 2016, reinicióltiamazol 10 mg/diapresentandoRA cutánea. En agosto 2018 fue valorada en Hospital Regional donde se inicióbetabloqueador (BB) y se derivó a nuestro hospital. A la exploración destacaba eritema conjuntival, edema palpebral y de carúnculas y dolor a la latero-versiónescala de actividad 4/7(Figura1), tiroides aumentada de tamaño 4 veces, consistencia firmehomogénea, frémito palpable y soplo auscultable, reflejos 3+.Laboratorios:TSH 0.061 mUI/L, T4T 24 mcg/dl, T4L >6.00 ng/dl, T3T >600 ng/dl, T3L 31.7 pg/mL, anticuerpos (Ac)anti-TSHR 112 UI/L. Por ant de RA se descartaron AT,por orbitopatía activa se descartó I131, optando por Tt como tx definitivo. Se preparó por alto riesgo de tt con BB, yodo lugol, ES, y se realizaron 5 sesiones de PF conrecambio 1.5 veces/volumen, logrando descenso de T4L del 60.83%, T3L 91.14% y Acanti-TSHRdel 71.51% (Figura2). El día 11 de octubre se realizó Tt sin complicaciones, y se inició levotiroxina al 4to día postquirúrgico. CONCLUSIÓN. La PF permite la eliminación de sustancias de gran peso molecular unidas a proteínas (Ac anti-TSHR y hormonas tiroideas). En Ht se emplea como tx. alternativo con una recomendación clase III; la reducción de T4L y T3L promedio es >40%; no se ha determinado número y frecuencia de PF, según reportes de caso, mínimo son 3 en forma continua. BIBLIOGRAFÍA. 1. Simsir I, et al. Therapeutic plasmapheresis in thyrotoxic patients. Endocrine 2018;62(1):144-148 2. Keklik M, et al. The results of therapeutic plasma exchange in patients with severe hyperthyroidism. TransfusApher Sci 2013;48(3):327-330



 # 85

Título: TIROIDECTOMIA TRANSORAL EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE GRAVES REFRACTARIO A TRATAMIENTO CONVECIONAL. REPORTE DE CASO.

Autor principal: Dra. ELISA FLORES GOMEZ

Email autor principal: elisanova@hotmail.com

Autores: Flores-Gómez Elisa; Piscil-Salazar Marco A.; Díaz-Herrera Claudia I.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

INTRODUCCION El tratamiento de elección para la Enfermedad de Graves (EG) debe ser individualizado1. Los agentes antitiroideos son la terapia más utilizada de primera instancia por su facilidad de uso y rápido control de la enfermedad, pudiendo lograr en pacientes seleccionados una remisión sostenida. En individuos con refractariedad a fármacos, orbitopatía activa o sospecha de malignidad se recomienda la tiroidectomía total, idealmente en eutiroidismo2. Recientemente, la cirugía de mínima invasión (CMI) ha tomado auge por beneficio estético y recuperación más temprana, sin embargo, hay poca experiencia en EG y en sus complicaciones postquirúrgicas3. CASO CLÍNICO Hombre de 31 años que inició en mayo 2017 con astenia, adinamia, palpitaciones, pérdida no intencionada de 54 kg en 4 meses, proptosis dolorosa y edema palpebral. Se diagnosticó hipertiroidismo en agosto 2017, se inició tratamiento con tiamazol 10 mg cada 8 hr y propanolol 40 mg cada 8 hr sin mejoría de la sintomatología. En noviembre 2017 se hospitalizó por tirotoxicosis, se incrementó tiamazol a 25 mg cada 8 hr y propanolol 40 mg cada 8 hr, y se inició prednisona 50 mg cada 24 hr, con mejoría parcial de la sintomatología, Burch-Wartofsky (BW) de 25 puntos, empeoramiento de la proptosis, diplopía y conjuntivitis de repetición. En la primera consulta de Endocrinología, con BW de 25 puntos, Oftalmopatía activa (CAS 3), NOSPECS 4, T3: >600 ng/dl, T4L: > 6.0 ng/dl, TSH: 0.01 mUI/ml, por lo que se decidió su internamiento. A su ingreso, se incrementó dosis de tiamazol y propranolol, se agregó colestiramina, hircorotisona IV y yodo lugol. Persistió con pruebas de función tiroidea elevadas por lo que se incrementó yodo lugol. Con respuesta parcial (T3: 81 ng/dl, T4L: 1.73 fg/dl, TSH: <0.2mUI/ml), se solicitó valoración del servicio de cirugía de cabeza y cuello, el cual realizó tiroidectomía transoral el día 12/07/19. Como prevención de hipocalcemia se solicitó niveles de vitamina D, y se administró previo a la cirugía, bolos de calcitriol (1.5 mcg/día), en el posoperatorio con niveles de calcio sérico en 3 determinaciones, normales. CONCLUSIONES En nuestro hospital la CMI puede ser considera una opción terapéutica en pacientes con EG refractario a tratamiento. Debe realizarse por cirujano experto en conjunto con el manejo y preparación prequirúrgica del endocrinólogo para reducir las complicaciones posquirúrgicas. Se requiere más experiencia de la CMI para determinar los beneficios de esta cirugía sobre la tiroidectomía abierta convencional. BIBLIOGRAFIA 1) Kahaly G.J, et al. European Thyroid Association Guideline for the Management of Graves' Hyperthyroidism, European Thyroid Journal, 2018. 2) Camenzuli Christian, et al. Transoral Endoscopic Thyroidectomy: A Systematic Review of the Practice So Far. JSLS. 2018. 3) Jitpratoom P, et al. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach (TOETVA) for Graves' disease: a comparison of surgical results with open thyroidectomy. Gland S

 # 86

Título: Síndrome de Marine-Lenhart asociado a carcinoma papilar de tiroides: reporte de un caso

Autor principal: Dra. Claudia Nai Salazar Gonzalez

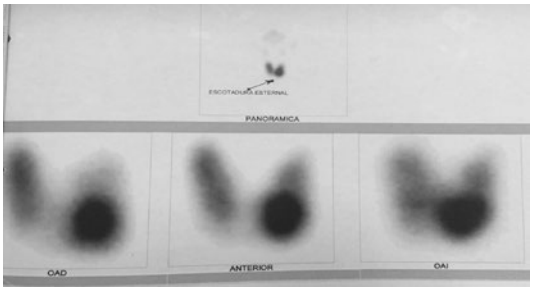
Email autor principal: claudianaisalazar@gmail.com

Autores: Castañeda-Vásquez,Gomez Romero Pedro Ana Lucía, Vergara-López Alma

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Introducción: la enfermedad de Graves (EG) es la causa más frecuente de hipertiroidismo. Su asociación con nódulos es frecuente sin embargo con adenomas hiperfuncionantes (AHF) es excepcional y constituye únicamente el 0.8 al 2.7% de los casos. Esta presentación se conoce como síndrome de Marine-Lenhart. De forma general, los AHF tienen un riesgo muy bajo de malignidad. Objetivo: presentamos un caso de síndrome de Marine-Lenhart asociado a carcinoma papilar de tiroides. Exposición del Caso: mujer de 56 años sin antecedentes familiares de enfermedad tiroidea ni factores de riesgo asociados a cáncer de tiroides. Fue valorada inicialmente por un cuadro caracterizado por palpitaciones, cefalea, insomnio y vértigo que condicionaba inestabilidad postural. A la exploración física inicial, no presento datos de orbitopatía distiroidea y se observó bocio grado 2 de consistencia nodular de manera generalizada a la palpación. Las pruebas de función tiroidea (PFT) mostraban TSH de 0.004 mIU/ml, T4 libre de 4.3 ng/dl y T3 libre de 8.9 pg/ml y se reportaron anticuerpos antirreceptor de TSH de 1.7 UI/L. Se realizó un ultrasonido tiroideo en el que se observaba bocio multinodular con nódulo dominante izquierdo TIRADS 3 según el Colegio Americano de Radiología de 0.8x0.6x1 cm con vascularidad periférica. En el rastreo tiroideo con tecnecio-99m se observaba incremento de la captación de la glándula de forma generalizada con distribución irregular con predominio en el polo inferior del lóbulo izquierdo sugestivo de síndrome de Marine-Lenhart [figura 1]. Se inició tratamiento con tionamidas. Durante su seguimiento se agregaron datos de oftalmopatia moderada según EUGOGO con una Escala de Actividad Clínica de 3 puntos. Debido a hipertiroidismo de difícil control y por la oftalmopatía activa se optó por un tratamiento definitivo quirúrgico. En el reporte histopatológico se describieron dos focos de microcarcinoma papilar de tiroides variedad clásica en ambos lóbulos. No recibió tratamiento ablativo con radioyodo por riesgo de reactivación de oftalmopatia. Conclusión: aunque la coexistencia de EG y cáncer tiroideo no es inusual, la presentación de síndrome de Marine-Lenhart con un nódulo hiperfuncionante maligno concomitante es excepcional. Este caso nos recuerda que no debemos descartar del todo la posibilidad de malignidad en patologías nodulares tiroideas con hipertiroidismo.



 # 87

Título: Metástasis tiroidea de un carcinoma ductal de mama

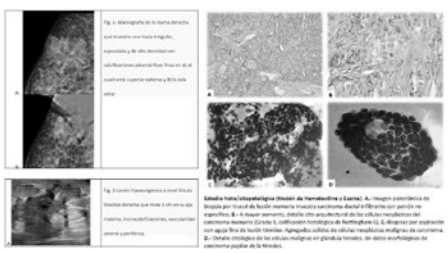
Autor principal: Dra. LUISA GERALDINE VILLANUEVA Rodríguez

Email autor principal: geral_vr2@yahoo.com

Autores: Luis Francisco Valdés-Corona, Shely Azrad-Daniel, Diego Leonardo Jorge, Chávez Alanís Ángel César, Ramon G. de los Santos Aguilar, Reza Albarrán Alfredo

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Antecedentes Las metástasis a nivel de tiroides representan aproximadamente el 1.4 - 3% de todos los tumores malignos tiroideos. El cáncer primario más común que metastatiza a la tiroides es el carcinoma de células renales, seguido de neoplasias malignas del tracto gastrointestinal. El cáncer de mama es la principal causa de muerte relacionada con el cáncer en las mujeres, es común que haga metástasis a huesos, pulmones y el hígado. Metástasis del cáncer de mama a la glándula tiroides es poco común. Objetivo Presentamos el caso de una paciente con metástasis de cáncer de mama a nivel de glándula tiroides. Material y Métodos Mujer de 41 años con una historia de cuatro meses de parálisis facial central derecha asociada con exoftalmos, ansiedad, temblor, epífora, cefalea y perdida involuntaria de 20 kilogramos en los últimos 18 meses. Durante el examen físico encontramos un nódulo tiroideo derecho, una masa en el cuadrante superior derecho de mama derecha que medía 4 por 3.5 cm, hepatomegalia con más de 10 cm debajo de las costillas. Una tomografía computarizada de la cabeza al abdomen reveló múltiples metástasis en el cerebro, , pulmones, huesos, hígado y ambos ovarios. Los resultados de laboratorio más relevantes fueron los siguientes: Hb 13.9 mg / dl, leucocitos 7.2, plaquetas 308, ALP 481, LDH 1032, GGT 799, bilirrubina total 3.67 mg / dl (directo 2.6). Las pruebas de función tiroidea revelaron elevación de T4T y libre, con TSH discretamente suprimida: TSH 0.2840, T4 libre 3.44, T4 15.1, (valores normales TSH 0.35-4.94, T4 libre 0.7-1.4, T4 4.87-13,) Anticuerpos tiroideos: anti-tiroides peroxidasa 0.63 y antitiroglobulina 16, ambos dentro de los rangos normales. El gammagra tiroideo reveló disminución de la captación de yodo, consistente con tiroiditis. La mamografía informó nódulos espiculados en mama y axila derecha, el más grande mide 4 por 3,5 cm, de acuerdo con BI-RADS 6. Se realizó biopsia de tumor de mama con reporte de carcinoma ductal infiltrante, receptores estógenos y progesterona positivos y Her2Neu negativo. La biopsia del nódulo tiroideo reportó células neoplásicas de cáncer de mama. La paciente recibió quimioterapia con paclitaxel después de dos semanas, la paciente falleció por neumonía. Conclusiones Las metástasis a la glándula tiroides son raras. El cáncer primario más común que se metastatiza en la tiroides es el carcinoma de células renales. Las metástasis a la glándula tiroides generalmente se asocian con un mal pronóstico. La tiroiditis aguda sin anticuerpos tiroideos positivos se asoció a una infiltración tumoral.



 # 89

Título: CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE PARATHORMONA INTACTA PREQUIRÚRGICA Y EL VOLUMEN ESTIMADO DEL ADENOMA PARATIROIDEO POR ULTRASONIDO Y/O GAMMAGRAMA EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Autor principal: Dra. SANDRA HAIDE AGUILAR MACIEL

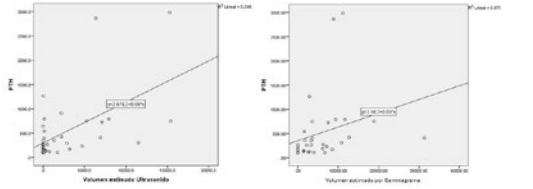
Email autor principal: sandy_h2310@hotmail.com

Autores: GARCÍA CONTRERAS ALDO IVÁN

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

CORRELACIÓN DE LOS NIVELES DE PARATHORMONA INTACTA PREQUIRÚRGICA Y EL VOLUMEN ESTIMADO DEL ADENOMA PARATIROIDEO POR ULTRASONIDO Y/O GAMMAGRAMA EN PACIENTES CON HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO Aguilar Maciel Sandra Haide, García Contreras Aldo Iván. Hospital General de México. Antecedentes Diferentes autores han evaluado la correlación entre parathormona (PTH) y el volumen del adenoma, entre estos, Bindlish reportó que existe una correlación positiva (r=0.46, p=0.0001) (1). Yul Hwang Bo reportó r=0.155, p=0.208 (2). Hipótesis Si los niveles de PTH intacta se expresan de forma proporcional al tamaño del adenoma, entonces al correlacionar con el volumen del adenoma paratiroideo estimado por ultrasonido y/o gammagrama observaremos una correlación positiva (r=0.42). Objetivos Determinar la correlación entre los niveles de PTH intacta y el volumen estimado de adenoma paratiroideo por ultrasonido y/o gammagrama en pacientes con hiperparatiroidismo primario. Metodología De los expedientes clínicos se realizará el cálculo del volumen estimado del adenoma mediante la fórmula del elipsoide, según el estudio de imagen disponible: Ultrasonido paratiroides 3 ejes: ABC (π/6) 2 ejes: A²B(π/6) Gammagrama paratiroides: A²B(π/6) Se asignará valor 0 cuando no se observe lesión. Al ser muestra no normal se utilizó estadística no paramétrica como Rho Spearman. Resultados Se estudiaron 37 expedientes, 89% femenino. Existe una correlación positiva entre los niveles de PTH y el volumen adenoma paratiroideo observado en ultrasonido correlación de 0.479 (p=0.004) (Imagen 1). Observamos significancia estadística al utilizar la fórmula del elipsoide empleando 3 ejes correlación de 0.541 (p=0.006) o al utilizar únicamente 2 ejes se obtuvo correlación de 0.536 (p=0.027). Se obtuvo una correlación positiva significativa entre la fosfatasa alcalina total y el volumen adenoma paratiroideo obtenido sólo con la fórmula que emplea 3 ejes correlación de 0.528 (p=0.010). Con respeto al gammagrama, obtuvimos una correlación positiva al tomar en cuenta el total de los expedientes correlación 0.553 (p=0.001) (Imagen 2). Además, se realizó el cálculo del área del adenoma y al tomar en cuenta todos los expedientes existió una correlación positiva correlación 0.53 (p=0.002). Conclusión El volumen del adenoma paratiroideo se correlaciona de forma positiva con los niveles de la PTH sérica intacta. Se puede utilizar la fórmula del elipsoide con 2 o 3 ejes en el ultrasonido y 2 en el gammagrama. El área del adenoma paratiroideo podría ser considerada una herramienta útil y de fácil acceso. Bibliografía 1. Bindlish V, et al. CORRELATION OF BIOCHEMICAL PARAMETERS WITH SINGLE PARATHYROID ADENOMA WEIGHT AND VOLUME. Head Neck. 2002;Vi(November):1000-1003. 2.Hwang-bo Y, Kim JH, An JH, et al. Association of the Parathyroid Adenoma Volume and the Biochemical Parameters in Primary Hyperparathyroidism. Endocrinol Metab. 2011;26(February 2016):62-66.



 # 90

Título: Niveles de expresión de los receptores INSR y GLP1R en pacientes con síndrome metabólico que asisten a un hospital de 3er nivel

Autor principal: Dr. ELDA LEONOR PACHECO PANTOJA

Email autor principal: elda.pacheco@anahuac.mx

Autores: KATIA HAM-ALVAREZ, ANA LIGIA GUTIÉRREZ-SOLIS, ROBERTO LUGO-GOMEZ, RODRIGO PÉREZ-GARCÍA, SARAHÍ HERRERA-ESCALANTE

Área a la que pertenece su trabajo: ENFERMEDADES OSEAS Y METABOLICAS

Resumen:

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-MC-2016), el sureste del país muestra una de las tasas más altas de sobrepeso y comorbilidades asociadas (diabetes, hipertensión), por lo cual es pertinente y justificable identificar patrones de riesgo, así como perfiles específicos y particulares de la población yucateca. Existe el interés en analizar los perfiles de expresión de receptores vinculados a la homeostasis de glucosa específicamente: INSR y GLP1-R, debido a que existen reportes previos de asociación significativa de polimorfismos del gen codificante de Insulina en esta población. Diseño: Estudio transversal, observacional, descriptivo. Muestra: 100 pacientes. Criterios de Inclusión: Edad entre 20 y 60 años, firma de consentimiento informado. Criterios de Exclusión: Pacientes con deformidades físicas (cifosis, escoliosis, displasia de cadera). Diagnóstico de insuficiencia cardiaca, renal o hepática descompensada. Alteraciones mentales (esquizofrenia). Enfermedad oncológica independientemente del tipo y evolución. Se les aplicó una encuesta para conocer su estilo de vida, así como análisis de antropometría y los niveles de expresión se realizaron en linfocitos de sangre periférica. Los resultados más significativos incluyeron correlación positiva del IMC con presión arterial (p<0.001), así como con predictores de riesgo cardiovascular (p<0.01), entre otros. El análisis de receptores demostró una expresión de INSR significativamente mayor (p<0.05) en el grupo con síndrome metabólico (SM) que en aquellos que no poseían el diagnóstico. En el caso de GLP1R no se observaron diferencias significativas. Entre las principales conclusiones se observó que la prevalencia de SM es mayor a la reportada a nivel nacional. Mayor en sexo femenino. Los índices antropométricos (IMC, ICE) son de bajo costo y accesibles y en esta muestra correlacionan positiva y significativamente con los parámetros que conforman el SM. La expresión de INS-R es mayor en los pacientes con SM que en los pacientes sin SM. La expresión de GIP-R, GLP-R es menor en los pacientes con SM que en los pacientes sin SM. Entre los aspectos más relevantes se puede mencionar que no existen reportes que estudien los perfiles de expresión de los receptores de incretinas e insulina en este tipo de pacientes. Probablemente existan factores genéticos o epigenéticos propios de los habitantes de la región involucrados en el desarrollo de este síndrome, como ha sido demostrado por otros investigadores. Una limitación fue el tamaño de muestra y la falta de homogeneidad en las mediciones antropométricas Trabajos prospectivos podrían incluir el emplear otras técnicas genómicas confirmatorias y aumentar el análisis de expresión de otros genes relacionados con la regulación de la absorción de nutrientes: IRS-1, GLP2-R, GHS-R.

 # 91

Título: INTERACCIÓN ENTRE MARCADORES DE INFLAMACIÓN Y RESISTENCIA A LA INSULINA CON EL PERFIL DE LÍPIDOS EN POBLACIÓN ADULTA

Autor principal: L.N. Paulina Estrella Ibarra

Email autor principal: pau_nutri@hotmail.com

Autores: Torres-Arreola Ana Karen*, Campos-Maldonado Francisco*, Herrera Barrón Sergio Javier*, Cruz Sabinas Leonardo*, Aburto-Fernández Carmen*, Lerma-Alvarado Ricardo*, Rodríguez-Méndez Adriana Jheny, Solís-S Juan Carlos, García-Solís Pablo Doctorado en Ciencias Biológicas, Facultad de Ciencias Naturales, Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ); Doctorado en Ciencias en Biomedicina, Facultad de Medicina, UAQ; Hospital General de Querétaro, SESEQ.

Área a la que pertenece su trabajo: NUTRICION

Resumen:

Antecedentes: La inflamación crónica, es un estado que se caracteriza por concentraciones elevadas de citocinas proinflamatorias como TNF-α y leptina, mientras que las citocinas anti infamatorias como adiponectina están disminuidas. Dicho perfil promueve el desarrollo de resistencia a la insulina (RI), y asimismo ha sido asociado con niveles alterados de lípidos en suero (1,2). Objetivo: Determinar la asociación entre concentraciones de citocinas inflamatorias y RI con alteraciones en el perfil de lípidos. Material y métodos: se realizó un estudio transversal para determinar la asociación entre niveles de citocinas y resistencia a la insulina con alteraciones en el perfil de lípidos. Se incluyeron 65 adultos de ambos sexos, los cuales fueron reclutados del Hospital General de Querétaro. Se hizo una historia clínica, mediciones antropométricas y de composición corporal, se hicieron determinaciones del perfil de lípidos (triglicéridos, colesterol total, HDL, LDL y VLDL), glucosa, adiponectina, leptina, TNF-α e insulina. Para analizar el riesgo de presentar alteraciones en el perfil de lípidos de acuerdo a los niveles de citocinas y la presencia de RI se hizo un análisis de regresión logística. Además, se hizo un análisis multivariado para conocer el efecto conjunto de los niveles de citocinas con la presencia de RI en el metabolismo de lípidos. Todos los análisis se ajustaron por edad, sexo y porcentaje de grasa corporal. Resultados: Los bajos niveles de adiponectina se asociaron con mayor riesgo de tener niveles bajos de HDL (OR 6.75, IC 95% 1.85-24.6; p=0.004). Bajos niveles de TNF-α se asociaron con mayores niveles de LDL (OR 0.23, IC95% 0.07-0.74; p=0.015). La RI se asoció con mayor riesgo de presentar triglicéridos elevados (OR 6.30, IC95% 1.47- 27.0; p=0.013). Los análisis de interacción demostraron que los participantes con valores bajos de TNF-α y RI tienen mayores niveles de triglicéridos en comparación con aquellos que presentan niveles elevados de TNF-α y RI (p=0.016). Sujetos con valores bajos de leptina con RI presentan mayores niveles de colesterol (p=0.002), triglicéridos (p=0.014) y LDL (p=0.032) que aquellos con altos valores de leptina con RI (p=0.002). Conclusión: los resultados sugieren que existe una asociación entre la presencia de RI e inflamación con alteraciones en el metabolismo de lípidos, independientemente de la obesidad. Agradecimiento: el presente trabajo fue apoyado financieramente por la SMNE, AC. Referencias: 1) Shoelson S, Lee J, Goldfine A. Inflammation and Insulin resistance. 2006. J Clin Invest. 116(7):1793-1801; 2) Oliveira-Santos J, Santos R, Moreira C, Abreu S, Lopes L, Agostinis-Sobrinho C, Stratton G, Mota J. Associations between anthropometric indicators in early life and low-grade inflammation, insulin resistance and lipid profile in adolescence. 2019. Nutr Metab Cardiovasc Dis 29(8):783-792

 # 92

Título: EDICIÓN DE LOS LIBROS DEL PROGRAMA EDUSANU LATINOAMÉRICA PARA LA DISMINUCIÓN DE OBESIDAD Y LA PREVENCIÓN DE DIABETES EN NIÑOS Y JÓVENES DE LATINOAMÉRICA

Autor principal: Dr. Mario Eduardo Martínez Sánchez

Email autor principal: diabetologo25@gmail.com

Autores: Martínez Mario Eduardo, Sánchez Lilia Victoria* (Martínez Mario Eduardo), Mes José Agustín, Martínez Luz Astrid* (Martínez Mario Eduardo). Capítulo Oaxaca de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, Instituto Pierre de Coubertin de México, Asociación Latinoamericana de Diabetes, Fundación EDUSANU.

Área a la que pertenece su trabajo: NUTRICION

Resumen:

Antecedentes. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomendó en el 2014, intervenciones educativas en los ámbitos escolares para disminuir la Obesidad infantil y juvenil y el aumento de Diabetes Tipo 2 en los países latinoamericanos (1), por ello, el Instituto Pierre de Coubertin de México (IPCM) edito 7 libros como base del Programa de Educación en Salud y Nutrición (EDUSANU), implementándolo con la Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD) en el 2016 en escuelas primarias de México y República Dominicana en 1820 alumnos, en quienes disminuyo en un año, obesidad de 15.2% a 6.4%, sobrepeso de 32.1% a 14.4%, alto consumo de azúcares del 64% al 19%, alto consumo de grasas del 49,3% al 14,2%, alto consumo de refrescos del 76% al 4%, y aumento la práctica de ejercicio de 36.2% a 98.4%. (2) Objetivo: Realizar la segunda edición de los 7 libros del programa EDUSANU, mejorándose sus contenidos y solicitando el aval de: ALAD, IPCM, Comité Internacional Pierre de Coubertin (CIPC), Red Internacional de Escuelas Coubertin (RIEC), Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología (SMNE), Unidad Normativa de Investigación de la Calidad Académica (UNICA) y Academia Olímpica Mexicana (AOM). Garantizando de esta manera la calidad de los contenidos. Material y Métodos: Un grupo de expertos en salud, educación y deporte elaboraron los 7 libros del programa EDUSANU, 6 para educación primaria (imágenes 1 y 2), siendo uno para cada grado escolar y uno para jóvenes, adecuando los contenidos al nivel cognoscitivo de los alumnos, enviándose los libros a: ALAD, IPCM, CIPC, RIEC, SMNE, UNICA y AOM, para su revisión y solicitud de otorgamiento del aval. Resultados: Se mejoró sustancialmente el contenido de los libros, integrándose en ellos aspectos básicos sobre los nutrientes y sus funciones, los procesos de digestión, las normas de una buena alimentación y los beneficios del ejercicio, con sesiones y talleres para establecer en forma perdurable las estrategias preventivas contra obesidad y diabetes en niños y jóvenes. Lográndose el otorgamiento del aval de las organizaciones referidas. Conclusiones: La educación en nutrición en salud a través del programa EDUSANU, fundamentado en recomendaciones de la OPS y avalado por ALAD, IPCM, CIPC, RIEC, SMNE, UNICA y AOM facilitara su implementación para beneficio de niños y jóvenes de Latinoamérica disminuyendo la prevalencia de obesidad y previniendo el desarrollo de diabetes en los próximos años. Bibliografía: 1) Washington, DC, 2 de octubre del 2014 (OPS / OMS). 53 ° Consejo de la Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para la Prevención de la Obesidad en la Infancia y la Adolescencia. www.paho.org. 2) Martínez M. E., Sánchez L. V., Mesa J. A., programa EDUSANU Latinoamérica disminuye obesidad infantil en México y República Dominicana, para prevención de diabetes en países latinoamericanos. Congreso Mundial de prevención de diabetes y sus complicaciones. Edimburgo Escocia. 2018.



 # 93

Título: COMPARACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE CAROTENOIDES EN PIEL Y MARCADORES DE DAÑO HEPÁTICO EN PACIENTES ADULTOS CON ESTEATOSIS HEPÁTICA Y ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA

Autor principal: Dra. Ma. Ludivina Robles Osorio

Email autor principal: ludirobles7@yahoo.com

Autores: Portillo Minjares Rocio*, Sabath Silva Ernesto*, Martínez González Oscar*, García Solis Pablo*, Navarro Solis Héctor*. Hospital General de Querétaro.

Área a la que pertenece su trabajo: NUTRICION

Resumen:

Antecedentes:La esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) es la acumulación de grasa en el hígado en forma de triglicéridos. Clínicamente puede presentarse como esteatosis simple hasta la esteatohepatitis donde existe un componente inflamatorio agregado. Un factor que propicia la progresión de esta patología es el incremento en el estrés oxidativo y la depleción en los sistemas antioxidantes. Los carotenoides son antioxidantes que se han correlacionado como factor protector contra dislipidemias e insulinorresistencia, dos componentes claves en la fisiopatología de la EHNA. Objetivo: Comparar los niveles de carotenoides en piel en pacientes con esteatosis y esteatohepatitis y correlacionarlos con marcadores de daño hepático. Metodología: Se aplicó un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, medidas antropométricas y composición corporal por bioimpedancia. Se analizaron las variables bioquímicas: glucosa, insulina, perfil de lípidos, aspartato aminotransferasa, alanino aminotransferasa y gamma-glutamil transferasa. Finalmente se midieron niveles de carotenoides en piel por espectroscopia de Raman con el equipo Pharmanex BioPhotonic Scanner S3. Resultados y Discusiones: Se presentan resultados de 62 pacientes, 38 con esteatosis y 24 con esteatohepatitis. La edad promedio fue de 46 años. El análisis estadístico encontró diferencia significativa entre el grupo de esteatosis simple vs esteatohepatitis en los niveles de las transaminasas AST (26.8 ± 7.1 U/l vs 55.1 ± 25.1U/l, p= 0.000), ALT (28.7 ± 9.8 U/l vs 87.7 ± 49.7 U/l, p= 0.000) y GGT (32.1 ± 16.6 U/l vs 107.9 ± 139.2 U/l, p= 0.014) así como en los niveles de glucosa (102 ± 32 mg/dl vs 125 ± DE 43 mg/dl, p= 0.020) e índice de HOMA (5.1 ± 3.9 vs 7.9 ± 4.7, p= 0.018). No se encontró diferencia en los niveles de carotenoides entre ambos grupos. Por otro lado se encontró una correlación entre los niveles de carotenoides y triglicéridos (p= 0.032) así como con VLDL (p= 0.032), estos hallazgos son similares a lo reportado previamente en un estudio en población japonesa donde altos niveles de estos antioxidantes podrían indicar un factor protector contra dislipidemia. No se observó correlación entre los niveles de carotenoides medidos en piel y transaminasas hepáticas en esta población. Conclusión: Este estudio encontró mayor resistencia al a insulina y elevación de glucosa en los pacientes con esteatohepatitis, así como una correlación significativa entre los niveles de carotenoides, triglicéridos y VLDL en pacientes con EHNA. Esto fortalece la evidencia de que mayores niveles de carotenoides están relacionados con un mejor metabolismo lipídico. Bibliografía: Simões et al.(2018) Mitochondria in non-alcoholic fatty liver disease, International Journal of Biochemistry and Cell Biology. Sugiura et al. (2015) High serum carotenoids associated with lower risk for the metabolic syndrome and its components among Japanese subjects: Mikkabi cohort study, British Journal of Nutrition.

 # 94

Título: RELACIÓN DE LOS POLIMORFISMOS rs1800592 UCP-1, rs6593366 UCP-2, Y rs1800849 UCP-3 CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y GASTO DE ENERGÍA.

Autor principal: Dra. Nicté Guadalupe Figueroa Vega

Email autor principal: ng.figueroa@ugto.mx

Autores: Figueroa-Vega Nicté, Perez-Luque Elva, Bañales-Luna Silvia M*, Marín-Aragón Carolina*, López-Aguilar Itzel*, Malacara Juan Manuel.

Área a la que pertenece su trabajo: OBESIDAD

Resumen:

Antecedentes. Las proteínas desacopladoras (UCPs), es una familia de transportadores mitocondriales que juegan un papel importante en la termogénesis y utilización de energía. La UCP-1 se expresa principalmente en tejido adiposo pardo y actúa en la termogénesis, en regulación del gasto de energía. La UCP-2 tiene un papel en el metabolismo de ácidos grasos directa o indirectamente vía secreción de insulina. La UCP-3 es específica del músculo esquelético y tejido adiposo pardo y puede afectar la termogénesis adaptativa y la translocación de los ácidos grasos. Polimorfismos genéticos en esta proteínas se han asociados con la obesidad, como el rs1800592 (-3826 A/G) en UCP-1. El rs659366 (-866GA) en UCP-2 se ha asociado con mayor expresión de su RNAm, disminución del riesgo de obesidad, e incremento del gasto de energía. El rs1800849 (-55CT) en UCP-3 ha sido asociado con menor riesgo de DMT2, pero su asociación con el IMC es controversial. Objetivo. Analizar la asociación de los polimorfismos rs1800592 en UCP-1, rs659366 en UCP-2, y rs1800849 en UCP-3 con el índice de masa corporal (BMI) y gasto energético en reposo (GER). Material y Métodos. Se incluyeron 120 sujetos con IMC >30kg/m2 y 100 sujetos con un IMC de 18.5 -24.9 kg/m2, de 20-50 años de edad, se registró la antropometría y se evaluó el GER mediante calorimetría indirecta. Se cuantificó la glucosa, perfil de lípidos, leptina, e insulina y grelina (por ELISA). La tipificación de los tres polimorfismos se efectúo por discriminación alélica usando sondas Taqman (Applied Biosystems). Resultados. El peso, el IMC, los niveles séricos de glucosa, triglicéridos, leptina, insulina, RI-HOMA, y el GER fueron significativamente mayor que los sujetos obesos (p=0.001). En todo el grupo de estudio, el GER correlacionó fuertemente con el IMC (R=0.42, p<0.00001), y con los niveles de insulina (R=0.229, p=0.001), No hubo diferencias entre las frecuencias de los genotipos de los polimorfismos rs1800592 UCP-1, rs659366 UCP-2 y rs180084 UCP-3 entre sujetos obesos y delgados. No hubo diferencias en la comparación entre los genotipos de los polimorfismos rs1800592 UCP-1 y rs1800849 UCP-3 con las variables metabólicas. En el rs659366 en UCP-2, el GER fue significativamente menor en los sujetos con el genotipo rs659366AA (F=3.11, p=0.046). En el grupo de sujetos obesos, los que portan la doble mutación rs659366AA tiene un GER significativamente menor (F=4.15, P=0.017), mostrando cifras similares a las observadas en los sujetos delgados. Conclusión. En este trabajo encontramos menor GER en los sujetos obesos con el genotipo rs659366AA en UCP-2, previamente esta variante se encontró asociada con menor índices de obesidad (C/C y CC).

 # 95

Título: RELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN TIROIDEA Y SÍNDROME METABÓLICO EN JÓVENES EN LA CIUDAD DE PUEBLA

Autor principal: Dr. Hector Garcia Alcala

Email autor principal: hector.garcia@upaep.mx

Autores: Eliosa-Sanchez Cecilia* (presentada por Héctor García-Alcalá), Sánchez-Cuevas Mariano* (presentado por Héctor García-Alcalá), Luzuriaga-Galicia Jesus (presentado por Héctor García-Alcalá)

Área a la que pertenece su trabajo: OBESIDAD

Resumen:

Introducción: se ha descrito que elevaciones mínimas de la TSH, aun dentro del rango de referencia, se asocian con: resistencia a la insulina, obesidad regional y aumento de peso. Esta asociación no ha sido estudiada en jóvenes de nuestra ciudad. Material y métodos: con el objetivo de evaluar la relación entre la función tiroidea y el síndrome metabólico (Smet) en jóvenes de la ciudad de Puebla obtuvimos, de la base de datos de alumnos de nuevo ingreso a la facultad de medicina de la UPAEP, los siguientes datos: cintura (C), presión arterial sistólica y diastólica (TA), niveles de glucosa en ayuno (G) , colesterol de alta densidad (HDL) y triglicéridos (TG). Con estos datos identificamos a los alumnos que cumplieran los criterios de SMet de acuerdo al ATP III e IDF. Comparamos la frecuencia de SMet de acuerdo a los 2 criterios divididendo al grupo por cuartiles de TSH y los niveles de TSH entre los que tenían y no Smet. Por ultimo realizamos un análisis de correlación lineal entre los niveles de TSH y los diferentes componentes del Smet (cintura, HDL, TG, G, TA) . Resultados: revisamos los resultados de 283 alumnos (58.3% mujeres), edad 19.2 (DE 1.2) años. La prevalencia de Smet de acuerdo ATP III fue de 5.3% y por IDF de 6.7%. Encontramos diferencias significativas al comparar la prevalencia de Smet entre los cuartiles menor y mayor en los identificados por ATP III (1.3% vs 9.9% p< 0.05) pero no en los identificados por IDF (5.2% vs 8.5% p NS) . Los niveles de TSH fueron mayores en el grupo con Smet identificado por ATP III : 2.14 mIU/L (DE 0.89) vs 1.67 mIU/L (DE 0.9) p < 0.05, pero no en los identificados por IDF : 1.85 mIU/L (DE 0.889 vs 1.67 mIU/L (DE 0.90) P NS. No encontramos correlación significativa entre los componentes de Smet y TSH. Conclusiones: estos resultados muestran una probable asociación entre la función tiroidea y el desarrollo de resistencia a la insulina y los componentes de Smet aun en pacientes jóvenes.

 # 96

Título: PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS ASOCIADOS AL SÍNDROME METABÓLICO EN ENFERMERAS.

Autor principal: Dr. Juan Rodrigo Gómez Bernal

Email autor principal: rovalilia@hotmail.com

Autores: Gómez-Bernal Juan, Rodriguez-Ventura Ana, Morales Rosa, Tolentino Maricruz, Sánchez Bernarda

Área a la que pertenece su trabajo: OBESIDAD

Resumen:

Introducción: Frecuentemente se cuestiona si sólo el índice de masa corporal (IMC) es suficiente para medir adiposidad y su asociación con Síndrome (Sx) Metabólico o cualquiera de sus componentes, o si sería mejor usar las relaciones cintura/talla (CT), cintura/cadera (CC) o kg de grasa corporal. Objetivo: Analizar la asociación entre los parámetros antropométricos IMC, CT, CC o peso en grasa y alteraciones metabólicas del Sx metabólico. Material y Métodos: Estudio transversal en personal de enfermería de cualquier sexo, turno y antigüedad laboral. Posterior a la autorización del Comité de Investigación y Ética del Instituto Nacional de Perinatología, así como firma del consentimiento informado de quienes decidieron participar, se determinaron datos demográficos, hábitos, recordatorios de 24 hrs. Las nutriólogas, previamente estandarizadas, realizaron antropometría midiendo estatura, peso, kg de grasa mediante impedanciometria, cintura y cadera. Se realizó curva de tolerancia oral a la glucosa para medir glucosa e insulina basales y 2 hrs. postcarga, así como HbA1c, lípidos con 12 hrs. de ayuno. Resultados: Participaron 193 enfermeras, 82% presentó sobrepeso u obesidad (Adiposidad), 51.5% obesidad central, 32.5% Sx Metabólico, Glucosa anormal en ayuno en 24.5%, Intolerancia a la glucosa en 16%, diabetes tipo 2 en 8.5%, hipoalfalipotroteinemia en 51.2%.Para Sx metabólico hubo fuerte asociación con el índice CC y el IMC, levemente con CT pero no con kg de grasa. GAA se asoció a CC. HDL bajo sólo a IMC. La hipertrigliceridemia sólo tuvo tendencia a la asociación con CC e IMC. Conclusiones: El IMC se asoció al Sx Metabólico y a algunos de sus componentes por separado, incluso más que los kg de grasa corporal, por lo que el IMC sigue siendo un parámetro importante para diagnóstico de adiposidad y su asociación con alteraciones metabólicas. Es importante establecer estrategias para que el personal de salud mejoremos nuestras condiciones de salud al representar un ejemplo en la población. A pesar de ser invitadas a tener un seguimiento dentro del Instituto, más del 90% no pudo hacerlo por su excesiva carga de trabajo y cuestiones personales. Bibliografía: Sánchez B. et al. Demographics and Psychological – factors associated with adiposity in nurse. Int J Environ Res Publ Health 2018; 15:634-8. .



 # 97

Título: RESISTENCIA A LA INSULINA Y FRECUENCIA DE ALTERACIONES EN LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD

Autor principal: Dra. Cynthia Mirelly Lugo Cardona

Email autor principal: cynthio2000@hotmail.com

Autores: Lugo-Cardona Cynthia Mirelly, Garrido-Magaña Eulalia Piedad UMAE HOSPITAL DE PEDIATRIA CMN SIGLO XXI SERVICIO ENDOCRINOLOGIA PEDIATRICA

Área a la que pertenece su trabajo: OBESIDAD

Resumen:

INTRODUCCIÓN: De acuerdo a la ENSANUT 2016 la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en población escolar fue de 33.2% y en adolescentes 36.3%. La resistencia a la insulina en es un factor determinante en la fisiopatología de múltiples complicaciones, a nivel renal se han documentado alteración glomerular con afectación en la tasa de filtración glomerular, un parámetro usado para determinar la función renal es la cistatina C que es un biomarcador que ha demostrado mejores resultados que los métodos convencionales. OBJETIVO: Identificar resistencia a la insulina y frecuencia de alteraciones en la función renal en pacientes pediátricos con obesidad MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo. A los pacientes enviados por obesidad a la consulta externa de endocrinología pediátrica de la UMAE Hospital de pediatría CMNSXXI, se realizó somatometria completa, medición de cintura, cadera, signos vitales, se solicitó HbA1c, Insulina, perfil de lípidos, química sanguínea, Cistatina C y programó USG renal. Se expresaran en media, DE, y frecuencias. RESULTADOS: Estudio preliminar incluyó 36 pacientes con obesidad, ♂ 53%, ♀ 47%, edad 12.3 ±2.5 años, peso 78.8 ±22.8kg, IMC 32.1 ±7.1, ZS del IMC 2.27 ±0.37. Glucosa alterada en ayuno en 28%, Hb A1c >6.5 25%, resistencia a la insulina (HOMA>3.5) 86%, HTA (>Pc 95) 33%, síndrome metabólico (IDF) 58%. Se dividieron en 2 grupos de acuerdo a HOMA >3.5 (con y sin resistencia a la insulina) encontrando en los pacientes con HOMA >3.5 mayor prevalencia de síndrome metabólico en 53% vs 8%, niveles de cistatina C >1 56%(20) vs 8%(3); Tasa filtración de cistatina se encontró disminuida para talla y peso en 50% vs .10%; y en los hallazgos por USG se encontró mayor tamaño renal (p≥90) 47%(17) vs 6% (2). CONCLUSIONES: La resistencia a la insulina se asoció a un mayor grado de obesidad, en los factores cardiometabólicos se encontró mayor hipertrigliceridemia y diabetes mellitus, y en cuanto a la función renal niveles más elevados de cistatina C e hipertrofia renal que en los pacientes obesos sin resistencia a la insulina. Estos resultados fueron similares a lo reportado en población adulta. BIBLIOGRAFÍA: • Önerli-Salman D, et al. Evaluation of Renal Function in Obese Children and Adolescents Using Serum Cystatin C Levels, Estimated Glomerular Filtration Rate Formulae and Proteinuria: Which is most Useful? J Clin Res Pediatr Endocrinol 2019;11(1):46-54 • Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes. Guía de evidencias y recomendaciones: Guía de práctica clínica. México, CENETEC; 2018

 # 98

Título: DIFERENCIAS ANTROPOMÉTRICAS, CONDUCTUALES Y DE RESPUESTA TERAPÉUTICA ENTRE NIÑOS CON ADIPOSIDAD NACIDOS DE MADRES CON ADIPOSIDAD VS. NORMOPESO.

Autor principal: L.N. Arturo Parra Solano

Email autor principal: arturoparrasolano@gmail.com

Autores: Tolentino Maricruz., Burgos Maximiliano, Pulido Karina, Urquijo Cecilia, Tigre Arturo, Sánchez Bernarda, Rodríguez-Ventura Ana

Área a la que pertenece su trabajo: OBESIDAD

Resumen:

Introducción: Los hijos de mujeres embarazadas con adiposidad (sobrepeso/obesidad-) también presentarán adiposidad en un alto porcentaje, pero se desconoce si hay diferencias en sus características y de respuesta al tratamiento en comparación con niños que presentan adiposidad pero que nacieron de madres con normopeso. Objetivo: Analizar las diferencias antropométricas, conductuales y de respuesta terapéutica entre niños con adiposidad nacidos de madres con adiposidad vs. madres con normopeso en la etapa gestacional. Material y Métodos: Estudio transversal anidado en una cohorte de 110 niños con adiposidad que participaron en el programa educativo clínico nutricio integral (PECNI)"Sacbe". Se obtuvo información del estado nutricio de sus madres al momento de la gravidez en 75 de ellos. Se registraron edad, peso, talla, puntaje Z del índice de masa corporal (IMC), ingesta calórica, actividad física, gasto energético total, % de adecuación de la dieta, hrs. de sueño, sentado y frente a pantalla por día en la visita basal y en las visitas de seguimiento. Resultados: El 44% tuvo madres con normopeso y 56% con adiposidad, se obtuvo una mediana de 6 meses de participación en el PECNI "Sacbe" con una adherencia del 66%. Al comparar sus características antropométricas de acuerdo al antecedente de madre con adiposidad vs. normopeso, se observó menor edad, mayor puntaje Z del IMC y mayor proporción de niños que comen en <20min. Ambos grupos de niños perdieron puntaje Z del IMC a 6 meses de seguimiento sin diferencias significativas. Conclusiones: Los niños de madres con adiposidad durante la gestación presentan adiposidad en mayor proporción y a menor edad, así como el mal hábito de comer demasiado rápido y aunque bajen su puntaje Z del IMC, al igual que los niños que nacieron de madres con normopeso, están en desventaja por tener mayor gravedad de su adiposidad y a una menor edad. Urgen intervenciones efectivas en embarazadas y en lactantes para prevenir. Bibliografía: Athukorala et al. BMC Pregnancy and Childbirth 2010; 10: 56. Reyes E, et al. Gynecol Obstet Invest. 2012;73. Boney C, Verma A et al. Pediatrics 2005;115:c290. Zambrano E. Arch Med Res 2016; 47:1. Styne D, et al. J Clin Endocrinol Metab 2017; 102:709. Kaar JL et al. J Ped 2014. Styne D, et al. J Clin Endocrinol Metab 2017; 102:709. Rodríguez Ventura et al. J of Obesity, 2014. Barquera et al. Globalization and Health 2013, NEJM 2013, 9:3: 2. Rodriguez-Ventura A. et al. Int J Environ Res Public Health 2018. Parra-Solano A. Tesis de Maestría 2017, UNAM.



 # 99

Título: CONSUMO DE FIBRA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ADIPOSIDAD POSTERIOR AL PROGRAMA EDUCATIVO CLÍNICO NUTRICIONAL INTEGRAL SACBE.

Autor principal: L.N. Karina Pulido Fernández

Email autor principal: rovalilia@hotmail.com

Autores: Parra Arturo, Sánchez Bernarda, Rodríguez Ventura Ana

Área a la que pertenece su trabajo: OBESIDAD

Resumen:

Antecedentes: El consumo de fibra es deficiente, pero casi no se reporta en población adulta y menos en niños, por lo que menos se reportan los cambios en su ingesta posterior a una intervención. La ingesta mínima de fibra recomendada en niños es de 14 grs. Objetivo: Describir el consumo de fibra en niños y adolescentes con adiposidad de forma basal y posterior al Programa Educativo Clínico Nutricional Integral (PECNI)"Sacbe". Material y métodos: Cohorte de niños de 5 a 18 años de edad con adiposidad (puntaje Z del IMC ≥ 1.0), ambos sexos, participantes del PECNI "Sacbe". Se analizaron datos antropométricos y de patrones de alimentación basales y de seguimiento, se usó el recordatorio de 24 hrs. y el cálculo calórico se determinó mediante la fórmula de IOM para niños con adiposidad. Se usó estadística descriptiva y análisis bivariado. Resultados: Se incluyeron 110 niños, 58.2% fueron mujeres, edad 12 años (IQR 9.1, 14.7), peso 56.5 kg (IQR 43.3, 73.1), talla 150 cm (IQR 135.8, 158.4), la media de IMC z-score fue 2.30 ±0.83. La ingesta de fibra basal fue de 8.8 g (IQR 5.6, 15.4) y aumentó 26% (p = 0.042) (11.1 g IQR 8.9, 15.9), sin embargo, sólo el 14% logra una ingesta correcta de fibra de forma basal y postintervención. El grupo de niños que no disminuyó su IMC bajó 4gs. su ingesta de fibra. Conclusiones: La ingesta de fibra aumentó de forma significativa pero el consumo óptimo sigue dándose en un porcentaje bajo, por lo que se deben adicionar estrategias en el programa para lograr un mayor aumento en el consumo de fibra por su potencial impacto en el peso y alteraciones metabólicas. Bibliografía: 1.Today Study Group. Design of a family-based lifestyle intervention for youth with type 2 diabetes: the TODAY study. Int J Ob 2010; 34:217-26. 2. Rodriguez-Ventura A. et al. "Sacbe" a comprehensive intervention to decrease body mass index in children with adiposity: A pilot study. Int J Environ Res Public Health 2018 3. Biing-Hwan Lin, PhD,1 Joanne F. Guthrie, PhD,1 Travis A. Smith, PhD. Dietary Guidance and New School Meal Standards: Schoolchildren's Whole Grain Consumption Over 1994–2014. Am J Prev Med 2019;57(1):57–67.



 # 100

Título: Efecto del Hígado Graso No Alcohólico en la Razón Plaquetas - Linfocitos en pacientes con y sin obesidad.

Autor principal: Dra. Emma Purón González

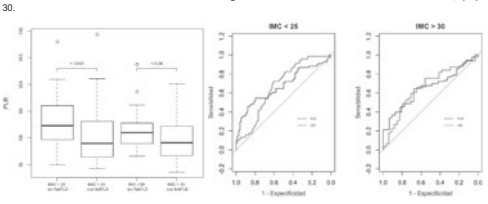
Email autor principal: emma.puron@gmail.com

Autores: Purón González, Emma* (Presentada por Arnulfo González); Romero Ibarguengoitia, Maria Elena†;1,Coronado Alejandro, Edgar Ulises* ; González Cantú Arnulfo*, *Departamento de Medicina Interna Christus Muguerza Alta Especialidad,† Coordinadora de Investigación y Enseñanza Clínica Nova

Área a la que pertenece su trabajo: OBESIDAD

Resumen:

Antecedentes: El hígado graso no alcohólica (HGNA) se caracteriza por la acumulación de grasa en más del 5% de los hepatocitos (1), pudiendo progresar a esteatohepatitis no alcohólica, cirrosis y/o carcinoma hepatocelular. Durante el 2018 en México, la HGNA fue la tercera causa de cirrosis hepática(2); con una prevalencia en la población general de 17-46%. La inflamación crónica juegan un papel fundamental en su progresión. Las plaquetas cuentan con funciones proinflamatorias eficaces; los linfocitos por su parte representan la vía reguladora de los procesos inflamatorios. Debido a esto, es factible considerar la relación plaquetas/linfocitos (RPL) como un marcador para detectar la presencia de HGNA. El diagnóstico definitivo se logra mediante biopsia, procedimiento costoso, riesgoso e invasivo; los estudios de imagen pueden ser no invasivos (ej. ultrasonido [US]), pero no cuentan con suficiente especificidad y sensibilidad diagnóstica. El desarrollo de nuevos marcadores no invasivo útiles para tamizaje y estadificación inicial es necesario. Objetivos: Demostrar el efecto de la presencia de EHGNA en la relación plaquetas/linfocitos. Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, retroelectivo. Los pacientes incluidos en el estudio se dividieron en cuatros grupos: pacientes no obesos sin HGNA (N=81), no obesos con HGNA (n=69), obesos sin HGNA (n=34) y obesos con HGNA (n=94). Se consideró el género, presencia de diabetes mellitus, IMC, diagnóstico de HGNA por US, plaquetas, linfocitos, TGO y TGP. Se calculó la RPL y el hepatic steatosis index . Se describen las medias y desviación estándar (DE) . Se utilizó la prueba de kruskal Wallis, con un análisis posthoc de Dunn. Un análisis del Área Bajo la Curva ROC (AUCROC). Se utilizó el p valor menor a 0.05 como significancia estadística, se utilizó el software R v 3.4.0 Resultados: La muestra fue de 278 pacientes que acudieron a chequeo de rutina durante el periodo comprendido entre 2010 y 2018. En la tabla 1, se muestran las diferencias entre grupos. La RPL resultó significativamente menor en pacientes delgados con HGNA (p < 0.001), y presentó una tendencia en los pacientes obesos (p=0.06), figura 1. La AUCROC de RPL y HSI fue de 0.68 y 0.72 respectivamente, figura 2. Conclusión: Existe una diferencia significativa en la RPL en pacientes con HGNA. Esta diferencia perece ser independiente del IMC. 1. Macías-Rodríguez RU, Torre A. Fisiopatología de la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA). Un enfoque especial en la resistencia a la insulina. :12. 2.Méndez-Sánchez N, Zamarripa-Dorsey F, Panduro A, Purón-González E, Coronado-Alejandro EU, Cortez-Hernández CA, et al. Current trends of liver cirrhosis in Mexico: Similitudes and differences with other world regions. World J Clin Cases. el 6 de diciembre de 2018;6(15):922–30.



 # 101

Título: LA PRESENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN INCREMENTA EL PUNTAJE DE HOMA EN ADOLESCENTES CON OBESIDAD

Autor principal: Dra. Vilma Patricia Terreros Barros

Email autor principal: pateba15@hotmail.com

Autores: Terreros Barros Vilma Patricia, Areli Zulema Pichardo Estrada*, Garrido Magaña Eulalia Piedad, Zúrita Cruz Jessie Nallely*, Jiménez Márquez Abigail*. UMAE Hospital de Pediatria CMN Siglo XXI

Área a la que pertenece su trabajo: OBESIDAD

Resumen:

ANTECEDENTES: Es conocido que la presencia de ansiedad o depresión influyen en el control metabólico de sujetos adultos con obesidad, favoreciendo la resistencia a la insulina, medido a través del puntaje de HOMA. En población pediátrica se han realizado estudios descriptivos sobre la frecuencia de ansiedad y depresión en adolescentes con obesidad; sin embargo, son escasos los estudios en donde analizan la asociación de estas alteraciones psicoemocionales con el perfil de lípidos y el puntaje de HOMA. OBJETIVOS: Identificar la asociación de la ansiedad y depresión con el puntaje de HOMA en adolescentes con obesidad. MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional, transversal, y analítico, en el que se incluyeron adolescentes de 10 a 18 años con obesidad, a los que se determinó perfil de lípidos, glucosa e insulina en ayuno de 12 horas; se aplicaron 2 cuestionarios para evaluar depresión (Kovac) y ansiedad (SPENCE). ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Estadística descriptiva: para variables cuantitativa media y desviación estándar, variables cualitativas frecuencia y porcentajes. Se dividió en 2 grupos: con y sin ansiedad o depresión. La diferencia entre los grupos se estableció mediante t de Student para variables cualitativas y chi2 o prueba exacta de Fisher para variables cualitativas. RESULTADOS: Se incluyeron 163 pacientes, el 66% fueron sexo masculino con una edad promedio de 12.09±1.9 años y el promedio del score Z de IMC fue 2.51±0.52. El 35% de los adolescentes incluidos tenía una enfermedad crónica, sin identificar una mayor frecuencia de ansiedad y depresión entre los adolescentes con y sin enfermedades crónicas (40.3% vs 36.8% p=0.655). La frecuencia de ansiedad o depresión fue 38% (n=62). Al comparar los dos grupos observamos que los pacientes con ansiedad y depresión tuvieron un puntaje de HOMA mayor en comparación a los que no tuvieron ansiedad o depresión (HOMA 3.13 ± 3.19 vs 2.23±1.63 p=0.011). Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple en donde se identificó que la presencia de ansiedad y depresión aumenta el puntaje de HOMA (Coef. 0.92 IC 95% 0.202 a 1.65 p=0.013), mientras que la presencia de una enfermedad crónica disminuye este puntaje (Coef. -1.53 IC 95% -2.32 a -0.75 p<0.001); no hubo impacto sobre el puntaje de HOMA el score Z del IMC (p=0.132). CONCLUSIONES: La ansiedad y depresión es un factor que impacta sobre el puntaje de HOMA en adolescentes con obesidad, independientemente del score Z del IMC. BIBLIOGRAFÍA: -Hannon TS, Li Z, Tu W, Huber JN, Carroll AE, Lagges AM GS. Depressive symptoms are associated with fasting insulin resistance in obese youth. Pediatr Obes. 2014;19(5):103–7. -Hiles SA, Révész D, Lamers F, Giltay E PB. Bidirectional prospective associations of metabolic syndrome components with depression, anxiety, and depressant use. Depress Anxiety. 2016;33(8):754–64

 # 102

Título: ASOCIACIÓN DE FACTORES CLÍNICO-PATOLÓGICOS CON RECURRENCIA O PERSISTENCIA DE CÁNCER DE DIFERENCIADO DE TIROIDES DESPUÉS DE UNA DOSIS ABLATIVA DE 29.9 MCI DE YODO RADIACTIVO

Autor principal: Dr. Pedro Gómez Romero

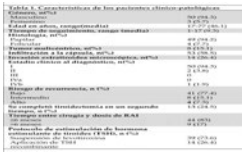
Email autor principal: rgp1089@gmail.com

Autores: Gómez-Romero Pedro, Reyes-García Mónica Natalia*, Vergara-López Alma, Escamilla-Tilch Mónica*, Suárez-Cuenca Juan Antonio*, Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE, México

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

ANTECEDENTES: las recomendaciones sobre el uso del radioyodo (RAI) como tratamiento en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides (CDT) son controversiales -incluyendo las indicaciones del uso de dosis bajas- debido a sus constantes actualizaciones y a que la evidencia actual es insuficiente. Es necesario conocer la respuesta de los pacientes con CDT tratados con dosis ablativas bajas de RAI en nuestra población. OBJETIVO: describir las características y respuesta de los pacientes con CDT que recibieron una dosis ablativa de 29.9 mCi de RAI en el Centro Médico Nacional (CMN) 20 de Noviembre y determinar los factores clínico-patológicos asociados con recurrencia o persistencia de la enfermedad. MATERIAL Y MÉTODOS: se realizó un estudio longitudinal, retrospectivo, de casos (pacientes que mostraron recurrencia o persistencia de la enfermedad) y controles (pacientes sin recurrencia). El seguimiento se realizó durante un promedio de 9.3 (1-17) años. Se determinó la asociación entre características clínico-patológicas con la presencia de recurrencia o persistencia de CDT en pacientes de endocrinología, oncología quirúrgica y medicina nuclear de nuestro centro que recibieron una dosis ablativa de 29.9 mCi de RAI. Se hizo un análisis multivariable para explorar cuáles fueron los factores más fuertemente asociados. Se consideró una diferencia estadísticamente significativa a un valor de p <0.05. RESULTADOS: se incluyeron 53 pacientes -50 mujeres y 3 hombres- con una edad primero de 46.1 años. A excepción de un pacientes, todos se sometieron a tiroidectomía total en uno o dos tiempos previo a la dosis de RAI. En la tabla 1 se resumen las características de éstos. Se detectó persistencia de enfermedad en 8 pacientes (15.4%), mientras que 6 (11.5%) presentaron alguna recurrencia; 38 (73.1%) pacientes han permanecido sin evidencia de enfermedad durante todo su seguimiento. Se encontró que el haber sido intervenido quirúrgicamente de forma inicial fuera del CMN constituyó un factor de riesgo (razón de momios [RM] 8.9, intervalo de confianza [IC]95% 1.7-45.1, p=0.003) lo cual fue independiente de otras variables como edad y sexo. La infiltración microscópica extratiroidea, específicamente a grasa, también mostró una asociación significativa (RM 13.4, IC95% 1.35-133.7, p=0.026). El haber recibido la dosis de RAI dentro de los primeros 6 meses después de la cirugía fue un factor protector (RM 0.13, IC95% 0.2-0.6, p=0.01). CONCLUSIONES: aunque se ha reportado que el tratamiento con dosis bajas de RAI es efectivo en pacientes con CDT de bajo riesgo, es importante tener en cuenta el comportamiento de la enfermedad en nuestra población, realizar una adecuada estadificación inicial y tener un enfoque multidisciplinario para decidir una dosis ablativa adecuada. En nuestro CMN se ha refinado este abordaje a través de los años, teniendo en cuenta las evidencias, las recomendaciones y las controversias actuales. BIBLIOGRAFÍA: Tuttle RM et al. Thyroid 2019;29:461-470



 # 103

Título: PREVALENCIA DE RESISTENCIA A LA INSULINA Y DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN PACIENTES CON NÓDULO TIROIDEO

Autor principal: Dra. Violeta Gutiérrez Hermosillo

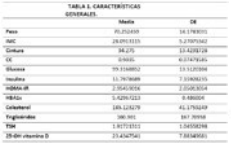
Email autor principal: vioguther1715@hotmail.com

Autores: Iñiguez Omar, Contreras Marco*, Acosta Elizabeth, Carmona David, Polanco Miguel, Barrientos José. Servicio de Endocrinología, Hospital Civil de Guadalajara OPD "Fray Antonio Alcalde".

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Título: PREVALENCIA DE RESISTENCIA A LA INSULINA Y DEFICIENCIA DE VITAMINA D EN PACIENTES CON NÓDULO TIROIDEO. Autores: Gutiérrez-Hermosillo Violeta, Iñiguez-Mosqueda Omar, Contreras-Alvarado Marco Antonio*, Acosta-Abreu Elizabeth Altagracia, Carmona-Navarro David Enrique, García-López Cleiry Beatriz, Polanco-Preza Miguel Ángel, Barrientos-Ávalos José Roberto. Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde" Antecedentes: Evidencia creciente relaciona el incremento en la incidencia de nódulos tiroideos con el aumento en la presencia de resistencia a la insulina (IR) (1). De manera paralela se ha asociado a la deficiencia de vitamina D con nódulo tiroideo (2). La prevalencia de IR en pacientes con nódulo tiroideo sólo ha sido reportada en dos estudios observacionales (7.5-15.8%) (3-4). Mientras que la deficiencia de vitamina D en sujetos con nódulo tiroideo solo ha sido evaluada en un estudio (50%) (5). Objetivo: Determinar la prevalencia de resistencia a la insulina y deficiencia de vitamina D en pacientes con nódulo tiroideo, además de analizar las variables clínicas y paraclínicas. Material y métodos: Estudio prospectivo, analítico y observacional en pacientes con nódulo tiroideo. Se realizo: historia clínica, medidas antropométricas, ultrasonido tiroideo, glucosa e insulina en ayuno, hemoglobina glucosilada, niveles de 25-hidroxi-vitamina D (25OH Vit D), perfil de lípidos, TSH, T4 libre y se calculó resistencia a la insulina mediante HOMA-IR. Resultados: Se evaluaron 61 pacientes que cumplieron los criterios de ingreso. La edad promedio fue de 46.5 +17 años y el 95% fueron mujeres. La media de 25 OH vit D fue de 23.43 + 7.8 ng/ml y el HOMA-IR de 2.95 + 2.05, el resto de las características clínicas y metabólicas se muestran en la tabla 1. El 47.5% (n=29) de los pacientes presentaron IR y 83.6% (n=51) mostraron vitamina D baja, con deficiencia en el 36.1% (n=22) e insuficiencia en el 47.5% (n=29). De los pacientes con IR el 52% tienen insuficiencia y 41% deficiencia de vitamina D (gráfica 1). El 19.7% (n=12) presento IR con deficiencia, y el 24.6% (n=15) presentó IR con insuficiencia de vitamina D. Los individuos con IR presentan mayor frecuencia de obesidad (58.6% vs 18.7%), deficiencia (41.3% vs 31.2%) e insuficiencia de vitamina D (51.7% vs 43.7%). Los sujetos con deficiencia de vitamina D presentaron mayor frecuencia de sobrepeso (40.9% vs 34.4%), IR (54.5% vs 51.7%) y diabetes (9% vs 6.8%) en comparación a aquellos con insuficiencia. Conclusiones: La prevalencia de IR fue mayor y la de deficiencia de vitamina D fue similar a la reportado en otros trabajos, la prevalencia de ambas de manera concomitante es alta en pacientes con nódulo tiroideo. Bibliografía: 1- Anil C. Metabol Clin and Experim 2013; 62: 970-975. 2- Du X. BMC Endocrine Disorders 2019; 19:48. 3- Yasar YH. Endocrine Research 2011; 36(4):167-174. 4- Heidari Z. Arch Iranian Med 2015; 18(9): 572-576. 5- Laney N. Int J Endocrinol 2010; Art ID 80571.





 # 104

Título: MALIGNIDAD EN NÓDULOS TIROIDEOS CON CITOLOGÍA BETHESDA III

Autor principal: Dr. Adalberto Luis Infante Amoros

Email autor principal: infante@infomed.sld.cu

Autores: Dr. Infante Amorós Adalberto Luis*, Dr. Alonso Fernández Víctor * Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" Habana Cuba

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Introducción. Un nódulo tiroideo puede ser la manifestación clínica tanto de una lesión benigna como maligna. Desde la implementación de su clasificación citológica por el sistema Bethesda, el grupo III es el que genera mayores controversias en cuanto a su manejo. Objetivo. Determinar el riesgo de malignidad en pacientes con nódulos tiroideos y citología Bethesda III,. Método. Se realizó un estudio exploratorio, analítico, ambispectivo y transversal de76 pacientes con nódulo Tiroideo diagnosticado por citología como Bethesda III, atendidos en el Hospital Clínico Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras", durante el periodo 2011 al 2017 Se evaluaron datos sociodemográficos, clínicos, ultrasonográficos y los resultados histológicos postoperatorios así como la relación entre ellos. Resultados. El promedio de edad fue 51 años y el 76.8% fueron mujeres. La manifestación clínica predominante fue el bocio (50.0%), sin embargo un (44.9%) no presentó ninguna manifestación. Ultrasonográficamente los nódulos fueron sólidos (72.5%), hipoecoicos (49.3%), el tamaño nodular promedio fue de 25 mm y se localizaron mayormente en el lóbulo derecho (55.1%).El diagnóstico postoperatorio fue negativo en 75.4% de los pacientes estimándose que el riesgo de errar en el diagnóstico según Bethesda puede llegar hasta 35%. Se detectó relación de dependencia entre el diagnóstico histológico postoperatorio positivo y la ultrasonografía (aspecto, ecogenicidad, bordes, halo de seguridad, microcalcificaciones, vascularización y relación AP/L >1). Se definió un patrón de asociación primario entre malignidad y microcalcificaciones, relación AP/L□1, bordes irregulares e hipoecogenicidad. Conclusiones: La presencia de malignidad en nódulos tiroideos clasificados como III según Bethesda fue alta. Se detectó asociación entre el diagnóstico histológico postoperatorio positivo y la mayoría de las características ultrasonográficas. Bibliografía 1 Al Dawish MA, Robert AA, Muna A. Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology: a three-year study at a tertiary care referral center in Saudi Arabia. World J Clin Oncol 2017;8:151-157. 2 Rama Varma S, Al Shayeb M, El Kaseh A, Ashekhi A, Kuduruthullah S, El Khader I. Incidental thyroid nodules an ultrasound screening of the neck region: prevalence & risk factors. Clin. Pract 2018;15(5):873-879. 5 Lubin JH, Adams MJ, Shore R, Holmberg E, Schneider AB, Hawkins MM, et al. Thyroid Cancer Following Childhood Low-Dose Radiation Exposure: A Pooled Analysis of Nine Cohorts. J Clin Endocrinol Metab 2017;102(7):2575-2583 6 Han MA, Kim JH. Diagnostic X-Ray Exposure and Thyroid Cancer Risk: Systematic Review and Meta-Analysis. Thyroid 2018;28(2):220-228

 # 105

Título: ESTADIFICACIÓN DEL AMERICAN JOINT COMITTE ON CANCER AJCC/TNM OCTAVA EDICIÓN EN COMPARACIÓN CON SÉPTIMA EDICIÓN COMO SISTEMA DE ESTADIFICACIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CENTRO MÉDICO NACIONAL DE OCCIDENTE.

Autor principal: Dra. Cinthya Krisel Martínez Ávalos

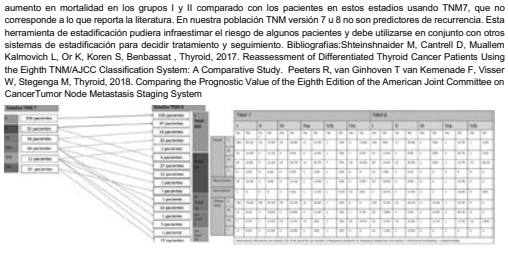
Email autor principal: kris_martinez22@hotmail.com

Autores: Martínez Ávalos Cinthya Krisel, González Villaseñor Gloria Angélica, Muñoz Magallanes Ma Tereza, Escalante Pulido J Miguel, Espinel Bermúdez M Claudia.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Antecedentes: El cáncer diferenciado de tiroides (CDT) es un problema de salud pública, representa 2.1% de todas las neoplasias a nivel mundial y quinto motivo de consulta en esta unidad. El analizar cambios realizados a la AJCC/TNM 8va edición comparada a la séptima nos ayudará a evaluar si es una herramienta adecuada en nuestra población. Objetivo: Analizar las modificaciones en estadificación usando el sistema de Estadificación del American Joint Comitte on Cancer/TNM octava edición comparada a la séptima en un grupo de pacientes con CDT del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional de Occidente. Material y métodos: Estudio transversal y analítico. Se incluyeron 519 pacientes atendidos en la clínica de tiroides del Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente. Se compararon los cambios de estadificación por AJCC/TNM séptima edición contra la octava, reestadificación, recurrencia y mortalidad. Además, se analizaron variables epidemiológicas. Para análisis estadístico se utilizaron tablas de categorización con chi cuadrada y U de Mann-Whitney. Resultados: Se valoraron 519 pacientes, de los cuales 245 cambiaron estadificación utilizando TNM8(ver gráfica 1), de los pacientes clasificados en estadio I en TNM7 ninguno modificó estadio con TNM8; 53 pacientes en estadio II TNM7: 47 cambiaron a estadio I TNM8 y 6 permanecieron en estadio II; 56 pacientes estadio III TNM7: 28 cambiaron al estadio I y 27 al estadio II; 47 pacientes estadio IVa TNM7,1 permaneció en IVa, 20 cambiaron a estadio I, 12 a estadio II, 1 a estadio III; 11pacientes estadio IVb: 1 permaneció en IVb, 2 cambiaron al II, 1 paciente al III, y 2 al estadio I; 25 pacientes TNM7 IVc: 7 cambiaron al estadio II y 17 al estadio IVb (gráfica 1). La mortalidad en TNM7 fue del 40% en estadio IVc,9% en IVb, 2.2% en IVa y 5.6% en III; por TNM8 50%IVb, 16.6% en IVa, 0.7% en II y 0.4% en I. Otros resultados referidos en tabla I. Conclusión: Se encontró migración de 245 (47.2%) pacientes al estadificar utilizando TNM8, similar a lo reportado por Shteinshnaider et al, y Peeters et al; al modificar el estadio encontramos aumento en mortalidad en los grupos I y II comparado con los pacientes en estos estadios usando TNM7, que no corresponde a lo que reporta la literatura. En nuestra población TNM versión 7 u 8 no son predictores de recurrencia. Esta herramienta de estadificación pudiera infraestimar el riesgo de algunos pacientes y debe utilizarse en conjunto con otros sistemas de estadificación para decidir tratamiento y seguimiento. Bibliografías:Shteinshnaider M, Cantrell D, Muallem Kalmovich L, Or K, Koren S, Benbassat , Thyroid, 2017. Reassessment of Differentiated Thyroid Cancer Patients Using the Eighth TNM/AJCC Classification System: A Comparative Study. Peeters R, van Ginhoven T van Kemenade F, Visser W, Stegenga M, Thyroid, 2018. Comparing the Prognostic Value of the Eighth Edition of the American Joint Committee on CancerTumor Node Metastasis Staging System



 # 106

Título: REPORTE PARCIAL DE INCIDENCIA DE TRASTORNO DEPRESIVO EN SUJETOS CON HIPOTIROIDISMO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA FRAY ANTONIO ALCALDÉ.

Autor principal: Dra. Minerva Ordóñez Hurtado

Email autor principal: minervaordh@gmail.com

Autores: Miguel Polanco Preza José Roberto Barrientos Avalos Javier Alberto Girón Alfaro

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Antecedentes. El trastorno depresivo es una entidad clínica de alta prevalencia en las sociedades occidentales, hay estimaciones que no dicen que hasta el 5 % de la población mundial padece esta enfermedad. Históricamente se han descrito una amplia gama de alteraciones psiquiátricas, síntomas afectivos y trastornos neurológicos en sujetos con enfermedades tiroideas, particularmente hipotiroidismo subclínico y manifiesto. Dichas entidades clínicas son hasta 10 veces más frecuentes en mujeres, al igual que los trastornos neuropsiquiátricos. La prevalencia de depresión en algún grado se ha reportado en el 2% de individuos con hipotiroidismo, hasta 15% en mujeres > 55 años de edad y en 3% de los hombres con hipotiroidismo subclínico. En múltiples estudios se ha observado que los pacientes con hipotiroidismo tienen con mayor frecuencia alteraciones en el estado de ánimo al compararlos con controles eutiroideos. Además, se ha observado en una correlación negativa entre los niveles de TSH y depresión. Objetivo. Determinar la incidencia de trastorno depresivo en nuestro grupo de sujetos con hipotiroidismo. Además de correlacionar algunas variables clínicas y laboratoriales con estos trastornos. Material y Métodos. Se incluyeron en el estudio un total de 441 pacientes con hipotiroidismo primario de cualquier etiología, con edades entre 18 y 65 años, de ambos géneros, que se evaluaron en el servicio de Endocrinología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcaldé. Se excluyeron aquellos pacientes con síndrome metabólico y antecedentes, diagnóstico o tratamiento previo para depresión. Se realizo la escala de Hamilton (Hamilton Depresion Rating Scale, HDRS) como escrutinio para detectar pacientes con síntomas depresivos. Resultados De los 441 pacientes incluidos en nuestro universo de estudio, el 6.1% (27 sujetos) corresponden al sexo masculino, mientras que el 93.9% (414 personas) al sexo femenino. El promedio de edad fue de 45.4 años, con una mediana de 52 años y un rango de 18-65 años. El promedio de puntaje Hamilton fue de 7 puntos para el total de la población, un valor igual o mayor a 8 puntos en la escala HDRS se encontró en 181 pacientes, es decir algún grado de depresión se presentó en el 40.8 % de los sujetos evaluados. Conclusiones. En nuestro trabajo la prevalencia de algún grado de depresión evaluados con la escala de Hamilton fue de 40.8%, cifra muy superior a lo reportado en otros grupos poblacionales.
Bibliografía Mirella P. Hage and Sami T. Azar, The Link between Thyroid Function and Depression, Journal of Thyroid Research, Volume 2012, 8 pages. L.H. Duntas, A. Maillis, Hypothyroidism and depression: salient aspects of pathogenesis and management, Minerva endocrino, December 2013.

 # 107

Título: PREVALENCIA DE COMPLICACIONES POSTIROIDECTOMÍA EN PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

Autor principal: Dr. Gilberto Trinidad Plaza Yamasaki

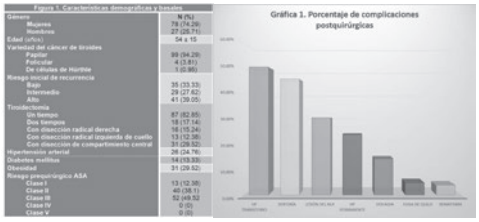
Email autor principal: gil_plaza@hotmail.com

Autores: Plaza-Yamasaki Gilberto Trinidad, Vergara-López Alma. Servicio de endocrinología, Centro Médico Nacional 20 de noviembre, ISSSTE, México.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

Antecedentes. El cáncer diferenciado de tiroides (CDT) es la neoplasia endocrinológica más común, siendo la 6ª causa en mujeres y la 13ª en hombres; ya que el tratamiento quirúrgico es el de elección, es frecuente presentar complicaciones postquirúrgicas. Se reporta que 6.5% presentan complicaciones generales (fiebre, infección, hematoma) y 12.3% especificas (hipoparatiroidismo, disfonía), representando alteración en la calidad de vida, así como aumento en costos de atención. Conocer la prevalencia, así como factores asociados permite establecer medidas que disminuyan su aparición. Objetivo. Describir la frecuencia de complicaciones quirúrgicas de tiroidectomía en pacientes con CDT. Material y métodos. Estudio clínico descriptivo y transversal, de pacientes que se sometieron a tiroidectomía con diagnóstico de CDT en nuestro centro del periodo del 1 de enero del 2014 al 31 de diciembre del 2018, con un seguimiento de 6 meses. Resultados. Se evaluaron 105 pacientes con las siguientes características basales (Figura 1). La estancia promedio fue de 3 días, con un máximo de 25 días. La principal complicación fue el hipoparatiroidismo transitorio en un 50.4%, seguido de disfonía en un 45.7% (Figura 2). Presentaron complicaciones el 86.2% de las tiroidectomías en un tiempo, 72.2% las de dos tiempos y todas las que incluyeron disección radical. La distribución del número total de complicaciones fue similar en todos los grupos. Los pacientes con riesgo alto de recurrencia presentaron mayor asociación con complicaciones de cualquier tipo (OR 13.33) en comparación a los de riesgo bajo o intermedio (OR 0.28 y 0.65 respectivamente). Conclusiones. Con el estudio se posiciona este tipo de procedimiento con una alta prevalencia de morbilidad, lo que se traduce en mayores costos de vigilancia y la necesidad de terapia médica o rehabilitación. Aunque el tipo de población seleccionada es diferente a la general por tratarse de un centro de referencia, es necesario desarrollar técnicas o estandarizar procedimientos que permitan disminuir los riesgos sin con ello causar aumento de la tasa de recurrencia.
Bibliografía. 1. Haugen BR. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: What is new and what has changed? Cancer. 2017;26(1):1-133. 2. Papaleontiou M, Hughes DT, Guo C, Banerjee M, Haymart MR. Population-based assessment of complications following surgery for thyroid cancer. J Clin Endocrinol Metab. 2017;102(7):2543-51. 3. Deshmukh A, Gangiti K, Pantvaidya G, Nair D, Basu S, Chaukar D, et al. Surgical outcomes of thyroid cancer patients in a tertiary cancer center in India. Indian J Cancer 2018;55:23-32.



 # 108

Título: Correlación entre la concentración de los niveles de anticuerpos anti-tiroglobulina con los valores de SUVmáx determinado mediante 18F-FDG PET/CT en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre.

Autor principal: Dra. Ximena Monserrath Valdez Salamea

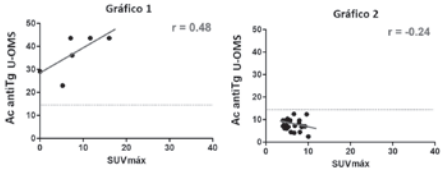
Email autor principal: xime_valdez@msn.com

Autores: Vergara-López Alma, Cardeña-Arredondo Luz María*, Ademe-González Ignacio*, Suárez-Cuenca Juan Antonio*, Escamilla-Tilch Mónica*.

Área a la que pertenece su trabajo: TIROIDES

Resumen:

ANTECEDENTES. La cuantificación de los anticuerpos antitiroglobulina (Ac antiTg) se utiliza para la vigilancia de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides (CDT) y se basa en la evaluación del incremento longitudinal de los niveles y sus tendencias. Existen discrepancias en estos niveles dependiendo del método y unidades utilizadas; se ha observado que en algunos pacientes con CDT que presentan niveles de Ac antiTg ≥ 414.6 UI/ml existe correlación positiva con los hallazgos en el 18F-FDG PET/CT (PET/CT), así mismo si el valor de SUVmáx es ≥ 4.5. OBJETIVO. Evaluar la relación entre la concentración de los niveles de Ac antiTg con los valores de SUVmáx positivo en PET/CT en pacientes con CDT. MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio observacional, transversal y analítico de 27 pacientes con CDT que tuvieron determinación de niveles de Ac antiTg en U-OMS y reporte de SUVmáx positivo en estudio de PET/CT; se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman y significancia estadística se consideró a un valor de p <0.05. RESULTADOS. Se incluyó a 27 pacientes, la media de edad fue de 58 ± 11.8 años, 22 mujeres (81.5%) y 5 hombres (18.5%), el 85% tuvo diagnóstico de cáncer papilar de tiroides y 15% cáncer folicular; los tipos histológicos reportados fueron variante clásica 63%, folicular 18.5%, células altas 3.7% y poco diferenciado 3.7%. La media de Ac antiTg fue 10.5 U-OMS, y de SUVmáx 6.6. Los sitios de metástasis encontrados en PET/CT según el nivel de SUV ≥ 4: cervical: 15 (56%), mediastino: 9 (33%) pulmón: 6 (22%), óseas: 1 (4%). Para el análisis de correlación, se estableció un punto de corte de Ac antiTg en 14 U-OMS (uso clínico en nuestra institución) y se observó tendencia esperable de correlación positiva entre Ac antiTg y el valor de SUVmáx (Gráfico 1); sin embargo, al utilizar valores menores de Ac antiTg, se encontró una correlación negativa con el valor de SUVmáx (Gráfico 2). Ambos resultados mostraron p>0.05. CONCLUSIONES. Al nivel de corte para uso clínico convencional, se observó tendencia esperable de correlación positiva entre Ac antiTg y SUVmáx; mientras que la tendencia de correlación se volvió negativa al utilizar valores de Ac antiTg menor al punto de corte. BIBLIOGRAFÍA. 1. Gianoukakis AG. Thyroglobulin antibody status and differentiated thyroid cáncer: what does it mean for prognosis and surveillance? Curr Opin Oncol. 2015;27(1):26-32. 2. Palaniswamy S, Subramanyam P. Diagnostic utility of PETCT in thyroid malignancies: an update. 2015. Ann Nucl Med. 2013;27(8):681-93. 3.Kingpetch K, Pipatrattana R, Tepmongkol S, Sirisalipoch S, Chaiwatanarat T. Utility of 18F-FDG PET/CT in well differentiated thyroid carcinoma with high serum antithyroglobulin antibody. J Med Assoc Thai. 2011; 94(10):1238-44.



 # 109

Título: SÍNDROME METABÓLICO Y UTILIZACION DE CISTEINA COMO FACTOR MODIFICADOR Y NORMOGLUCEMIANTE EN UNA POBLACIÓN DE NIÑOS DE UN HOSPITAL HGR DEL IMSS

Autor principal: Dr. JOSÉ ANTONIO ESCALANTE PULIDO

Email autor principal: marvic_xv@hotmail.com

Autores: Rebollar López V Mª (Escalante Pulido José Antonio) Hospital General Regional IMSS /Milke Najar M.E Universidad de Guadalajara *. Nelia Salcedo Sepúlveda * PISA Farmacéutica (. Escalante Pulido José Antonio)

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

INTRODUCCIÓN: molécula AmpA Alfa -amino -3 hidróxido 6 metió isoxazol 4 propionato, aminoácido kainicoy NMDA del N metil d Aspartato receptor de AMPA por medio de una proteína G y el intercambio de Iones Ca+ podrá convertir en una Proinsulina a una insulina más sensible y Efectiva Como efecto normoglucemiante en una población Niños principalmente con Diabetes Mellitus 2 (DT2) Clasificación de ADA 2019; libro Autor POMBO 2012 tema de metabolismo de Carbohidratos OBJETIVO: Identificar el efecto en las concentraciones de hemoglobina glucocilada Hgb1Ac en una población estudio en un periodo de febrero -Agosto de 2019 en suplementacion con Cisteina. y es eficiente ? como efecto modificador en sindome metabólico. MATERIAL Y MÉTODO Previa firma de consentimiento informado se incluyeron niños de edades 1 a 19 años de un hospital HGR del IMSS con diagnóstico de Síndrome Metabólico se realizó una extracción de dato como Clínicos y Laboratorio Hgb1Ac se considera las variables glucosa serica, peso, IMC , HDL LDL,Colesterol total,Triglicéridos, Tensión Arterial, Análisis estadístico: medidas DE y prueba ji cuadrada: X2 RESULTADOS: Se obtuvieron N 29 pacientes donde hubo diferencias entre los niveles de Hgb1Ac (7.8 +0.7 vs 6.5 +0.8)hubo modificación glucemia serica 224 mg /dl +_ 7 mg vs 134 mg+_ 7.9 mg). CONCLUSIÓN Pacientes pediatricos con Diagnóstico de Sx metabólico y complementados diminuyeron significativamente no modifica el efecto metabólico hipótesis nula HO y juzga un papel importante en el mecanismo postraduccionales.

 # 110

Título: "FACTORES DE RIESGO DE PRESENTACIÓN DE DIABETES INSÍPIDA EN PACIENTES POSTOPERADOS DE CIRUGÍA DE HIPÓFISIS EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE"

Autor principal: Dra. PAMELA TERESA MENDOZA BARRADAS

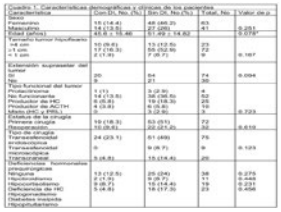
Email autor principal: drapame25@gmail.com

Autores: Balderrama-Soto Adriana*, Vergara-López Alma* *Médico Adscrito del Departamento de Endocrinología Centro Médico Nacional 20 de Noviembre, ISSSTE.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

INTRODUCCIÓN. Estudios internacionales han descrito los factores de riesgo (FR) asociados con la diabetes insípida (DI) postoperatoria (PO), sin embargo, estos resultados son inconsistentes. OBJETIVO. Evaluar los FR de presentación de DI en el PO de los pacientes sometidos a cirugía hipofisaria en el CMN 20 de Noviembre. MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio transversal, observacional de cohortes históricas. Se revisaron expedientes clínicos de pacientes sometidos a cirugía hipofisaria de enero 2017 a julio 2019 en el CMN 20 de Noviembre. RESULTADOS. Se incluyeron 104 pacientes, de los cuales 63 fueron mujeres (60.6%) y 41 (39.4%) hombres, con una edad media de 49.87 ± 15.61. La mayoría tenían macroadenomas hipofisarios (69.2%) y eran no funcionantes en un (50%). A 72 pacientes se les realizó cirugía por primera vez y a 32 reoperación por recidiva o persistencia del tumor hipofisario. El abordaje quirúrgico más frecuente fue transesfenoidal endoscópico en 75 pacientes (72.1%). Al comparar a los pacientes con y sin DI, la única diferencia significativa que se encontró fue la edad (p=0.078) (cuadro 1). De los 104 pacientes, 29 (30.1%) presentaron DI, de los cuales 15 fueron mujeres y 14 hombres, con una edad media de 45.6 ± 15.46 años. La presentación clínica más frecuente de DI fue la transitoria (21.2%). DISCUSIÓN. La incidencia de DI PO fue de 28.8%, mayor que la reportada por Alinsonorin et al. (20%), Nemergut et al. (18.3%), y Schreckinger et al. (16.3%). En contraste con otros autores, en nuestro estudio, el promedio de edad fue menor en los pacientes que presentaron DI, con una edad media de 45.6 ± 15.4, comparada con los pacientes que no tuvieron DI la edad media fue de 51.4 ± 14.8 (p=0.078). Se evaluaron como FR para desarrollar DI PO el sexo del paciente, el tamaño y extensión del tumor, la funcionalidad del tumor, el tipo de cirugía y si era primera cirugía o reoperación, sin encontrar asociación significativa para el desarrollo de DI. CONCLUSIONES. En este estudio la DI se presentó en el 28% de los pacientes postoperados de cirugía hipofisaria; la frecuencia de DI PO fue más alta que la reportada en otros estudios, lo cual puede tener relación con la complejidad de la cirugía y la habilidad del neurocirujano. La DI transitoria fue la forma más frecuente de presentación, similar a lo reportado en otros estudios. Es importante hacer notar que los pacientes con DI PO, tuvieron una edad promedio menor comparada con los que no presentaron DI, lo cual fue contradictorio a lo reportado en la literatura. Los factores de riesgo asociados al desarrollo de DI, no tuvieron asociación significativa. BIBLIOGRAFIA. 1. Schreckinger M, Szerlip N, Mittal S. Diabetes insipidus following resection of pituitary tumors. Clin Neurol Neurosurg. 2013 Feb;115(2):121-6.



 # 111

Título: APLICACIÓN DE LA FARMACOCINÉTICA Y LA FARMACOGENÉTICA EN LA TERAPIA PERSONALIZADA CON METFORMINA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Autor principal: MIRIAM NAYELI MORALES BARRAGÁN

Email autor principal: cbtuca@hotmail.com

Autores: Morales-Barragán Miriam Nayeli* (Rodríguez-Rivera Jaime Guillermo). Facultad de Ciencias Químicas. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Rodríguez-Rivera Jaime Guillermo. Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto". San Luis Potosí. Aguilar-Torres María Angélica* (Rodríguez-Rivera Jaime Guillermo). Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto". San Luis Potosí. Romano-Moreno Silvia * (Rodríguez-Rivera Jaime Guillermo). Facultad de Ciencias Químicas. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Antecedentes: La Metformina es el tratamiento farmacológico de primera elección para el control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). Sin embargo, alrededor del 30% de los pacientes no responden adecuadamente a este tratamiento. La alta variabilidad interindividual en el comportamiento cinético de metformina podría estar explicada por polimorfismos genéticos que codifican transportadores que participan en procesos farmacocinéticos de metformina como son los transportadores de cationes orgánicos (OCTs) o el transportador de monoamina de la membrana plasmática (PMAT). Objetivo: Desarrollar un modelo farmacocinético poblacional de efectos mixtos que establezca la influencia de factores genéticos, antropométricos, fisiopatológicos, clínicos y de comedicación sobre la cinética de metformina en pacientes con DM2. Material y Métodos: Estudio analítico, observacional y prospectivo en el que se incluyeron, pacientes con DM2 del Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto" en San Luis Potosí. Se determinaron las concentraciones plasmáticas de metformina en el estado estacionario en cada paciente mediante análisis cromatográfico (HPLC). Los polimorfismos genéticos OCT2 808 G > T, OCT1 1260GAT>del, PMAT 883-522A>G y las características antropométricas, clínicas y de comedicación de cada paciente se consideraron como covariables potenciales para explicar la variabilidad en los parámetros farmacocinéticos de metformina en la población de estudio. La construcción del modelo poblacional se realizó con el programa farmacoestadístico NONMEM®. Resultados: Para el desarrollo del modelo poblacional se incluyeron concentraciones plasmáticas de metformina en el estado en equilibrio de 57 pacientes mexicanos con DM2. Se realizó el análisis ajustando los datos a un modelo monocompartimental. El modelo farmacocinético poblacional obtenido fue Aclaramiento de metformina (CL)=53.1 L/h para pacientes con Aclaramiento de creatinina (CLcr) ≥110 mL/min y CL=22.2+0.214*CLcr para pacientes con CLcr<110 mL/min. El CL de metformina aumenta 22% en pacientes portadores del alelo OCT1 1260del en tanto que el uso concomitante de clopidogrel disminuye el CL en un 45%. El volumen de distribución (V) de metformina depende del peso corporal magro (PCM) del paciente: V= 6.63 * PM. La validación del modelo poblacional obtenido demostró la estabilidad, exactitud y precisión del modelo haciendo factible su aplicación confiable en la clínica. Conclusiones: Para el establecimiento de criterios de dosificación individualizados de metformina en pacientes con DM2 se debe considerar el PCM, el CLcr, el genotipo de OCT1, la comedicación con clopidogrel en cada paciente. Bibliografía Semiz, S., Dujic, T., & Causevic, A. Pharmacogenetics and personalized treatment of type 2 diabetes. Biochem Med. 2013; 23(2), 154-171. Rena, G., Pearson, E., & Sakamoto, K. Molecular action and pharmacogenetics of metformin: current understanding of an old drug. Diabetes Management. 2012; 2(5), 43

 # 112

Título: FRECUENCIA DE DISGLUCEMIAS EN PACIENTES PEDIATRICOS CON TRASPLANTE RENAL Y FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABOLICO

Autor principal: Dra. Gladys Ovilla López

Email autor principal: ovillag@hotmail.com

Autores: Ovilla-López Gladys*, Madrigal-González Monica*, Garrido-Magaña Eulalia. Servicio de Endocrinología Pediatrica, Hospital de Pediatría, Dr. Silvestre Frenk Freund,IMSS, México.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

ANTECEDENTES: La diabetes mellitus desarrollada después del trasplante renal (DMNPT) es una complicación que impacta negativamente el pronóstico de los pacientes debido a que incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares fatales. OBJETIVOS Identificar la frecuencia de disglucemias en pacientes pediátricos con trasplante renal y asociación con los factores cardiometabolicos. MATERIAL Y METODOS: Estudio longitudinal, descriptivo, ambilectivo. Se identificaron todos los receptores de trasplante renal de la UMAE del Hospital de Pediatría CMN SXXI, Dr. Silvestre Frenk Freund, se recabaron datos antropométricos, glucosa plasmática en ayuno (GPA), perfil lipidico, insulina, hemoglobina glucosilada, tratamiento inmunosupresor. En la fase prospectiva, se realizó carga de tolerancia oral a la glucosa (CTOG) a todos los pacientes sin diagnostico DMNPT. Se utilizó frecuencias y porcentajes, mediana, (minimo y máximo). RESULTADOS: Estudio preliminar en el cual se incluyeron 24 pacientes, 50% ♂y 50% ♀, mediana de edad de 11.5 años (6-16), 66.7 % de donador vivo relacionado y 33.3% de donador cadavérico, la mediana de las dosis de tacrolimus fue de 0.17mgkg, 4.38mgkg de ciclosporina , 5.3mgm2sc de prednisona y micofenolato 583mgm2sc. En la primera fase del estudio no se encontraron disglucemias pretrasplante. Al año de postransplante 8.3% (2) presentó DMNPT diagnosticados con GPA ≥200mg/dl, se encontró glucosa alterada en ayuno en 8.3% (2), posterior a CTOG (1.75 g de glucosa x kg x día) presentaron intolerancia a la glucosa 16.7% (4). En la evaluación nutricional inicial y al año de trasplante se encontró: normopeso 75% vs 16.7%, sobrepeso en 8.3% vs 54.2% y obesidad 4.2% vs 29.2% respectivamente. El 87% (7) de los pacientes con disglucemias presentó sobrepeso y obesidad. En los pacientes con sobrepeso y obesidad el 79.1% (19) presentó hipercolesterolemia, el 41.6%(10) hipertrigliceridemia e hipoalfalipoproteinemia en 25%(6) de pacientes. CONCLUSIONES: La frecuencia de disglucemias en pacientes pediátricos un año posterior al trasplante renal fue de 33 % sin embargo lo reportado en adultos a 5 años postrasplante es de 53% por lo que es necesario ampliar la vigilancia de este estudio. El sobrepeso y obesidad es el factor que predispone a mayor frecuencia de altraciones cardiometabolicas lo cual se ha demostrado impacta en la sobrevida del transplante e incremento del riesgo cardiovascular. BIBLIOGRAFIA Ladhani M, Lade S, Alexander SI, Baur LA, Clayton PA, McDonald S, Craig JC, Wong G. Obesity in pediatric kidney transplant recipients and the risks of acute rejection, graft loss and death. Pediatr. Nephrol.2017. Shivaswamy V, Boerner B, Larsen J. Post-Transplant Diabetes Mellitus: Causes, Treatment, and Impact on Outcomes. Endocrine Reviews. 2016.

 # 113

Título: Motivación y adherencia al tratamiento en pacientes con DM2

Autor principal: Dr. Iván Pérez Díaz

Email autor principal: ivan.endocrino@gmail.com

Autores: Salvador Hernández Castellanos ME - Tecnológico de Monterrey Rosa Elena Aguilar Fuentes ME - Tecnológico de Monterrey Francisco Martín del Campo Lizaola ME - Tecnológico de Monterrey Pablo A. Peña, PhD Ana K. Pulido-Ayala, MD Hillary K. Osorio-Landa, MD Angela L. Duckworth, PhD Anupam Jena, MD PhD Kenneth C. Griffin Department of Economics, University of Chicago, Chicago, Illinois (Peña); National Institute of Medical Science and Nutrition Salvador Zubirán, Mexico City, Mexico (Pérez-Díaz, Pulido-Ayala, Osorio, González-Sánchez); Tecnológico de Monterrey, Mexico City, Mexico (Pérez-Díaz); Department of Psychology, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania (Duckworth);Harvard Medical School, Boston, Ma (Jena)

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Resumen: Antecedentes Mundialmente, 1 de cada 12 adultos padece DM2. Las causas de no-adherencia al tratamiento médico son multifactoriales. Se ha descrito que las habilidades socioemocionales son un factor importante para que las personas perseveren en retos de largo plazo. Grit, definido como "pasión y perseverancia de metas a largo plazo," predice el éxito en ámbitos desafiantes y es independiente de inteligencia. Objetivo Este estudio exploró si la escala de Grit predice adherencia al tratamiento y el grado de control en pacientes con DM2. Métodos y Materiales Se realizaron cuestionarios a 455 pacientes con DM2 en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran para evaluar su puntaje de GRIT y una escala para medir la adherencia al tratamiento. Además de biomarcadores: glucosa, hemoglobina glucosilada, triglicéridos, colesterol, HDL, LDL, BUN, creatinina, y TFG. Resultado Niveles más altos de Grit son asociados con niveles más altos de adherencia. El efecto de Grit a adherencia es independiente de covariantes sociodemográficas, inteligencia, y personalidad. De todas las variables analizadas, Grit es el predictor más importante de adherencia a tratamiento. Se observó mayor adherencia y mejor control glucémico en pacientes con mayor puntaje de GRIT así como menor colesterol total, LDL y triglicéridos. Conclusión Los resultados indican que Grit está fuertemente asociado con adherencia, esta a su vez se asocia con mejor control glucémico. 1. World Health Organization. 2016. Global Report on Diabetes. 2. Krass I, Schieback P, Dhippayom T. Adherence to diabetes medication: a systematic review. Diabet Med 2015;32:725-37. 3. Duckworth, A. L., Peterson, C., Matthews, M. D., & Kelly, D. R. (2007). Grit: Perseverance and passion for long-term goals. Journal of Personality and Social Psychology, 9:1087–1101. 4. Duckworth, A.L. & Quinn, P.D. (2009). Development and Validation of the Short Grit Scale (Grit–S). Journal of Personality

 # 114

Título: FRECUENCIA DE ALTERACIONES EN LA PERCENPCION DEL COLOR EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1. REPORTE PREELIMINAR

Autor principal: Dra. CLAUDIA EDITH PEDRAZA HERNANDEZ

Email autor principal: edith_8898@hotmail.com

Autores: Garrido Magaña Eulalia Piedad (1), Soto Dávila Marco Antonio (2), Ferreira Hermosillo Aldo (3), Molina Atala Mario (3), (1)Servicio de Endocrinología Hospital de Pediatría CMNSXXI, (2)Servicio de Oftalmología Hospital de Pediatría CMNSXXI, (3)Servicio de Endocrinología, HE CMNSXXI.

Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

Resumen:

Antecedentes: En diabetes mellitus tipo 1 (DM1) se ha observado discromatopsias (DISP) alteraciones en la percepción de color previo a retinopatía. Las DISP se clasifican: protanopsia (PROTAN) deficiencia rojo, deuteranopsia (DEUP) verde, tritanopsia (TRIP) azul. La TRIP es frecuente en adultos con DM2 asociado a cambios de coloración en medios refractivos, en pediatría PROTAN se asocia con problemas de la conducción eléctrica de las células de la retina. Todas estas alteraciones pueden sugerir incipiente aparición de retinopatía diabética (RD). Objetivos. Determinar la frecuencia de DISP en pacientes con DM1 y su correlación con tiempo de evolución y HbA1c. Material y Métodos. Estudio preliminar incluyó 63 pacientes de 11-51 años de edad con diagnóstico > 6 meses, sin cetoacidosis en los últimos 3 meses, ni retinopatía. Se aplicó Farnsworth D-15 que consiste en una prueba de discriminación de matices de colores, valoración de la visión monocular y binocular, se utilizó frecuencias simples, porcentajes y regresión lineal y Chi cuadrada. Resultados. Se evaluó 40 adolescentes (GP: grupo pediátrico) y 23 adultos (GA: grupo adulto); el GP tenía 13 años (11-16) vs GA 29 años (17-51); en el GP 50% eran mujeres vs GA 44% y masculino GP50% vs GA56%, con evolución de la enfermedad GP 48 meses (7-122) vs GA 168 meses (5-540) (p=0.001); Hb1Ac en GP de 8.3%(4.58-18.5) vs GA 8.7%(5.3-12); uso de lentes correctivos en GP 32.5% vs GA 52.5%. La frecuencia de DISP en general fue del 34.9% y según los grupos: GP 32.5% vs GP 39.1% (p=0.017), según el tipo de DISP y valoración monocular y bilateral: PROTAN OD GP 22.5% vs GA 13%, OI GP 25% vs GA13%, BIL GP 17.5% vs GA 8.7%; TRIP OD GP10% vs GA 21.7%, OI GP 7.5% vs 39.5% BIL GP 10% vs GA21.7%; DEUP OD GP 5% vs GA 21.7%, OI GP 5% vs GA 4.3% BIL GP 5% vs GA 8.7%. No se observó asociación entre la presencia de DISP y el tiempo de evolución o el nivel de HbA1c. Conclusiones. La frecuencia de DISP fue mayor a lo reportado en la literatura para pacientes con DM2 y población general. No se observó predominio de afectación de algún ojo. Ante la mayor frecuencia de DISP en esta población es importante el seguimiento estrecho para la identificación temprana de RD para otorgar tratamiento oportuno y disminuir las complicaciones asociadas a este problema. Bibliografía: Nihat Sayin et al. Ocular complication of diabetes mellitus. World J Diabetes, 2015;6(1):92-108. Natalia Gómez Pinilla. "Perspectivas actuales en la investigación de las alteraciones de la visión en color en diabetes. Universidad Politécnica de Catalunya Barcelona, facultad de óptica y optometría de Terrassa,2013 N.C.Tan et al. Factors associated with impaired color vision without retinopathy amongst people with type 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study, BMC Endocrine Disorders. 2017;17:29.

 # 115

Título: PUNTO DE CORTE EN ÍNDICES DE RESISTENCIA A INSULINA Y ASOCIACIÓN CON FACTORES CARDIO METABÓLICO EN ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 1.

Autor principal: Dra. Priscilla Sara Rivera Félix

Email autor principal: prisca590@hotmail.com

Autores: Rivera Félix Priscilla Sara*, García Heladia Josefa*, Garrido Magaña Eulalia Piedad, Nishimura Meguro Elisa. UMAE Hospital de Pediatría CMN SXXI servicio Endocrinología.

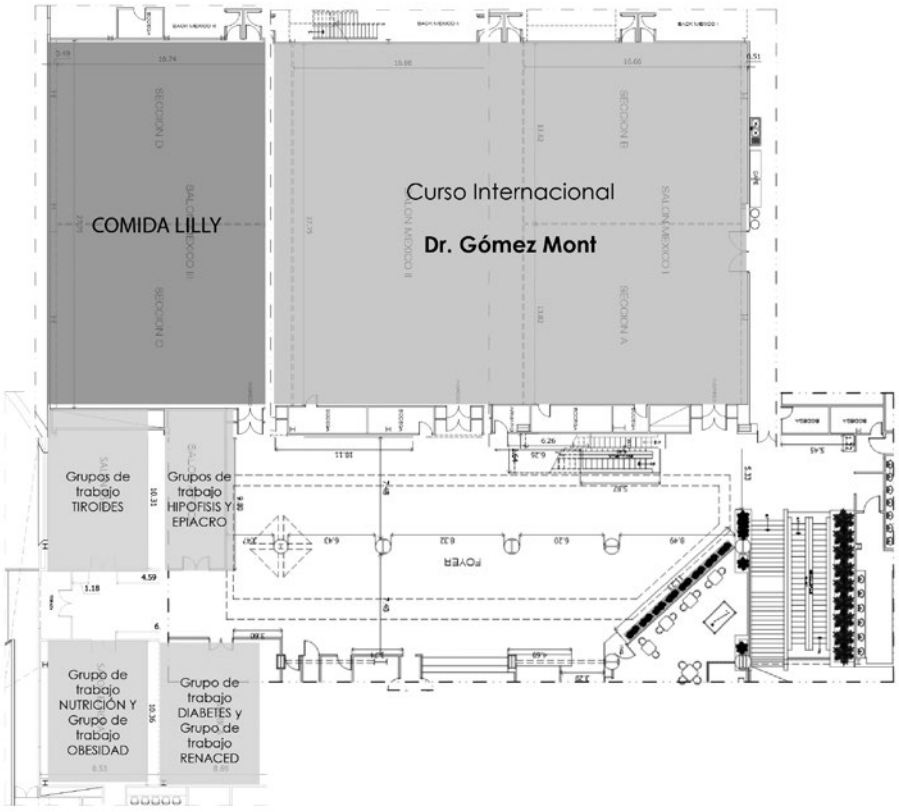
Área a la que pertenece su trabajo: DIABETES

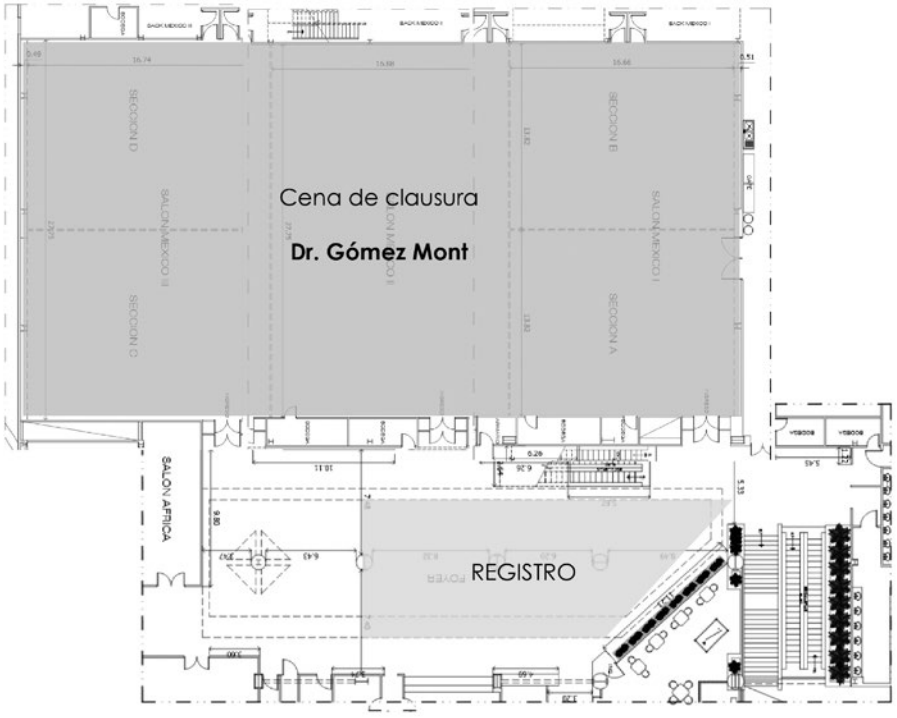
Resumen:

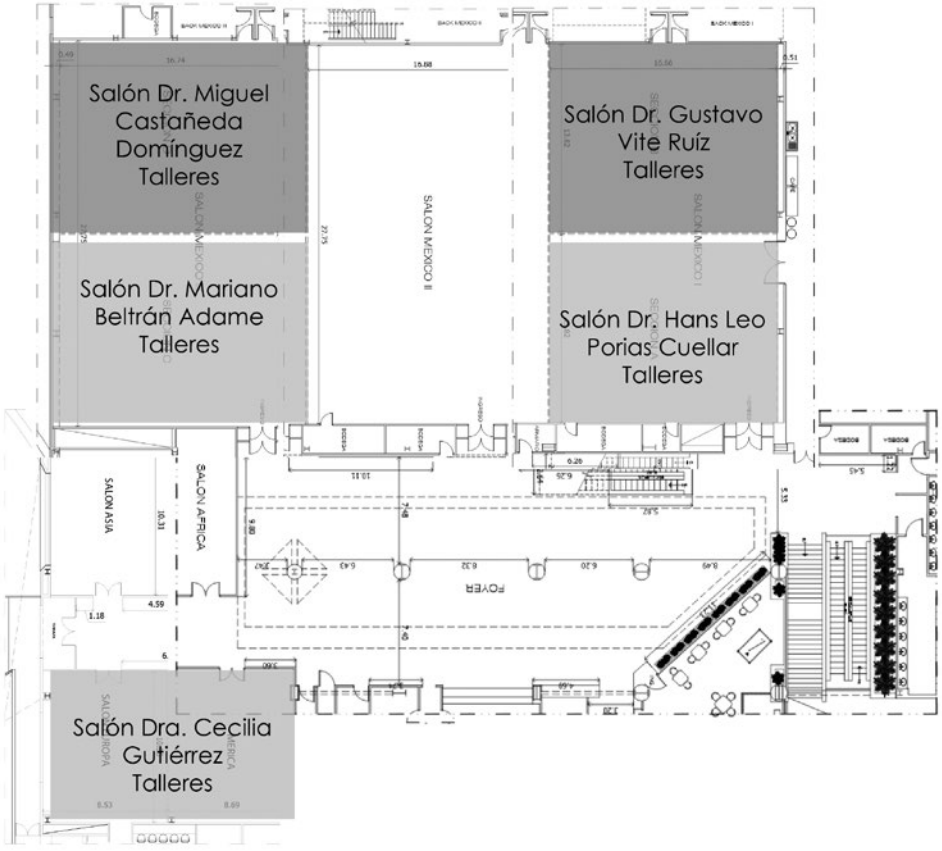
ANTECEDENTES: La pubertad e incremento de sobrepeso y obesidad en adolescentes con diagnóstico de DM1, se asocia a mayor resistencia a la insulina (RI) y riesgo cardiovascular. Se han desarrollado índices para determinar RI, aún no existen puntos de corte específicos para determinar riesgo en estos pacientes. OBJETIVO. Identificar el índice de RI que se asocia a mayor factor de riesgo cardio metabólico y establecer el punto de corte. MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal y analítico en adolescentes con DM1 de 11 a 17 años. En consulta habitual, se determinó perfil lipídico, HbA1c y somatometría corporal. Se obtuvieron tres índices de RI: 1) la tasa estimada de disposición de glucosa (TEDG), 2) el índice de sensibilidad (IS SEARCH) y 3) la ecuación de CACTI (eIS). Análisis: Prueba T para muestras independientes, curva ROC. RESULTADOS: Se incluyeron 88 pacientes, edad media de 13.9±1.46 años, 54.5% ♀ y 45.5% ♂, tiempo de evolución 4.3±3 años. Estado de nutrición 67 (76%) peso normal, 17 (19.3%) sobrepeso y 4 (4.5%) obesidad. Perímetro de cintura 75.6cm ± 7.6, dosis diaria de insulina/kg 0.95UI ± 0.43. Factores cardio metabólicos (FCM): hipertensión arterial 11 (12.5%), HbA1c >7.5% 65 (74%), TAG >150 13 (14.8%), HDL <40 9 (10.2%), LDL >100 12 (13.6%) y el 20 (22.7%) antecedente de DM2 en familiar de primer grado. Se realizó curva ROC con los tres índices de RI, en TEDG mostró área bajo la curva (ABLC) de 0.590 (p 0.173); eIS de 0.615 (p 0.733). El índice de RI con significancia estadística fue ISSEARCH con un ABLC 0.685, (IC 95% 0.576-0.794), p <0.05 con punto de corte de 6.38, sensibilidad 96% y especificidad de 64%. Se observó diferencia entre grupo ISSEARCH <6.38 vs > 6.38: HbA1c 9.8 ± 1.3 vs 8 ± 1.4 , colesterol total 169 ± 40.7 vs 148 ± 24 , HDL 47 ± 11.3 vs 55.7 ± 11, LDL 87.8 ± 30.2 vs 76 ± 20.6, triglicéridos 127.5 (60-383) vs 74.5 (37-231) todos con p <0.05. CONCLUSIONES. 1. El ISSEARCH parecer ser el índice de RI que predice mayor riesgo cardio metabólico. 2. El punto de corte de nuestra población fue de 6.38, encontrando con este resultado, diferencia entre los factores cardio metabólicos. BIBLIOGRAFÍA: 1. Dabelea D, D'Agostino R, Mason C, West N, Hamman R, Mayer-Davis E et al. Development, validation and use of an insulin sensitivity score in youths with diabetes: the SEARCH for Diabetes in Youth study. Diabetologia. 2010;54(1):78-86. 2. Margeirsdottir H, Larsen J, Brunborg C, Øverby N, Dahl-Jørgensen K. High prevalence of cardiovascular risk factors in children and adolescents with type 1 diabetes: a population-based study. Diabetologia. 2008;51(4):554-561.

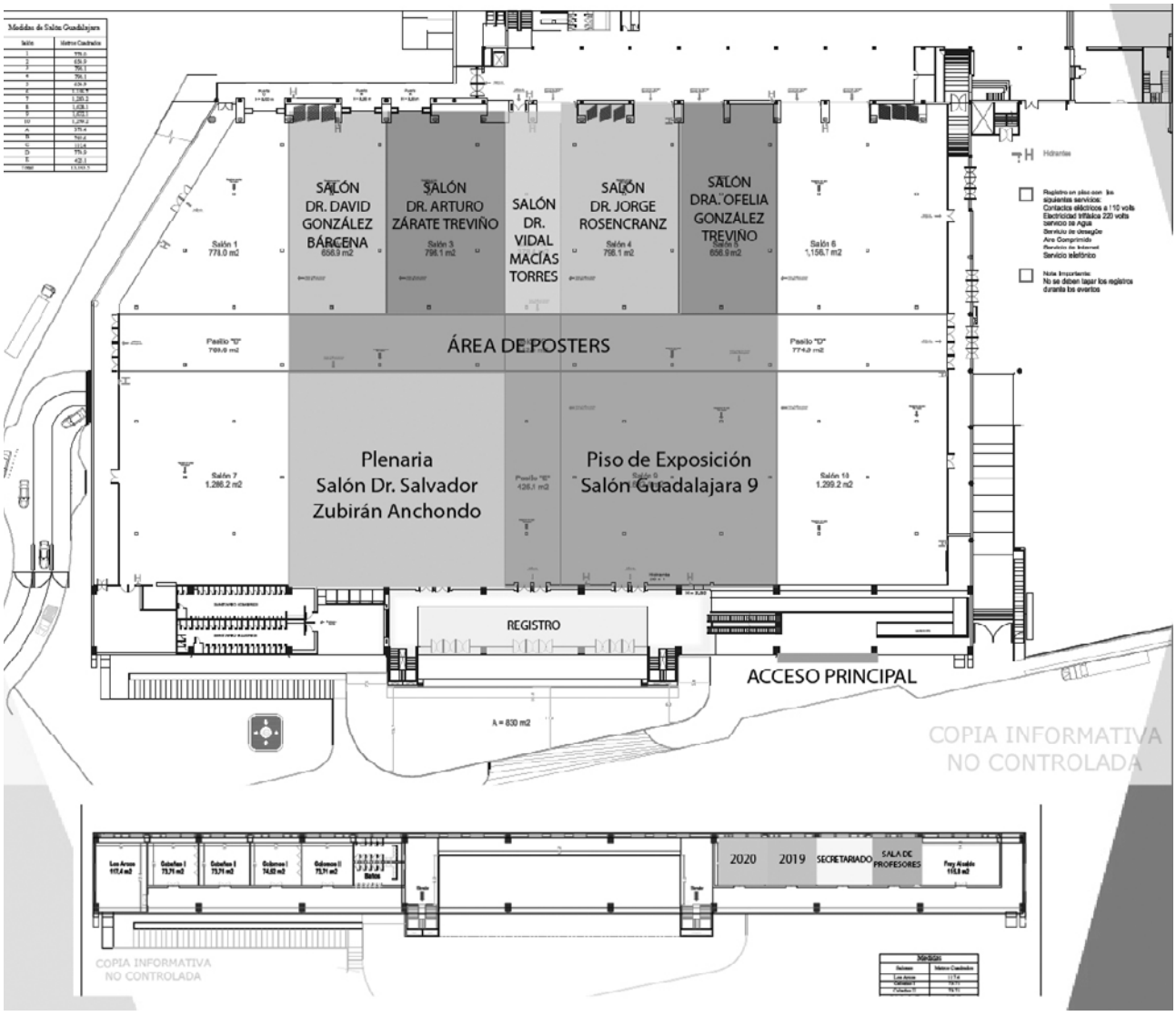
LIX CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE NUTRICIÓN Y ENDOCRINOLOGÍA AC
Guadalajara, Jalisco
Del 5 al 9 de noviembre de 2019

Centro de Convenciones




Cena de clausura
Dr. Gómez Mont
REGISTRO
SALON AFRICA


Salón Dr. Miguel Castañeda Domínguez Talleres
Salón Dr. Gustavo Vite Ruíz Talleres
Salón Dr. Mariano Beltrán Adame Talleres
Salón Dr. Hans Leo Porias Cuellar Talleres
SALON MEXICO II
SALON ASIA
SALON AFRICA
FOYER
Salón Dra. Cecilia Gutiérrez Talleres


SALÓN DR. DAVID GONZÁLEZ BÁRCENA
SALÓN DR. ARTURO ZÁRATE TREVIÑO
SALÓN DR. VIDAL MACÍAS TORRES
SALÓN DR. JORGE ROSENCRANZ
SALÓN DRA. OFELIA GONZÁLEZ TREVIÑO
ÁREA DE POSTERS
Plenaria
Salón Dr. Salvador Zubirán Anchondo
Piso de Exposición
Salón Guadalajara 9
REGISTRO
ACCESO PRINCIPAL
COPIA INFORMATIVA
NO CONTROLADA
2020
2019
SECRETARIADO
SALA DE PROFESORES
COPIA INFORMATIVA
NO CONTROLADA

Programa Académico

Jueves 7 de noviembre de 2019

07:30-08:30	*Salón Dr. David González Bárcena* *Coordinador: Dr. Alfonso Garduño Pérez* *Desayuno Simposio* *Última evidencia con Sitagliptina* *Dr. Guillermo González Gálvez*	*Salón Dr. Arturo Zárate Treviño* *Coordinador: Dr. Daniel Elías López* *Desayuno Simposio* *"Utilidad de la Resonancia Magnética en patología de hipófisis"* *Dr. Sergio Armando Barba Pineda*		*Salón Dr. Jorge Rosencranz* *Coordinador: Dr. Alfonzo Zapata Garrido* *Desayuno Simposio* *Es tiempo de romper el mito… Potencia con seguridad cardiovascular* *Dra. Ma. Del Rosario Arechavaleta Granell*	
08:30-08:45	**Inauguración y visita al área comercial**				
08:45-09:35	Salón: "Dr. Salvador Zubirán Anchondo" Plenaria Coordinador: Dra. Maricela Vidrio Velázquez Comorbilidades en acromegalia: de la hipertensión al cáncer Dr. Philippe Chanson				
09:45-11:15	Salón Dr. David González Bárcena SIMPOSIO DE NEUROENDOCRINOLOGÍA Coordinador: Dr. Daniel Cuevas Ramos Genómica, transcriptómica y proteómica en adenomas hipofisarios Dr. Daniel Marrero Rodríguez Alteraciones epigenéticas en adenomas hipofisarios Dr. Ashley Grossman Síndromes hereditarios de tumores hipofisarios Dra. Claudia Ramírez Rentería	Salón Dr. Arturo Zárate Treviño SIMPOSIO MANEJO HOSPITALARIO DE LA DIABETES TIPO 2 Coordinador: Dr. Jesús Ríos González, Dr. Ulises Pérez Hernández Manejo con agonistas del receptor de GLP1 e inhibidores de DPP4 Dr. Guillermo Umpierrez Uso del monitoreo intermitente de glucosa Dra. Karla Walkira Zamudio Coronado Relación costo beneficio de insulinas análogas de acción prolongada vs intermedia Dra. Claudine Szpilfogel		Salón Dr. Jorge Rosencranz SIMPOSIO ENDO SOCIETY ENDOCRINOLOGÍA REPRODUCTIVA Coordinador: Dr. Julio Mayorga Camargo, Dr. Alfredo Ulloa Aguirre Hipogonadismo congénito en varones. Mutaciones como causa de hipogonadismo congénito Dr. Alfredo Ulloa Aguirre ¿Existe la deficiencia androgénica en el adulto mayor? Dr. Alfredo Castillo Mora Beneficiosy riesgos de las diversas formulaciones de testosterona Dr. Richard Auchus	Salón Dra. Ofelia González Treviño SIMPOSIO FELAEN ADRENALES "Eje H-H-Suprarrenal en situaciones especiales" Coordinador: Dr. Pablo Fletcher Vázquez Causas celulares y genéticas de hiperaldosteronismo idiopático Dr. Alfredo A. Reza Albarrán Hiperplasia suprarrenal congénita durante el embarazo Dra. Alma Vergara López Cushing suprarrenal. Importancia de la prueba con dexametasona IV Dr. Gerson Giovany Andino Rios
11:15-12:15	***Trabajos orales, pósters y pósters comentados***				
12.15-13:00	ENCUENTRO CON EL PROFESOR Salón Dr. David González Bárcena Coordinador: Dra. Ma. Gabriela Rangel Sánchez Retos clínicos en el diagnóstico y tratamiento de prolactinomas Dr. Ernesto Sosa Eroza	ENCUENTRO CON EL PROFESOR Salón Dr. Arturo Zárate Treviño Coordinador: Dr. Sergio Herández Jiménez Redefiniendo el balance entre el control glucémico e hipoglucemia con insulinización basal Dra. Claudine Szpilfogel	ENCUENTRO CON EL PROFESOR Salón Dr. Vidal Macías Torres Coordinador: Dra. Ma. del Rosario Arechavaleta Granell Hipoglucemia y enfermedad cardiovascular en pacientes con diabetes tipo 2 Dr. Lawrence Leiter	ENCUENTRO CON EL PROFESOR Salón Dr. Jorge Rosencranz Coordinador: Dr. Julio Mayorga Camargo Hiperplasia suprarrenal congénita en la etapa de transición Dr. Richard Auchus	ENCUENTRO CON EL PROFESOR Salón Dra. Ofelia González Treviño Coordinador: Dr. Alejandro Romero Zazueta Aspectos olvidados de la diabetes: salud oral, vacunas y más Dr. Jaime Davidson
13:15-14:00	***Salón Dr. Salvador Zubirán Anchondo*** ***Plenaria*** ***Coordinador: Dra. Ma. Del Carmen Cravioto Galindo*** ***Abuso de esteroides anabólicos*** ***Dr. Richard Auchus***				

14:15 - 15:45	*Salón Dr. David González Bárcena* *Comida Simposio* *Coordinador: Dr. Fernando Lavalle González* *Posición Actual de los iSGLT2 en las Guías para el Manejo de la DM2: Una mirada profunda al corazón y al riñón.* *Dra. Ma. del Rosario Arechavaleta* *Dr. Rafael Violante Ortíz*	*Salón Dr. Arturo Zárate Treviño* *Comida Simposio* *Coordinador: Dr. Rogelio Zacarías Castillo* *El balance entre el control glucémico y el riesgo de hipoglucemia* *Dra. Paloma Almeda Valdés*		*Salón Dr. Jorge Rosencranz* *Comida Simposio* *Coordinador: Dr. René Rodríguez Gutiérrez* *Estudios de seguridad cardiovascular en pacientes con DM2: de la teoría a la práctica* *Dr. Lawrence Leiter*	
16:00-17:30		*Salón Dr. Arturo Zárate Treviño* *Simposio "Diabesidad, lipoinflamación y la importancia de la intervención dietética para su control* *Coordinador: Dr. Cesar Ochoa* *Introducción: Dr. Cesar Ochoa* *DIABESIDAD: Dr. Cesar Ochoa* *LIPOINFLAMACIÓN: Dr. Sergio A. Godínez Gutiérrez* *Importancia del Control del peso en pacientes con Diabetes Tipo 2* *Dra. Érika Karina Tenorio Aguirre* *Evidencia científica del uso de dieta cetogénica en el control del paciente diabético con obesidad.* *Dr. Francisco Nachón*		*Salón Dr. Jorge Rosencranz* *Simposio: Manejo del Hipogonadismo Femenino.* *Coodinadora: Dra. Hilda Valencia* *Manejo del Hipogonadismo en cáncer de mama* *Dra. María de Lourdes Morato Hernández* *Manejo del hipogonadismo con LES* *Dra. Ma. de Carmen Cravioto Galindo* *Manejo de la osteoporosis post-menopáusica* *Dr. Alfredo Álvarez López*	
	TALLERES				
16:00-19:00	Salón Dr. Miguel Castañeda Domínguez Coordinador: Dr. Alfredo Pérez Najera Taller Deficiencia de hormona de Crecimiento en el adulto Dra. Lesly Portocarrero Ortíz	Salón Dr. Mariano Beltrán Adame Coordinadora: Dra. Alma Rosa Álvarez Mendoza Taller Abordaje multidisciplinario de la DM2. Visión del endo, nefro y cardio. Endocrino: Dr. Lawrence Leiter Cardio: Dr. Carlos Fernández Barros Nefro: Dr. Alfonso Cueto Manzano Chairman: Dr. Juan Rosas Guzmán	Salón Dr. Gustavo Vite Ruiz Coordinador: Dr. Roberto Barrientos Taller estratificación de riesgo e hipertensión arterial Dr. Juan Carlos Garnica Cuéllar Dr. Eduardo Márquez Rodríguez Dr. Enrique Morales	Salón Dr. Hans Leo Porias Cuéllar Coordinador Dr. Salvador Pérez Plascencia Taller Formación de expertos en LibreView parte 1, aprendiendo a usar la plataforma LibreView, creación e interpretación de reportes. Dr. Fernando J. Lavalle González	Salón Dra. Cecilia María Gutiérrez Ávila Coordinadores: Dr. Carlos A. Aguilar Salinas, Dra. Ivette Cruz, Dr. Daniel Elías Taller diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias Sesion 1: Competencia: Identificar la etiología de una dislipidemia Metodología: Discusión de 3 casos clínicos Caso 1: Hipercolesterolemia aislada. Dr. Daniel Elias Caso 2: Hipoalfalipoproteinemia. Dr Carlos A Aguilar Salinas Caso 3: Hipertrigliceridemia aislada. Dra Ivette Cruz Sesión 2: Competencia: Proponer un plan de tratamiento para un caso con hipertrigliceridemia severa. Metodología: Discusión de un caso clínico Dra Ivette Cruz Sesión 3: Competencia: Proponer un plan de tratamiento farmacológico para un caso con hipercolesterolemia severa. Metodología: Discusión de un caso clínico Dr Carlos A Aguilar Salinas Sesión 4: Competencia: Proponer un plan de tratamiento para un caso con miopatía por estatinas. Metodología: Discusión de un caso clínico Dr. Daniel Elias

Viernes 8 de noviembre de 2019

07:30-08:30	*Salón Dr. David González Bárcena* *Coordinador: Dr. Fernando Lavalle* *Desayuno Simposio* *Nuevas evidencias entre el dulzor y la seguridad* *El papel de los receptores del dulzor y los edulcorantes* *Dr. Fernando Lavalle* *Niños: ¿Son seguros los edulcorantes?* *Dr. Brian Cavagnari Argentina*	*Salón Dr. Arturo Zarate Treviño* *Coordinador: Dra. Danely Sabelia Montoya Morales* *Desayuno Simposio* *Automatización pancreática en la práctica clínica* *Dr. Bruno Grassi Corrales*		*Salón Dr. Jorge Rosencranz* *Coordinador: Dra. Perla Carrillo González* *Desayuno Simposio* *"Estrategias actuales de vacunación en el paciente que vive con diabetes"* *Dr. Leonardo Mancillas Adame*	
08:30-08:45	**Visita al área comercial**				
08:45-09:35	**Salón Dr. Salvador Zubirán Anchondo** **Plenaria** **Coordinador: Dr. Moisés Mercado Atri** **La enigmática biología de los tumores neuroendocrinos** **Dr. Ashley Grossman**				
09:45-11:15	Salón Dr. David González Bárcena SIMPOSIO DE NEUROENDOCRINOLOGIA Coordinador: Dra. Guadalupe Vargas Ortega Mitos y realidades de la cabergolina Dr. Philippe Chanson Terapias emergentes en acromegalia Dr. Daniel Cuevas Ramos Terapias emergentes en enfermedad de Cushing Dra. Ana Laura Espinosa de los Monteros Utilidad real de la radioterapia en adenomas hipofisarios Dra. Lesly Aminta Portocarrero Ortíz	Salón Dr. Arturo Zárate Treviño SIMPOSIO EJERCICIO Coordinador: Dr. Valentín Sánchez Pedraza Prescripción de ejercicio en DM1 Dr. Manuel Antonio Cervera Cetina Uso de infusores de insulina y ejercicio en DM1 Dr. Bruno Grassi Corrales Prescripción de alimentación en deportistas de alto rendimiento con DM1 LN Paola Alonso de la Vega		*Salón Dr. Jorge Rosencranz* *SIMPOSIO LÍPIDOS* *Coordinador: Dr. Antonio Escalante Herrera* *Hipercolesteromia familiar: Contribuciones del estudio SAFEHEART* *Dr. Pedro Mata* *Avances en el estudio de la quilomicronemia* *Dra. Ivette Cruz Bautista* *Estudios innovadores y cambios en las guías* *Dr. Carlos A. Aguilar Salinas*	*Salón Dra. Ofelia González Treviño* *SIMPOSIO TIROIDES* *Coordinador: Dra. Ceres Araceli Ochoa Sosa, Dra. Aleida de Jesús Rivera Hernández* *Ultrasonido de tiroides, comparación y utilidad clínica de las diferentes clasificaciones TIRADS para decidir el manejo de los nódulos tiroideos* *Dra. Paulina Bezaury* *Abordaje quirúrgico más apropiado en el carcinoma diferenciado de tiroides* *Dr. Miguel Herrera Hernández* *Abordaje diagnóstico y manejo de los nódulos tiroideos y cáncer diferenciado de tiroides detectados durante el embarazo* *Dr. Phillip Bouchard*
11:15-12:15	**Trabajos orales, pósters y pósters comentados**				
12.15 -13:00	ENCUENTRO CON EL PROFESOR Salón Dr. David González Bárcena Coordinador: Dr. Alfredo Pérez Nájera Disruptores endócrinos en obesidad Dr. Pablo Fletcher	ENCUENTRO CON EL PROFESOR Salón Dr. Arturo Zárate Treviño Coordinador: Dr. Sergio Zúñiga Guajardo Guias AACE Dr. Guillermo Umpierrez Guias ALAD Dra. Araceli Díaz Polanco	ENCUENTRO CON EL PROFESOR Salón Dr. Vidal Macías Torres Coordinador: Dr. Alfredo Castillo Mora Patología endocrina en el embarazo Seguridad de los antitiroideos en el embarazo Dra. Lidia Arce Sánchez DM1 en embarazo con y sin microinfusora. Pros y contras Dra. Natalia Eloísa de la Garza Madre con HSCC Def 21-hidroxilasa. Manejo durante el embarazo Dra. Nayeli Martínez Cruz	*ENCUENTRO CON EL PROFESOR* *Salón Dr. Jorge Rosencranz* *Coordinador: Dra. Paloma Almeda Valdés* *¿Cómo identificar al paciente con hipercolesterolemia familiar?* *Dr. Pedro Mata*	*ENCUENTRO CON EL PROFESOR* *Salón Dra. Ofelia González Treviño* *Coordinador: Dr. Eduardo Márquez Rodríguez* *El uso del monitoreo continuo de glucosa MCG en la vida real* *Dr. Pieter Gillard*

13:15-14:00	**Salón Dr. Salvador Zubirán Anchondo** **Plenaria** **Coordinador: Dr. Sergio A. Godínez Gutiérrez** **Bases Moleculares de la obesidad** **Dr. Ya-Xiong Tao**				
14:15-15:45	*Salón Dr. David González Bárcena* *Comida Simposio* *Coordinador: Dra. Rutila Castañeda Limones* *Intensificación temprana en DM2 ¿por qué intensificar a nuestro paciente? ¿cuándo y cómo?* *Dra. Érika Tenorio Aguirre*	*Salón Dr. Arturo Zárate Treviño* *Comida Simposio* *Coordinador: Dra. Nitzia López Juárez* *La nueva sinergia y el control glucémico integral.* *Dr. Guillermo González Gálvez* *Dr. Eduardo Márquez Rodríguez*		*Salón Dr. Jorge Rosencranz* *Comida Simposio* *Coordinador: Dr. Agustín Madero Fernández del Castillo* *SEMAGLUTIDA: Redefiniendo el éxito terapéutico en Diabetes tipo-2* *Dr. Guillermo Umpierrez*	
16:00-17:30	*Salón Dr. David González Bárcena* *SIMPOSIO DE LA SJEN ENCOCRINOLOGÍA DEL SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO: CORRELACIÓN CLÍNICA* *Coordinador: Dra. Valeria Taylor Sánchez* *Endocrinología del Sistema Muscular* *Dr. Sergio A. Godínez Gutiérrez* *Sarcopenia: Bases Moleculares y Aspectos Clínicos* *Dra. María de Lourdes Sánchez-Aldana Robles* *Endocrinología del Remodelado Óseo* *Dra. Carolina Torres Anguiano* *Osteoporosis: Bases Moleculares y Aspectos Clínicos* *Dra. Lorena Valerdi Contreras*	*Salón Dr. Arturo Zárate Treviño* *SIMPOSIOS de Nutrigenética* *Coordinador: Dra. Ingrid Rivera* *Micronutrientes, nutrición celular y envejecimiento saludable* *Dr. Balz Frei* *Variaciones genéticas asociadas a obesidad y estrategias de tratamiento* *Dra. Maricruz Sepúlveda Villegas* *Alimentos mesaoamericanos como coadyuvantes en la Diabetes Mellitus 2* *Dra. en C. Ingrid Rivera Íñiguez*		*Salón Dr. Jorge Rosencranz* *SIMPOSIO DE PREVENCIÓN DE DIABETES:* *Coordinador: Dra. Margarita Torres Tamayo* *Manejo de la obesidad como prevención de diabetes* *Dr. Licio Velloso* *Prevención de diabetes tipo 2 en adultos* *Dr. Enrique Caballero* *Predicción temprana y prevención de complicaciones en diabetes tipo 1* *Dr. David Dunger*	
	TALLERES				
16:00-19:00	Salón Dr. Miguel Castañeda Domínguez Coordinador: Dr. Daniel Cuevas Ramos Taller de monitoreo de glucosa en el paciente tratado con insulina Dra. Araceli Díaz Polanco Dr. Daniel Cuevas Ramos	Salón Dr. Mariano Beltrán Adame Coordinador: Dr. José de Jesús Garduño García Taller estratificación adecuada de riesgo cardiovascular en el paciente diabético y preferencias terapéuticas seguras Dr. Fernando Reyes Cisneros Dr. José de Jesús Garduño García	Salón Dr. Gustavo Vite Ruiz Coordinador: Miguel Polanco Preza Taller de diabetes en el adulto mayor Dra. María del Rosario Arechavaleta Granell	*Salón Dr. Hans Leo Porias Cuéllar* *Coordinador: Dra. Hilda Valencia Ramírez* *Taller Formación de expertos en LibreView parte 1, aprendiendo a usar la plataforma LibreView, creación e interpretación de reportes.* *Dr. Fernando J. Lavalle González*	*Salón Dra. Cecilia María Gutiérrez Ávila* *Coordinador:* *Taller: Carelink en el análisis de casos complejos de la vida real en usuarios de microinfusora* *Dr. Bruno Grassi Corrales*

Sábado 9 de noviembre de 2019

07:00-07:50			*Salón Dr. Gustavo Vite Ruiz* *Grupo de Trabajo de Diabetes Mellitus* *Dr. Sergio Hernández Jiménez*	*Salón Dr. Hans Leo Porias Cuéllar* *Grupo de Trabajo de Nutriología* *Dra. Victoria Eugenia Bolado García*	*Salón Dra. Cecilia María Gutiérrez Ávila* *Grupo de Trabajo Endocrinología Reproductiva* *Dra. Lizeth Alonso Salvador*
07:50-08:40	Salón Dr. Miguel Castañeda Domínguez Grupo de Trabajo de Obesidad Dr. Valentín Sánchez Pedraza	*Salón Dr. Mariano Beltrán Adame* *Grupo de Trabajo de Tiroides* *Dra. Ceres Araceli Ochoa Sosa y Dra. Aleida de Jesús Rivera Hernández*	*Salón Dr. Gustavo Vite Ruiz* *Reunión RENACED"* *Dra. Raquel Noemí Faradji Hazán*	*Salón Dr. Hans Leo Porias Cuéllar* *Registro EPIACRO"* *Dr. Moisés Mercado Atri*	*Salón Dra. Cecilia María Gutiérrez Ávila* *Registro Hipercolesterolemia Familiar"* *Dr. Carlos A. Aguilar Salinas*
08:30-08:45	**Visita al área comercial**				
08:45-09:35	**Salón Dr. Salvador Zubirán Anchondo** **Plenaria** **Coordinador: Dra. Ceres Ochoa Sosa** **Pasado, presente y futuro de la Contracepción** **Dr. Philippe Bouchard**				
09:45-11:15	*Salón Dr. David González Bárcena* *Simposio EASD Diabetes tipo 1* *Coordinador: Dr. Pieter Gillard, Dra. Paloma Almeda Valdés* *Terapias complementarias en diabetes tipo 1* *Dr. Pieter Gillard* *Prevención de diabetes tipo 1* *Dr. David Dunger* *El camino al páncreas artificial* *Dr. Moshe Phillip*	*Salón Dr. Arturo Zárate Treviño* *Simposio de la Sociedad de Endocrinología Pediátrica:* *Disforia de género* *Coordinador: Dra. Blanca Estela Aguilar Herrera* *Discordancia de género en la infancia como diagnóstico de salud* *Dra. Ma. Fernanda Castilla Peón* *Tratamiento endocrinológico: cuándo y cómo iniciarlo* *Dr. Darío Jorge Mario Molina Díaz* *Perspectiva de derechos humanos en la atención a pacientes trans* *Lic. Margarita Castilla Peón*		Salón: Dr. Jorge Rosencranz Simposio Nutrición Coordinador: L.N. Victoria Eugenia Bolado García Enfermedad por hígado no graso y síndrome metabólico Dra. María del Pilar Milke García Abordajes dietoterapéuticos en el síndrome metabólico M. en C. Krystal Dennicé González Fajardo Mesa de Preguntas y Respuestas	
09:45-11:15			TALLERES Salón Dr. Gustavo Vite Ruiz Taller para residentes Jeopardy Diabetes, Hipertensión, Gota Dr. José Gotés, Dra. Valeria Taylor	TALLERES Salón Dr. Hans Leo Porias Cuéllar Taller de Ultrasonido de nódulo tiroideo Dr. Luis Felipe Sánchez Arriaga	TALLERES Salón Dra. Cecilia María Gutiérrez Ávila Taller revalorando el papel de las sulfonilureas a la luz de la nueva evidencia Coordinador: Dr. Fernando Lavalle González
11:30-12:15	**Trabajos orales, pósters y pósters comentados** **Dra. Esperanza Martínez Abundis**				
12:15 -13:00	*ENCUENTRO CON EL PROFESOR* *Salón Dr. David González Bárcena* *AACE DIABETES 1* *Coordinador: Dra. Raquel N. Faradji Hazán* *Transplante de páncreas, transplante de islotes (auto y alo transplantes) cuándo, dónde y por qué* *Dra. Sadhu Archana*	*ENCUENTRO CON EL PROFESOR* *Salón Dr. Arturo Zárate Treviño* *Coordinador: Dr. Daniel Cuevas Ramos* *La nueva era del monitoreo continuo intermitente.* *Dr. Udo Hoss*	*ENCUENTRO CON EL PROFESOR* *Salón Dr. Vidal Macías Torres* *Coordinador: Dr. Alejandro Romero Zazueta* *Manejo de la diabetes de la A a la Z* *Dr. Enrique Caballero*	*ENCUENTRO CON EL PROFESOR* *Salón Dr. Jorge Rosencranz* *Coordinador: Dr. Fernando J. Lavalle González* *El mundo cambiante de la nefropatía diabética en la era de los nuevos medicamentos anti-hiperglucemiantes* *Dra. Ofri Mosenzon*	*ENCUENTRO CON EL PROFESOR* *Salón Dra. Ofelia González Treviño* *Coordinador:* *Limitaciones en el diagnóstico bioquímico de la deficiencia y el exceso de la hormona de crecimiento* *Dr. Moisés Mercado Atri*
13:15-14:00	**Salón Dr. Salvador Zubirán Anchondo** **Plenaria** **Coordinador: Dr. Guillermo Umpierrez** **La importancia del manejo de la hipertensión en diabetes** **Dr. Vivencio Barros**				
14:15-15:45	**Clausura Expo Guadalajara**				

La Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, A.C. agradece a las siguientes compañías su apoyo irrestricto para la realización de este evento:

