

I Congreso Conjunto (EMDO) de la Sociedad Venezolana de Endocrinología y Metabolismo (SVEM), la Federación Nacional de Asociaciones y Unidades de Diabetes (FENADIABETES), la Asociación Venezolana para el estudio de la Obesidad (AVESO) y el X Congreso Latinoamericano de Obesidad (FLASO) 2011.

RESÚMENES DE ARTÍCULOS

CIENCIAS BÁSICAS

Rev Venez Endocrinol Metab 2011;9(3): 112-131

CB01. TALLA ALTA SECUNDARIA A HEMIHIPERPLASIA AISLADA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Marcos M. Lima¹, Mayela Guillén¹, Lilia Uzcátegui¹, Gloria Da Silva², Yajaira Briceño¹, Maracelly Mederico¹, Victor Gill

¹Unidad de Endocrinología. ²Unidad de Genética. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida- Venezuela.

Objetivo: El objetivo de este caso clínico es dar a conocer una causa poco frecuente de talla alta.

Caso Clínico: Escolar femenina de 7 años de edad con antecedente patológico de tumor de Wilms diagnosticado a los 11 meses de vida, quien es referida a la Unidad de Endocrinología del IAHULA por presentar desde el nacimiento asimetría del hemicuerpo derecho con respecto al izquierdo. Al examen físico se evidencia un peso de 25,500 Kg (P75-90), talla 137 cm (>P97), circunferencia cefálica 51,5 cm (P25-P50), índice de masa corporal 13,6 Kg/m² (P25-50), brazada 135 cm. Normocéfalo, con facies asimétricas, raíz y puente nasal anchos, narinas asimétricas (derecha de mayor tamaño), labios gruesos, paladar alto, asimetría de lengua (lado derecho de mayor tamaño), encías hipertróficas. Pabellones auriculares en asa. Cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen con cicatriz lineal en hipocondrio derecho que se extiende hasta epigastrio de 12 cm de longitud, no presenta visceromegalias. Vello púbico y mamas Tanner I, con asimetría de labios mayores. Extremidades asimétricas, con mayor longitud de hemicuerpo derecho, circunferencia del brazo derecho 18,5cm, circunferencia del brazo izquierdo 14

cm, circunferencia del muslo derecho 35 cm, circunferencia del muslo izquierdo 31 cm, longitud de las extremidades inferiores: derecha 74 cm, izquierda 70,5 cm. Escoliosis de columna vertebral con asimetría de omóplatos. Funciones neurológicas sin alteraciones. La hematología completa y química sanguínea no presentaban alteraciones. La radiografía de mano y muñeca izquierda reporta una edad ósea de 8 años. Se solicita eco pélvico que reporta útero de longitud 1,4 cm, antero-posterior 0,8 cm, transversal 1,7 cm, sin alteraciones.

Conclusiones: La hemihiperplasia es el crecimiento asimétrico de una o más regiones del cuerpo, y su incidencia se estima en 1 de cada 86.000 nacidos vivos. Esta entidad clínica es de aparición esporádica y ocurre por alteraciones en 11p15, principalmente por disomía uniparental paterna, o por defectos en la metilación de los genes LIT1 y H19, lo cual puede provocar sobreexpresión del IGF-2 causando además talla alta y mayor predisposición a neoplasias malignas de estirpe embrionario como tumor de Wilms.

Palabras clave: hemihiperplasia, hemihipertrofia, tumor de Wilms.

CB02. ¿SE LOGRA UNA MEJORA ESTATURAL EN ADOLESCENTES CON TALLA BAJA IDIOPÁTICA (ISS) Y CON DÉFICIT DE HORMONA DE CRECIMIENTO (GHD) TRATADOS CON HORMONA DE CRECIMIENTO (rhGH) Y UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROFINAS (GnRHα)?

Ana Colmenares¹, Laura González², Peter Gunczler², Roberto Lanes².

Centro Clínico San Cristóbal, San Cristóbal. ²Unidad de Endocrinología Pediátrica, Hospital de Clínicas Caracas, Caracas. Venezuela.

Objetivo: Evaluar el efecto del tratamiento con rhGH y GnRHα en la predicción de talla final (PTF) calculada después de 24 meses de tratamiento y en la talla casi final (TCF) en adolescentes con ISS y GHD.

Pacientes y métodos: Se evaluaron 20 adolescentes con ISS y 9 con GHD tratados con rhGH y GnRHα durante 24 meses (EC de 12±1.6 y 11.4±1.1 años, Tanner 2-3). Doce niños con ISS y 10 con GHD en pubertad temprana tratados solo con rhGH por 24 meses sirvieron como controles. La TCF fue definida como la talla correspondiente a una edad ósea de 14 años en niñas y 16 años en varones.

Resultados: Pacientes con ISS y GHD tratados con rhGH mejoraron su PTF (p<0.042) y su TCF (p<0.046). El tratamiento combinado en pacientes con ISS y GHD no produjo beneficios adicionales en la PTF (incremento de

7.9±4.9 cm con terapia combinada vs 7.3±6.0 cm con rhGH, en ISS y de 6.1±7.6 cm vs 6.4±6.6 cm respectivamente, en GHD), ni en la TCF. La TCF alcanzada por pacientes tratados con rhGH (ISS -0.1±1.9 SD, GHD -0.2±1.6 SD) o con terapia combinada (ISS -1.6±1.5 SD, GHD -1.4±2.1 SD), fue inferior a la PTF calculada después del tratamiento, en ambos grupos.

Conclusiones: A pesar de que el tratamiento combinado mejoró la PTF y la TCF de pacientes con ISS y GHD con pubertad temprana, este incremento no fue superior al de pacientes tratados solo con rhGH. La PTF a los 24 meses de tratamiento fue significativamente mayor que la PTF estimada al inicio del tratamiento. Sin embargo, la TCF alcanzada por ambos grupos fue significativamente inferior a la PTF estimada a los 24 meses de terapia.

CB03. EFECTO DEL ORIGEN PARENTAL DEL CROMOSOMA X SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, COMPLICACIONES ASOCIADAS Y RESPUESTA A DOS AÑOS DE TRATAMIENTO CON RHGH EN PACIENTES CON SÍNDROME DE TURNER

Francisco Álvarez-Nava¹, Roberto Lanes², Jose Quintero¹, Mirta Miras³, Hugo Fideleff⁴, Veronica Mericq⁵, Henry Marcano⁶, William Zabala¹, Marisol Soto¹, Joalice Villalobos⁷, Peter Gunczler², Nancy Unanue⁵, Miriam Llano⁴.

¹Unidad de Medicina Genética, Universidad del Zulia, Maracaibo-Venezuela; ²Unidad de Endocrinología, Hospital de Clínicas Caracas, Caracas-Venezuela; ³Departamento de Endocrinología y Laboratorio, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba-Argentina; ⁴Unidad Endocrinología, Hospital T Álvarez, Buenos Aires-Argentina; ⁵Instituto de Investigaciones Materno Infantil, Universidad de Chile, Santiago-Chile; ⁶División de Endocrinología, Hospital Domingo Luciani, Caracas-Venezuela; ⁷Departamento de Pediatría, Hospital de Especialidades Pediátricas, Maracaibo-Venezuela.

Objetivos. El síndrome de Turner (ST) se define como la combinación de talla baja, disgenesia gonadal, estigmas característicos y complicaciones asociadas a la pérdida total o parcial del segundo cromosoma sexual. Las características clínicas del ST son variables. El objetivo de este trabajo es estudiar el efecto del origen parental del cromosoma X sobre las características clínicas, complicaciones asociadas y la respuesta durante dos años de tratamiento con rhGH en pacientes con ST y cariotipo no-mosaico 45,X

Métodos. Trabajo mixto, multicéntrico, correlacional en seis diferentes hospitales de Latinoamérica donde se estudiaron 93 pacientes con ST y 45,X (18,4±7,8 años) y sus madres. Se determinó el origen parental del cromosoma X a través de STRs por PCR y se correlacionó su origen con las características clínicas incluyendo datos antropométricos, malformaciones congénitas, perfiles bioquímicos y velocidad de crecimiento al comienzo y al final de dos años de tratamiento rhGH.

Resultados. Sesenta y siete (72%) de las pacientes retuvieron

el cromosoma X materno (Xm). Se observó una correlación significativa entre la talla materna y la talla de las pacientes ($p \leq 0,05$) en sujetos 45,Xm. No hubo correlación entre la talla paterna y talla de las pacientes en las distintas etapas del desarrollo. No se observaron diferencias entre los grupos (45,Xm vs 45,Xp) con respecto a características dismórficas y malformaciones internas o incremento del SDS-talla después de rhGH. Se observaron mayores niveles séricos de triglicéridos, colesterol total y LDL en pacientes >20 años que retuvieron el Xm.

Conclusiones. Aunque no hemos encontrado ningún efecto del origen parental del cromosoma X sobre las características clínicas en pacientes con ST, es posible, sin embargo, que el origen parental del cromosoma X materno influya en el crecimiento lineal y el metabolismo lipídico en pacientes con ST.

Palabras clave. Síndrome de Turner, Origen Parental, Impronta Genómica, Tratamiento con de Hormona de Crecimiento.

CB04. REVISIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE TURNER EVALUADOS EN EL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL J.M. DE LOS RÍOS DESDE ENERO 2005 HASTA SEPTIEMBRE 2010.

Ana M. García P, Luz M. Rondón F, Mónica D. Navarro A., María E. Velásquez B, Marvelys Perez, Angela Farias.

Servicio de Endocrinología. Hospital de Niños "J.M. de los Ríos". Caracas, Venezuela.

Objetivo: EL Síndrome de Turner (ST) puede definirse como la combinación de rasgos fenotípicos con ausencia total o parcial de un cromosoma X, con o sin mosaicismo celular. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas de las pacientes con ST evaluadas en el servicio de Endocrinología entre Enero 2005 a Septiembre 2010.

Métodos. Se realizó estudio retrospectivo, transversal, descriptivo obteniendo información de las historias clínicas. Las variables evaluadas: motivo de referencia, edad de consulta, cariotipo, signos clínicos presentes y patologías asociadas.

Resultados. Se evaluaron 69 pacientes. La edad promedio de la primera evaluación endocrinológica: 11,92 ± 2,23 años. Talla baja fue motivo de referencia en 48,78%. El 69,57% tenían

cariotipo 45 XO. En las pacientes con monosomía prevalecieron las patologías cardíacas (30,3%). En 50% de los mosaicos encontramos patologías tiroideas. La talla baja fue el signo clínico predominante en todas las pacientes; encontrándose en 81,25% de las pacientes 45XO y en 90,44% de los mosaicos.

Conclusiones. El 69,5% de la muestra correspondió al cariotipo 45XO. La talla baja es el signo clínico predominante en todas las pacientes. Las enfermedades cardiovasculares se asociaron con mayor frecuencia a monosomías y las patologías tiroideas a los mosaicos.

Palabras clave: Síndrome de Turner, Mosaicismo, Talla baja, Monosomía.

DIABETES MELLITUS

DMO1. CARDIOMIOPATÍA ASOCIADA A LIPODISTROFIA y DIABETES MELLITUS. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Alba Salas P¹, María A Verge², Arianne Perez³, Franklin Molina⁴, Ely Velázquez-Maldonado².

¹Universidad de los Andes. Facultad de Farmacia y Bioanálisis. ²Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Unidad de

Endocrinología. ³Universidad de Los Andes. Facultad de Odontología. ⁴Universidad de los Andes. Facultad de Medicina. Mérida-Venezuela.

Objetivo: presentación de un caso clínico de lipodistrofia asociada con cardiomiopatía y diabetes mellitus tipo 2.

Caso Clínico: paciente femenino de 48 años, consulto a la edad de 27 años por aumento de volumen de manos y pies, diaforesis, cefalea y engrosamiento de la piel de 5 años de evolución. Menarca a los 13 años, oligo-hipermenorrea. Examen físico: IMC: 25Kg/m², hábito corporal androide con predominio escapular, hipertrofia muscular en extremidades, trayectos venosos prominentes; acantosis nigricans importante en cuello, axilas y superficies articulares. Semiología cardiovascular y abdominal normal. Diagnóstico de ingreso: Síndrome acromegaloide en estudio. Laboratorio indicó intolerancia a la glucosa y posteriormente DM2; hipertrigliceridemia con HDL-C baja. Transaminasas normales. Hormona de crecimiento basal y durante la carga de glucosa oral: respuesta suprimida. Bajo tratamiento con pioglitazona la glucemia fue normal con valores de insulina máximos >300uUI/mL. Prolactina y hormonas

tiroideas normales. Testosterona total elevada. Ha recibido tratamiento con metformina, pioglitazona y glibenclamida/metformina. Para el año 2011 la paciente sigue controles médicos por DM2 y al examen físico persisten rasgos acromegaloideos, acantosis nigricans, lipoatrofia central y periférica con abdomen globuloso y hepatomegalia. Poco desarrollo mamario; no hirsutismo; presión arterial normal, RsCsRs con SS en foco aórtico. Ultrasonido abdominal: hepatomegalia, esteatosis. ECG y EcoCardiografía: hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia aortica.

Conclusiones: el presente caso muestra las características clínicas y bioquímicas sugestivas de un síndrome de lipodistrofia adquirida con resistencia insulínica, DM2, dislipidemia, lipoatrofia generalizada, hepatomegalia y cardiomiopatía no descompensada.

Palabras Claves: Lipodistrofia-Diabetes Mellitus tipo 2-Cardiomiopatía

DMO2. ACTIVADORES DE PLASMINOGENO EN DIABETICOS CON DAÑO RENAL

Baiza-Gutman L¹, Martínez-Hernández G¹, Gutiérrez-Rodríguez M², Cruz M², Díaz-Flores M²

Unidad de Morfofisiología de la FES-Iztacala, UNAM¹, Unidad de Investigación Médica en Bioquímica. CMN Siglo XXI IMSS. México

Objetivo Determinar los cambios en el contenido plasmático de activadores de plasminógeno en pacientes con diferentes grados de nefropatía diabética y establecer si hay diferencias dependientes del género.

Métodos Pacientes diabéticos con edades de 62 a 69 años tanto hombres como mujeres, sin daño renal o con nefropatía grados 1, 2, 3 y 5 fueron seleccionados. Se obtuvo el plasma sanguíneo, se le determinó la concentración de proteínas y se procedió a realizar zimografía en geles de poliacrilamida copolimerizados con caseína y plasminógeno, posteriormente se realizó el análisis densitométrico de las bandas con actividad caseínolítica dependiente del plasminógeno.

Resultados Los dos activadores de plasminógeno, uPA y tPA se presentaron en el plasma de hombres y mujeres, en los hombres la concentración del tPA plasmático fue similar en pacientes sin

y con nefropatía, no así para el uPA; ya que se observó una disminución significativa en su concentración plasmática en los pacientes con nefropatía grado 5. En las mujeres con nefropatía grado 5 se observa un incremento tanto para uPA como para tPA. En los pacientes sin nefropatía, la concentración plasmática de uPA y tPA fue mayor en los hombres que en las mujeres.

Conclusiones Se encontraron diferencias relacionadas con el género en el contenido de activadores de plasminógeno en el plasma y en los cambios del mismo asociados con la nefropatía diabética. Las alteraciones en la concentración plasmática de activadores del plasminógeno puede deberse a la presencia de un estado inflamatorio en las etapas más avanzadas de nefropatía.

Palabra clave Diabetes, nefropatía, activadores de plasminógeno, zimografías.

DMO3. DETECCION DE MMP-2 Y MMP-9 EN DIABETICOS CON DAÑO RENAL

Martínez-Hernández G¹, Gutiérrez-Rodríguez M², Díaz-Flores M², Cruz M², Baiza-Gutman L¹.

¹Unidad de Morfofisiología de la FES-Iztacala, UNAM, ²Unidad de Investigación Médica en Bioquímica. CMN Siglo XXI IMSS. México

Objetivo Determinar los cambios de MMP-2 y MMP-9 en el plasma de pacientes con diferentes grados de nefropatía diabética y analizar si estos son dependientes del género.

Métodos Pacientes diabéticos con edades de 62 a 69 años tanto hombres como mujeres, sin daño renal o con nefropatía grado 1, 2, 3 y 5 fueron seleccionados, se obtuvo el plasma, se determinó la concentración de proteínas y se procedió a realizar zimografía en geles de poliacrilamida copolimerizados con gelatina para determinar la presencia de enzimas con actividad gelatinolítica, evaluándolas posteriormente por análisis densitométrico.

Resultados La concentración de la MMP-9 en los hombres fue similar en el grupo sin daño renal o nefropatía grado 1 y aumenta significativamente en pacientes con nefropatía grado 3 y 5, en esta última se presenta en alta proporción la forma

activa de la enzima. La concentración plasmática de MMP-2 fue similar independientemente del grado de nefropatía. En las mujeres sin nefropatía la concentración plasmática de MMP-9 fue menor que en los hombres, su concentración no cambia con la nefropatía grado 1 y aumenta significativamente con la nefropatía grado 5, mientras que para la MMP-2 se observa un ligero incremento asociado a la nefropatía grado 5.

Conclusiones Se ha sugerido que la expresión de MMPs y su activación contribuyen al daño renal en la ND. La sobreexpresión de las proteasas o la presencia de un estado inflamatorio pueden resultar en el aumento en los niveles y actividad de estas proteasas en las etapas más avanzadas de nefropatía.

Palabras clave: Proteasas, Nefropatía diabética, matriz extracelular, metaloproteinasas de matriz

DMO4. ALTERACIONES DE LOS PARÁMETROS GLUCÉMICOS EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO SIN DIAGNÓSTICO PREVIO DE DIABETES.

Urdaneta- Carruyo Geritza^{1,3}, Suarez- Acosta Luis², Sindas Maribel^{1,3}, Suarez- Urdaneta Luis³.

¹ Instituto Zuliano de Diabetes, Hospital general del Sur. Maracaibo, Venezuela. ² Servicio de cardiología, Hospital general de Sur. Maracaibo, Venezuela. ³ Universidad del Zulia. Venezuela.

Objetivos: La hiperglucemia es un factor de riesgo cardiovascular. La disregulación de la glucosa es común en pacientes agudamente enfermos, manifestándose por cifras elevadas de glucemia. El propósito del estudio fue determinar la presencia de alteraciones de los parámetros glucémicos en pacientes sin diabetes conocida con diagnóstico de síndrome coronario agudo.

Métodos: Se estudiaron 63 pacientes, se determinó la glucemia de ingreso, troponina, promedio de glucemia intrahospitalaria, perfil lipídico, insulinemia, HOMA IR, A1c, PTGO y coronariografía.

Resultados: 33 (52.38%) presentaron angina y 30 (47.61%) infarto. El promedio de la glicemia de ingreso fue 121.09±34.48 mg/dl y el promedio de las glicemias durante la hospitalización fue 107.13±23.79 mg/dl. 45%(n= 29) presentaron alteraciones glucémicas, 34.9%(n=22) resultaron intolerantes, y 11.1%(n=7) resultaron diabéticos. La glucemia al ingreso fue mayor en intolerantes (122.27±28.12mg/dl) y diabéticos (162.57± 64.74 mg/dl) Vs normales (111.79±22.6 mg/dl), (p< 0.001). La diabetes se diagnosticó en 28%(n=2) por glucemia en ayuno y 71%(n= 5) según PTGO. En el

grupo intolerante 50%(n=11) pacientes fueron diagnosticados por glucemia en ayunas y 50%(n=11) según la PTGO. El promedio de glicemia durante la hospitalización fue más alto en intolerantes (110.27±13.93mg/dl) y diabéticos (146.77±48.59 mg/dl) Vs los normales (96,959±8.03mg/dl), (p<0.001). El promedio de insulinemia en ayunas fue más alto en los diabéticos (56.10 ±77.85µU/ml), seguido por el grupo normal (14.54±9.39µU/ml), Vs intolerantes (13.38±5.72µU/ml), (p<0.001).El HOMA-IR fue más alto en diabéticos (5.20±3.21µU/ml), e intolerantes (3.51±1.36), Vs los normales (3.16±1.96), p<0.04). La A1c fue mayor en diabéticos (6.2%±0.76), seguido por los intolerantes (5.6%±0.52) Vs los normales (5.34%±0.42), p<0.01. El número de arterias coronarias obstruidas fue mayor en los diabéticos (1.79±0.95) e intolerantes (1.45±0.90) que en los normales (1.14±0.70), (p<0.05).

Conclusiones: Las alteraciones glucémicas son frecuentes en sujetos con síndrome coronario agudo.

Palabras claves: Síndrome coronario agudo, hiperglucemia, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus, resistencia a la insulina.

DMO5. NUEVA HERRAMIENTA EN EL MONITOREO CAPILAR BASADO EN NANOTECNOLOGIA

Suniaga María¹, Sánchez Jesús²

¹Unidad Endocrinológica CIMA. Puerto Ordaz, Venezuela. ²Universidad Experimental de Guayana. Puerto Ordaz, Venezuela.

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades metabólicas que demanda cuidados específicos y controles sucesivos. En los últimos años se le ha otorgado mayor importancia al monitoreo, ejecutado por el paciente, sin presencia del especialista, siendo necesaria la supervisión constante por el médico tratante y básico para los cambios sucesivos en el tratamiento de la enfermedad. Si bien la Hb A1C es el método del buen control más importante, el monitoreo capilar del paciente constituye una herramienta útil en el día a día y es un método mediante el cual el paciente no requiere del traslado a un centro o laboratorio alejado de su residencia, para conocer la realidad actual de su control metabólico, sin embargo este control diario causa cierto malestar físico y mental, por lo cual se ha tratado de buscar otros métodos a fin de eliminar el “pinchazo”, pero las soluciones ofrecidas, no son muy confiables. Es por lo cual surgió la presente propuesta, de la creación de bandas reactivas especiales basadas en nanotecnología y compuestos por capilares que imitan la probóscide del mosquito hembra, capaces de sustraer sangre sin necesidad de lancetas u otro dispositivo punzante, y que la misma cinta sea colocada en el glucómetro y ser leída directamente. Para que esta propuesta fuese llevada a la realidad se realizó una amplia investigación de los nanotubos de carbono y la semejanza con la picadura de un insecto, que sirvió de inspiración en el proyecto, igualmente con el primer diseño se comparó la sensibilidad capilar de los dispositivos actuales con este nuevo método en 20 pacientes, usando una escala del dolor enumerada del 1 al 10 desde menor a mayor respuesta dolorosa, resultando igual capacidad analítica con menor dolor y menor costo, lo cual ofrece una alternativa sencilla, económica y segura en el monitoreo capilar.

Hasta la actualidad los dispositivos tradicionales se basan en

su mayoría en una reacción química de Glucosa mas Enzima (Glucosa-oxidasa) en los que uno de los productos finales (Peróxido de Hidrógeno) es medido, y así se obtiene la glicemia indirectamente, la nanotecnología ha sido investigada por Michael Srano quien se basa en el uso de nanotubos de carbono envueltos en un polímero que forma una nanopartícula que es sensible a la concentración de Glucosa, midiendo así la fluorescencia de los nanotubos de Carbono, que se relacionan directamente con la Glucosa.

Objetivos. “Mejorar la experiencia de la extracción de muestras de sangre para los análisis de glicemia por medio de glucómetros en personas diabéticas”. Cambiar los materiales de elaboración de las bandas reactivas para obtener un mejor rendimiento y confiabilidad. Crear bandas reactivas que sean capaces de tomar muestras de sangre directamente de las personas de forma indolora y sin necesidad de usar lancetas. Eliminar los riesgos biológicos.

Métodos. Conversión de la concentración de glucosa en una señal de corriente, lo cual es posible usando los nanotubos de carbono y Cintas reactivas especiales LCJS. Grados C150 y C150HP.

Resultados. Se utilizó las cintas reactivas en 20 pacientes y mediante una escala del dolor enumerada del 1 al 10 desde menor a mayor respuesta dolorosa, resultó igual capacidad analítica con menor dolor y menor costo.

Conclusiones. Las tiras reactivas especiales basadas en nanotecnología mejoran a la calidad de vida de las personas que padecen diabetes, ya que eliminan el dolor de tomarse las muestras de sangre, Los pacientes podrán apegarse mas al control de su glicemia.

Palabras clave. Nanotubos, monitoreo capilar, bandas reactivas, cintas LCJS, nanotecnología, C150 y C150HP.

DMO6. DIABETES MELLITUS Y SINDROME METABOLICO EN ETNIA KARIÑA POST- CAMBIO DE ESTILO DE VIDA

Suniaga María¹, Daza Miguel²; Valero Henry³

¹Unidad Endocrinológica CIMA. Puerto Ordaz, Venezuela. ²Universidad de Oriente, Ciudad Bolívar, Venezuela. ³ROTARY Cachamay, Puerto Ordaz, Venezuela.

Se estudió una comunidad indígena localizada en las adyacencias de la población de Tumeremo, en el Estado Bolívar, a quienes se les cambió, su estilo de vida, el cual, anteriormente estaba basado en ingesta propia de su etnia, como el consumo de pescado y vegetales, que ellos mismos cultivaban, constituyendo esta actividad, una práctica opuesta al sedentarismo que actualmente. Se observa la falta de la necesidad de movilizarse para la búsqueda de alimentos, por la facilidad de haberseles garantizado, el consumo de alimentos farináceos, que les son donados, por autoridades gubernamentales y religiosas de la región, ha traído como consecuencia el desarrollo de Síndrome Metabólico y Diabetes en esta Población. A un importante porcentaje (8% del Universo) se le pesó, se midió la cintura y se realizó despistaje de Diabetes, mediante el uso de Glicemia capilar, a otro grupo se les determinó Glicemia en ayunas y post prandial, así como Insulina en ayunas y post prandial, observándose aumento de Glicemia superior a 200, diagnósticos compatibles con Diabetes Mellitus tipo 2 y Síndrome Metabólico, totalizando un porcentaje superior al 3% de la población estudiada actualmente se ha programado y cumplido:

- 1 Educación Diabetológica: Una vez al mes.
- 2 Control de Glicemia capilar post prandial mensual.
- 3 Apoyo logístico de actividades deportivas.
- 4 Aporte de Medicamentos y despistaje mensual.

Objetivos. Estudiar las condiciones físicas y metabólicas sometidas al CEV. Permitir el desarrollo del la DM, en la población restante. Educación diabetológica para los pacientes y familiares.

Métodos. Estudiar una población indígena sometida a CVE. Encuesta hábitos alimenticios y actividad física, determinación de Glicemia capilar, insulina. Medidas antropométricas.

Resultados. Se estudiaron 120 personas, con resultados de: 45 personas portadoras de DM (37,5 %), 60 personas con sobrepeso (50%) y el resto sanas (12,5%).

Conclusiones. Todo cambio de estilo de vida trae como consecuencia trastornos metabólicos en cualquier población que pueden ser irreversibles si no se previenen.

Palabras clave. Diabetes Mellitus, Síndrome Metabólico en Kariña, Cambio estilo de vida.

DMO7. CARACTERIZACION CLINICO EPIDEMIOLOGICA DE LOS PACIENTES DE LA CONSULTA ESPECIALIZADA DE PIE DIABETICO. DEPARTAMENTO DE ENDOCRINOLOGIA HOSPITAL MILITAR DR. CARLOS ARVELO, CARACAS VENEZUELA.

Mena María, Andrades Xiomira, Brito Sara, Contreras Beatriz, Ramírez Maricela, Ovalles María, Vera Liliana, Gil Marlen.

Departamento de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas del Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo. Caracas, Venezuela.

Objetivo: Determinar las Características Clínico Epidemiológicas de los pacientes que acudieron a la Consulta Especializada de Pie Diabético, Departamento de Endocrinología Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” Caracas.

Materiales y métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo y retrospectivo en donde se revisaron 150 historias de la consulta de pie diabético, se aplicó un instrumento tipo encuesta en el cual se recolectaron los siguientes datos: género, edad, grado de instrucción, tipo de diabetes, complicaciones, valor de HbA1c, tratamiento, enfermedades asociadas, tiempo de enfermedad, monitoreo de glicemia mediante uso de glucómetro.

Resultados: Se encontraron 150 historias correspondiendo (55%) al sexo masculino. El (58%) de los casos tuvo un tiempo de enfermedad mayor de 10 años, La enfermedad concomitante

mas común fue Hipertensión Arterial (48%) la complicación mas frecuente fue la neuropatía periférica en (30%) seguida de nefropatía diabética (22%) y la retinopatía diabética (13%) el valor de HbA1c promedio fue (8,5%) el (28%) de los pacientes presenta dislipidemia asociada, solo el (37%) presento autocontrol y monitoreo con glucómetro, el (23%) de los pacientes amerito amputación de algún miembro y presentaban un tiempo de evolución de la enfermedad mayor a 5 años.

Conclusiones: El pie diabético y la neuropatía periférica representan las principales complicaciones macro y microvasculares de la diabetes es sabido que asociado a otras enfermedades y mal control metabólico aumentan el riesgo de morbimortalidad.

Palabras Claves: Diabetes, complicaciones, Hipertensión.

DMO8. EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DIABETES Y FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE PIE DIABÉTICO.

Brito Sara, Mena María Gabriela, Vera Liliana, Andrades Xiomira, Contreras Beatriz, Gil Marlen, Ramírez Maricela, Ovalles María A., Díaz Laura, Bolívar Yulimar, Carvajal Andrea, Vargas Jean.

Departamento de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas. Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Caracas, Venezuela

Objetivos: La Diabetes Mellitus tiene un alto índice de complicaciones crónicas, entre éstas, el Pie Diabético. Es importante que los pacientes conozcan los factores de riesgo para desarrollar las lesiones. El objetivo de éste trabajo es evaluar el nivel de conocimiento de pacientes sobre la Diabetes Mellitus y los factores de riesgo para desarrollar pie diabético.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, aplicando un instrumento, tipo encuesta, en enero de 2011, donde se evaluó el conocimiento en los siguientes tópicos: generalidades sobre Diabetes Mellitus, autocontrol de la enfermedad y factores de riesgo para el desarrollo de pie diabético. Se dio valor a cada respuesta y se determinó cuantitativamente el nivel de conocimiento.

Resultados: Se entrevistaron 95 pacientes diabéticos entre 18 y 83 años de edad, que acuden a las distintas consultas del servicio de endocrinología de éste Hospital; 44 (46%) pacientes masculinos y 51 (64%) femeninos, 90 (90,73%) con

Diabetes Mellitus tipo 2 y 5 (5,26%) con tipo 1. Con respecto a lo evaluado, se evidenció que el 85,30% de los pacientes respondieron correctamente a las preguntas relacionadas con conocimiento general sobre la Diabetes Mellitus, el 85,75% respondió adecuadamente a las preguntas que evaluaban el autocontrol de la enfermedad y en cuanto al conocimiento de los factores de riesgo para el desarrollo de pie diabético, el 83,06% respondió correctamente a las preguntas.

Conclusiones: El conocimiento de los pacientes sobre los factores de riesgo para desarrollar pie diabético es menor que el conocimiento sobre la Diabetes en general. Las preguntas en las que se encontró mayor desconocimiento, fueron las relacionadas específicamente con el cuidado de los pies. No hubo diferencias entre los pacientes de las diferentes consultas. Se deben desarrollar programas educativos sobre la prevención del pie diabético.

Palabras Clave: Pie diabético, conocimiento sobre pie diabético, Diabetes Mellitus

EDUCACIÓN

E01. CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO PARA ENFERMERÍA: INSULINAS DE LA ORDEN MÉDICA A LA CABECERA DEL PACIENTE.

María Alejandra Aponte Farías, Yaraima Franco, Carmen Rodríguez, María Luisa Francis. Clínica Santa Sofía. Caracas. Venezuela.

El personal de enfermería tiene la responsabilidad de implementar el tratamiento prescrito por los médicos tratantes. Estos pueden tener dificultades en su ejecución si no comprenden la técnica ni los objetivos de la intervención. Con la finalidad de optimizar la atención del paciente hospitalizado, se diseñó un curso teórico-práctico dirigido al cuerpo de enfermería de la Clínica Santa Sofía.

Objetivo General: Promover la formación diabetológica para impulsar la toma de decisiones y resolución de problemas comunes en el paciente diabético hospitalizado.

Objetivos Específicos: Informar cuánto tiempo debe transcurrir

entre la inyección y la comida. Determinar la frecuencia del monitoreo capilar e importancia de su registro en la historia. Fomentar la comunicación médico- enfermería- paciente-familiar. Reforzar la necesidad de individualizar los esquemas terapéuticos.

Método y contenido: Se dividió el grupo en 2 tandas (Matutina y vespertina). Se dictaron 4 charlas de 30 minutos sobre: 1.- Diabetes: Conceptos básicos. Fisiopatología y objetivos del tratamiento. 2.- Insulinas: Historia, tipos y mecanismo de acción. 3.- Tipos de inyectoras y “flexpen”. 4.- Importancia del monitoreo capilar. 5.- El éxito del trabajo en equipo.

Se estructuraron estaciones prácticas para capacitar en: Uso de glucómetros, inyectoras de insulina, uso de nuevos dispositivos, sitios de inyección. Se contó con el financiamiento tanto de la Clínica como de la industria farmacéutica.

Resultados: Los enfermeros participaron activamente aclarando sus dudas y contando sus experiencias.

Conclusiones: Ningún miembro del equipo de salud debe trabajar de forma aislada. La destreza y educación de enfermería guarda estrecha relación con el nivel de satisfacción del paciente y el desenlace de su hospitalización. Se decidió programar el curso anualmente.

Palabras clave: Diabetes, Insulinas, Curso, Hospitalizados, Clínica Santa Sofía.

E02. UNIDAD DIAGNÓSTICA E INTERVENCIONISTA DE LA PARATIROIDES Y TIROIDES- UDIPATI.

María Alejandra Aponte Farías, Franklin Ablan, Muriel Delgado, Karla Rivas, Irene Stulin, Marilyn Cordero, Isis Campos, Iralí Salazar.

Servicio de Endocrinología. Hospital Vargas. Caracas. Venezuela.

El Servicio de Endocrinología del Hospital Vargas fundó en 1985 la Clínica de Tiroides, programa docente que semanalmente reunía a los Servicios de Cirugía, Anatomía Patológica, Radiología e invitados de Medicina Nuclear para la discusión de casos de interés. Más de 20 años de experiencia y la frecuencia de las enfermedades tiroideas, motivaron al desarrollo del curso de ampliación: Especialista en Tiroidología.

Objetivo Principal: Estructurar una Unidad dirigida a la atención hospitalaria de pacientes con patología de la tiroides y paratiroides.

Objetivos Específicos: Incorporar el ultrasonido del cuello en la práctica endocrinológica. Difundir el conocimiento sobre las enfermedades de tiroides y paratiroides entre los pacientes y público general, por medio de la elaboración de boletines trimestrales, charlas y carteleras. Entrenar a los residentes del postgrado de endocrinología y del curso de ampliación de tiroidología en los aspectos clínicos de la patología tiroidea y paratiroidea, incluyendo la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos intervencionistas (Punción

aspiración de nódulos tiroideos y/o adenopatías, esclerosis de nódulos quísticos, entre otros). Actualizar el registro de pacientes con cáncer de tiroides del Servicio de Endocrinología del Hospital Vargas.

Método: Las fases del proyecto fueron: Planteamiento y diseño, Financiamiento, Espacio funcional, Adquisición del equipo de ultrasonido y mobiliario, Implementación y Controles de calidad.

Resultados: UDIPATI está en funcionamiento desde enero de 2011. Se realizan en promedio 10 ecos de tiroides semanales, 25 punciones mensuales. Cuenta con 2 boletines informativos en circulación y está en proceso el registro de los pacientes con cáncer de tiroides.

Conclusiones: UDIPATI ha permitido el diagnóstico más rápido y preciso tras la incorporación del equipo de ultrasonido. Los datos recogidos darán base para investigaciones a futuro. Es portal de educación para la comunidad.

Palabras clave: Tiroides, Paratiroides, Educación, UDIPATI, Hospital Vargas.

E03. PROGRAMA MOTIVACIONAL: “PACIENTE ESTRELLA”, COMO ESTRATEGIA DE CONTROL EN DIABÉTICOS.

María Alejandra Aponte Farías¹, Iralí Salazar², Elizabeth Muñoz³, José Labrador³, Yusmay Huérfano⁴.

¹ Internista-Endocrinólogo. ² Lic. Enfermería. ³ TSU Enfermería. ⁴ TSU Laboratorio. Servicio de Endocrinología. Hospital de Vargas. Caracas. Venezuela.

Es indiscutible la importancia de la educación en el tratamiento del paciente con diabetes mellitus, así como del trabajo multidisciplinario en equipo. Lograr cambios permanentes en comportamientos ya establecidos, no es una meta a corto plazo, pero la incorporación de estrategias que entrenen y motiven a los pacientes podrían facilitar su consecución. Aquellos que están haciendo las cosas bien, deben recibir un refuerzo positivo.

Objetivos: Desarrollar un programa que premie al paciente diabético por su buen control metabólico. Promover la participación activa del paciente diabético en su control satisfactorio. Enseñar aspectos fundamentales para la resolución de problemas cotidianos. Incorporar al personal de Enfermería a la educación y motivación del paciente con diabetes. Difundir la importancia del conocimiento y automonitoreo de la enfermedad en la prevención de sus complicaciones. Estrechar el compromiso entre el equipo de salud y los pacientes. Propiciar el intercambio de experiencias entre los pacientes.

Metodos: La estrategia didáctica se basa en “actividades de grupo”. Las técnicas usadas son: Conferencias, conversaciones,

prácticas, sociodrama, dinámica de grupos, entre otros. Los materiales son impresos y audiovisuales. Se convoca a los pacientes diabéticos y sus familiares los primeros martes de cada mes. Los premios son financiados por el Sistema de Salud Público Nacional y por la industria farmacéutica, consisten en: Glucómetros, cintas reactivas, insulinas, inyectoras, agujas para bolígrafos, recetarios, etc. Quienes obtengan valores de HbA1C entre 6 y 7% son publicados en una cartelera del Servicio de Endocrino y se les entrega un certificado de PACIENTE ESTRELLA.

Resultados: La lista de “pacientes estrellas” crece progresivamente. No contamos con registros previos para hacer comparaciones. El personal de enfermería está identificado con el proyecto y vela por su cumplimiento.

Conclusiones: El grado de satisfacción del paciente se ve reflejado en su continua asistencia, aunque debemos introducir evaluaciones objetivas del programa.

Palabras clave: Diabetes, Educación, Paciente estrella, Hospital Vargas, Enfermería.

EPIDEMIOLOGIA. SALUD PÚBLICA

ESP01. PROYECTO NACIONAL DE ACROMEGALIA: “NO ESTÁS SOLO...TE ACOMPAÑAMOS A LO GRANDE”.

María Alejandra Aponte Farías¹, Irene Stulin¹, Orleans Adrian², Franklin Ablan², Isis Campos³, Karla Rivas¹, Marilyn Cordero¹.

¹ Adjunto Servicio de Endocrinología. Hospital Vargas. Caracas. Venezuela. ² Adjunto Honorario Servicio de Endocrinología. Hospital Vargas.

³ Laboratorio del Servicio de Endocrinología. Hospital de Vargas. Caracas- Venezuela.

La Acromegalia es poco frecuente con una prevalencia entre 40 y 60 casos por cada millón de habitantes. Generalmente es subdiagnosticada, ya que la expresión clínica inicial es inespecífica y gradual. Se caracteriza por la producción excesiva de hormona de crecimiento (GH), ocasionada en el 95% de los casos por un tumor hipofisario. Diversos estudios han demostrado que varias de las consecuencias relacionadas al crecimiento de los tejidos blandos pueden revertirse, e incluso aquellos pacientes que logran remisión igualan la tasa de mortalidad con la de la población general. Según la proyección de habitantes de Venezuela para el 2010, se estiman 1300 casos.

Objetivo Principal: Desarrollar un programa que permita la atención integral de los pacientes con Acromegalia en todo el territorio nacional, promocionando la campaña: No estás solo... Te acompañamos a lo grande.

Objetivos Específicos: Estructurar la ACRO-RED VENEZUELA. Actualizar el registro de pacientes. Establecer el Consenso Venezolano de Acromegalia. Estandarizar los métodos diagnósticos. Difundir el conocimiento de la entidad

entre los profesionales de la salud, público general, pacientes y familiares. Brindar atención en núcleos poblacionales estratégicos, evitando el traslado mensual de los afectados a la Capital, reduciendo así los costos al paciente y al Estado. Vigilar los efectos adversos del tratamiento.

Método: El diseño del proyecto contempla: UNIDADES DE PESQUISA (Núcleos Maracaibo, Mérida, Barquisimeto, Valencia, San Fernando de Apure, Ciudad Bolívar y Maturín), CENTRO DE PROCESAMIENTO DE MUESTRAS (Laboratorio Servicio de Endocrinología Hospital Vargas), MÉDICOS ASESORES (Distribuidos por todo el país) y ACRO-RED VENEZUELA (Representantes de las Unidades de Pesquisa, de los Servicios de postgrado de Endocrinología y Neurocirugía, de los Residentes de post-grad, de la Sociedad Venezolana de Endocrinología y metabolismo y de los laboratorios con líneas de tratamiento). Esta propuesta pretende lograr el diagnóstico temprano y el control de la patología basándose en la educación y el trabajo en equipo.

Palabras clave: Acromegalia, ACRO-RED, Educación, Hormona de Crecimiento, IGF-1.

ESPO2. PREVALENCIA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO EN EL MUNICIPIO LIBERTADOR DEL EDO MÉRIDA

Leoniana Bustillos R¹, Lilia Uzcatogui¹, Lenin Valeri¹, Karen Escalante¹, Euderruh Uzcatogui².

¹ Unidad de Endocrinología. ² Unidad de Psiquiatría. Departamento de Medicina, Universidad de Los Andes, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida. Venezuela.

Objetivo: Conocer la frecuencia de Hipotiroidismo Subclínico (HSC) en los pacientes con y sin Síndrome Metabólico (SM) en la población general del área metropolitana, Municipio Libertador del Estado Mérida según los criterios del ATP-III e IDF.

Métodos: Se evaluaron 305 sujetos mayores de 18 años, de ambos géneros, a los cuales se les aplicaron criterios de ATP-III e IDF para SM, se realizaron determinaciones de lípidos, glicemia basal, hormonas tiroideas, AntiTPO y PCR-us, así mismo se registraron medidas antropométricas y TA.

Resultados: La prevalencia encontrada con la definición de ATP-III fue de 26,6% y de 41,0% aplicando la definición de la IDF. El grupo de 50 y 59 años presentó la mayor prevalencia de SM de acuerdo a los criterios del ATP-III y de IDF en un 35,80% y 32,80% respectivamente. La frecuencia

de HSC en la población con SM según los criterios del IDF fue de 3,2% y por ATP-III 1,2%, la frecuencia de HSC fue más elevada en sujetos mayores de 40 años. No hubo significancia estadística al correlacionar perfil lipídico, PCR-us, AntiTPO con los niveles de hormonas tiroideas.

Conclusiones: La prevalencia de SM fue más elevada por ambos criterios en el sujetos de la cuarta década de la vida, prevaleciendo en género femenino. La presencia de HSC en los sujetos evaluados con y sin SM no fue significativa, sin embargo en ambas entidades el comportamiento fue lineal asociado a la edad lo cual fue significativo ($p < 0.05$). Se requiere de estudios poblacionales para evaluar la relación de SM e HSC.

Palabras Claves: Síndrome metabólico, Hipotiroidismo subclínico.

GONADAS Y REPRODUCCION

GR1. INMUNOMARCAJE DE INHIBINA B Y RECEPTOR DE ANDRÓGENOS EN TESTÍCULOS NORMALES Y CRIPTORQUÍDICOS PRE-PUBERALES Y POST-PUBERALES.

Gómez-Pérez R¹, González-Peramato M², Osuna JAI, Tortolero I¹, Regadera J³, Baldonado R⁴, Nistal M².

¹Hospital Universitario de Los Andes, IAHULA, Unidad de Endocrinología, Mérida. Venezuela. ²Departamento de anatomía patológica, Hospital La Paz. Madrid, España. ³Departamento de Morfológicas. UAM. Madrid, España. ⁴Centro clínico Maestranza, Madrid. España.

Objetivos. La determinación de Inhibina B y del Receptor de Andrógenos (RA) se ha vinculado con la función testicular en hombres normales. El objetivo de este trabajo es correlacionar inmunohistoquímica entre la expresión de Inhibina B y del RA en las células de Sertoli y en las células de Leydig del testículo criptorquídico.

Métodos. La expresión de Inhibina B y de RA se ha evaluado mediante el método de estreptavidina-biotina-peroxidasa usando un anticuerpo anti-Inhibina B (Dako) y anti-RA (Dako). La cuantificación de estas moléculas se realizó mediante la digitalización de las imágenes microscópicas y su valoración microdensitométrica con un programa Leica.

Resultados. En relación con los estadios de la

espermatogénesis, se ha encontrado una baja inmunotinción de Inhibina B y del RA en el compartimiento adluminal de las células de Sertoli que se dispone en íntima vecindad de asociaciones del epitelio seminífero en las que están presentes espermátidas inmaduras con respecto a las asociaciones con espermátidas maduras ($p < 0.001$). En las áreas de tubos con hipoespermatogénesis focal, se ha observado una disminución significativa de la expresión de Inhibina B y del RA de las células de Sertoli. En los pacientes con criptorquidia orquiectomizados después de la pubertad presentaban expresión de Inhibina B y de RA, aunque cuantitativamente menos intensas que en el testículo normal ($p < 0.001$); mientras que en los tubos de tipo infantil,

con profundas lesiones disgenéticas de las células de Sertoli, el inmunomarcaje de Inhibina B y de RA era muy débil o estaba ausente.

Conclusiones. En la criptorquidia, la disminución de la expresión de Inhibina B y del RA de las células de Sertoli

y de Leydig se relaciona con hipoespermatogénesis, atrofia tubular y lesiones disgenéticas de los tubos seminíferos frecuentemente observadas en estos pacientes.

Palabras claves: Criptorquidia, Inhibina B, Receptor Andrógenos.

GR2. TUMOR OVÁRICO VIRILIZANTE DE CÉLULAS DE SERTOLI-LEYDIG MODERADAMENTE DIFERENCIADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Mónica D. Navarro, Ana M. García P, Luz M. Rondón F, Marvelys Pérez H, María E. Velásquez B

Servicio de Endocrinología Pediátrica Hospital "JM de los Ríos" Caracas, Venezuela

Los tumores de células Sertoli-Leydig pertenecen al grupo de tumores estromales de los cordones sexuales del ovario, con una frecuencia del 10 a 20% y predominantemente en mujeres menores de 20 años. Puede tener un comportamiento benigno o maligno dependiendo del grado de diferenciación, que por lo general se detecta en estadios iniciales (Estadio I). Presenta histológicamente células testiculares de Sertoli y Leydig, que secretan andrógenos y se manifiestan con amenorrea secundaria, hirsutismo y otros signos de virilización. Las principales herramientas diagnósticas son la anatomía patológica y la inmunohistoquímica. La terapéutica y el pronóstico dependen de la edad, estadificación y grado de diferenciación. El objetivo de este trabajo es presentar,

dada su baja frecuencia, el caso de una adolescente de 16 años, con un cuadro de virilización y amenorrea secundaria, que fue diagnosticada a su vez de una tumoración pélvica. En el estudio analítico destacaba una elevación aislada de andrógenos. En vista de ser unilateral, y los deseos de fertilidad de la paciente, se practicó protocolo de ovario y tumorectomía izquierda. El estudio anatomopatológico reveló un Tumor de células de Sertoli-Leydig de ovario izquierdo, moderadamente diferenciado, e inmunohistoquímica con inclusión de Inhibina positiva, y fue considerado como Androblastoma.

Palabras clave: Tumor de células de Sertoli-Leydig. Androblastoma. Ovario. Virilización.

GR3. HIPERANDROGENISMO OVÁRICO POSMENOPAUSICO. UNA VARIEDAD INFRECIENTE

Omidres Pérez¹, Roberto Suárez¹, Franklin Ablán², Eugenia Gallego³, Roberto García¹.

¹ UNEMOR, ² Hospital Vargas de Caracas, ³ Hospital Antonio Patricio Alcalá. Venezuela.

El hiperandrogenismo es una alteración hormonal caracterizada por un aumento de la producción y/ o acción androgénica. Se presenta una paciente de 59 años de edad, posmenopáusica que acude a consulta por Síndrome Metabólico. En la evaluación clínica se obtienen elementos sutiles de virilización dados únicamente por alopecia de distribución androgénica y cliteromegalia lo que encamina el estudio de un síndrome hiperandrogénico por lo que se solicitan paraclínicos que reportan niveles de testosterona total en 509 ng/dl, DHEASO4 en 1,59 ug/ml, SHBG 73,1 nmol/l, AND en 2,1 ng/ml y cortisol en 14 mcg/dl por lo cual se solicito una evaluación tomográfica de abdomen y pelvis. La tomografía Abdomino-Pélvica con doble contraste detecto una lesión ocupante de espacio sólida en fosa iliaca izquierda, de bordes bien definidos de 4.5 x 4.3 cm. sin calcificaciones intralesiones y con tinción discreta posterior a la administración de contraste endovenoso de posible naturaleza neoplásica dependiente de ovario. Basados en la clínica, la tomografía y los estudios hormonales se sospecha la existencia de un tumor ovárico como causa del hiperandrogenismo. Se realiza resección quirúrgica de la lesión. Dos meses después

reporta valores de testosterona total a 52,1 ng/dl lo cual está dentro de valores normales. Histológicamente en el ovario izquierdo se describió una neoplasia mesenquimática benigna del estroma constituida por células fusiformes de núcleos centrales dispuestos en haces entrelazados con algunas células de citoplasma claro entre ellos en pequeños grupos concluyéndose como un Tecoma del ovario izquierdo. Los Tecomas constituyen apenas el 0,5 % de los tumores ováricos, siendo más frecuentes en mujeres premenopáusicas. Debido a su origen tecal la mayoría tienden a ser funcionales. Estos tumores son por lo general hiperproductores de estrógenos y se manifiestan por hemorragia uterina disfuncional e hiperplasia endometrial. Rara vez se presentan como tumores hiperandrogénicos, variedad vista en nuestra paciente a lo cual se suma el hecho de que el hiperandrogenismo es una condición infrecuente en la mujer posmenopáusica. Los sutiles datos clínicos de virilización en esta paciente conllevaron a la realización de pruebas definitivas en el diagnóstico con la consecuente cirugía y resolución del problema clínico.

Palabras Claves: Hiperandrogenismo, Virilización, Tecoma.

GR4. HIPOGONADISMO HIPERAGONADOTRÓPICO: SÍNDROME DE KLINEFELTER (47,XXY)

Neri S. Carvalho B, Laura Giraldo, Miguel Ángel Anca

Unidad de endocrinología. Hospital "Dr. Domingo Luciani" (IVSS). Caracas, Venezuela.

El hipogonadismo hipergonadotrópico se caracteriza, en el varón, por una alteración funcional de las células de Leydig, ocasionando desde gónadas pequeñas, hasta infertilidad irreversible. Una de las causas más frecuentes es el Síndrome de Klinefelter, caracterizado por presencia de un cromosoma extra "X" (cariotipo 47,XXY). Afecta a 1:500 a 1000 hombres. Existe deficiencia de andrógenos, provocando subvirilización, hábito eunucoide y ginecomastia. Desarrollo subóptimo del hueso, músculo y función psicosexual. Vello facial y corporal escaso. Puede haber retraso del aprendizaje. Los testículos son pequeños, con pene corto y obesidad (en algunos casos). Hay disminución de testosterona (50 - 75%), ascenso de estradiol,

FSH y LH. A propósito de un caso, se evaluó un paciente de 18 años, quien acude a consulta de urología por dolor testicular, moderada intensidad, sin atenuantes ni concomitantes. Ante el hallazgo de testículos con tamaño por debajo del valor promedio, es referido a nuestra unidad. Examen físico: Peso: 42 kgs. Talla: 1.72 mts. IMC: 14,23 kg/mt². Signos vitales normales. CA: 61 cm. CC: 80 cm. ICC: 0,76. Buenas condiciones generales. Glándula tiroides palpable, normal. Extremidades: simétricas, sin edema. Brazada: 175 cm. Segmento inferior: 92 cm. Longitud vértex/pubis: 82 cm. Desarrollo sexual: Vello axilar 2. Testes: Derecho: 6 cc; Izquierdo: 8 cc. Longitud peneana: 8,5 cm. Vello púbico 3. Laboratorio: TSH: 0,79 uUI/ml. T4 libre:

1,27 ng/dl. Prolactina: 21,8 ng/dl. FSH: 29,9 mUI/ml. LH: 41,6 mUI/ml. Testosterona total: 3,27 ng/ml. Testosterona libre: 6,0 pg/ml. Se solicita cariotipo, que reporta: Síndrome XXY: Síndrome de Klinefelter, iniciándose terapia de reemplazo hormonal con testosterona. La falla de las células germinales para sobrevivir, conlleva a azoospermia,

hay daño irreversible y adquirido de la espermatogénesis. Histológicamente, se evidencia aumento del número de las células de Leydig, hialinización de los túbulos seminíferos y fibrosis peritubular.

Palabras claves: Hipogonadismo hipergonadotrópico, Síndrome de Klinefelter, Infertilidad.

GR5. INSENSIBILIDAD ANDROGÉNICA: PRESENTACIÓN DE CASOS

Rita Pizzi, María Luisa Francis, Yulibeth Solorzano, Sandra Pino, Rebeca Bermúdez, Evelyn Hernández, Gabriela Corzo, Raquel Cano, María I. Agostini.

Servicio de Endocrinología. Hospital Universitario De Caracas. Caracas, Venezuela.

Introducción: La insensibilidad androgénica es un síndrome de feminización testicular ligado al cromosoma X, con defectos variables de virilización en individuos con cariotipo 46XY, por mutación en el gen que codifica a el receptor de andrógenos.

Caso Clínico 1. Paciente de 27 años, consulta por aumento de volumen en región inguinal derecha, realizándose hernioplastia inguinal derecha, con evidencia de gónada en conducto inguinal. Al examen físico: Tanner 4, índice clitorideo de 38 mm², implantación de meato uretral en región vulvar, canal vaginal de 4 cms. de longitud sin anexos palpables. Bioquímica: FSH: 4,2 uUI/ml, LH: 4,4 uUI/ml, Estradiol 33,3 pg/ml, Testosterona total/libre: 119,4 mg/dl/1,3 ng/ml. En ultrasonido abdomino-pélvico: Testículo intra-abdominal. Cariotipo 46XY. Se presentan dos casos más con cariotipo 46XY, fenotipo femenino y defectos

variables de virilización, con testosterona libre y sus precursores elevados.

Discusión: Los fenotipos clínicos de Síndrome Insensibilidad Androgénica (AIS) son variables y clasificados en tres categorías principales: Completa (CAIS), Parcial (PAIS) y Leve (MAIS), reflejando la severidad de resistencia androgénica, con evidencia clínica en nuestros pacientes de expresión parcial. Se ha registrado una incidencia de 1/99.000 nacidos vivos, con una experiencia de 4 casos en 9 años en nuestro servicio. Para establecer el diagnóstico de AIS es necesario determinar el cariotipo XY así como la determinación basal de precursores de testosterona y niveles de DHT. En nuestros casos se determinó cariotipo, así como también pruebas de testosterona y precursores basales.

Palabras clave: Insensibilidad androgénica, polimorfismo en receptor de andrógenos, cariotipo 46XY.

LÍPIDOS, OBESIDAD Y METABOLISMO

LOM01. ÍNDICE TRIGLICÉRIDOS/ C-HDL EN EL EMBARAZO Y SU POSIBLE INTERRELACIÓN CON LA RESISTENCIA INSULÍNICA.

Ana Victoria Becerra L¹, Alba Salas P², María ASosa³, Lenis Buela², Lenin Valeri¹, Gabriela Arata De Bellabarba⁴, Ely Velázquez-Maldonado¹.

¹Hospital Universitario de Los Andes, Unidad de Endocrinología. ²Universidad de los Andes, Facultad de Farmacia y Bioanálisis. ³Hospital Universitario de Los Andes, Unidad de Ginecología y Obstetricia. ⁴Universidad de los Andes, Facultad de Medicina. Mérida-Venezuela.

Objetivo: Evaluar el comportamiento del índice TG/C-HDL en mujeres embarazadas sanas y su interrelación con el HOMAIR y variables antropométricas del feto y recién nacido.

Métodos: Noventa y una mujeres embarazadas sanas entre 18 y 41 años de edad fueron estudiadas: primer trimestre (TI; n=29); segundo trimestre (TII; n=32) y tercer trimestre (TIII; n=30). Se realizó lipidograma en ayunas y prueba de tolerancia a la glucosa oral con determinación de glucemia e insulina 0 y 2 horas. Se calculó el índice TG/C-HDL, HOMAIR. Se registró la circunferencia abdominal fetal (CAF), peso estimado fetal (PEF) por ultrasonido y el peso del recién nacido y variables demográficas maternas: altura uterina (AU), índice de masa corporal, circunferencia de brazo y presión arterial.

Resultados: los valores promedio de triglicéridos, colesterol total y C-LDL e índice TG/C-HDL fueron significativamente

más altos en el segundo y tercer trimestre. La CAF y el PEF, peso materno preembarazo y AU se correlacionaron significativamente con los triglicéridos e índice TG/C-HDL. El índice HOMAIR se relacionó significativamente con el índice TG/C-HDL. No se observaron casos de diabetes gestacional, preeclampsia o parto de pretérmino. Macrosomía fetal se observó en el 10% de las embarazadas.

Conclusión: El embarazo normal cursa con hiperlipidemia fisiológica a expensas de triglicéridos, colesterol total y C-LDL e incremento del índice TG/C-HDL. La circunferencia abdominal total y el peso del recién nacido se relacionan con la concentración plasmática de triglicéridos y aumento del índice TG/C-HDL.

Palabras clave: Índice Tg/C-HDL, embarazo, resistencia insulínica.

LOM02. HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO Y SU RELACIÓN CON VARIABLES CLÍNICAS Y BIOQUÍMICAS EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE OBESO: BENEFICIO DEL CAMBIO EN EL ESTILO DE VIDA.

Mercedes Santomauro¹, Maricelia Fernández¹, Nolis Camacho², Zarela Molina², Rosanna Cicchetti², Lenin Valeri¹, Evila Dávila de Campagnaro³, Mariela Paoli de Valeri¹

¹Unidad de Endocrinología, ²Unidad de Nutrición, Crecimiento y Desarrollo, ³Unidad de Gastroenterología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes – Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Objetivo: Evaluar la presencia de hígado graso no alcohólico (HGNA), su relación con variables clínicas y bioquímicas en niños y adolescentes obesos, y el efecto de la intervención en estilo de vida.

Métodos: Se seleccionaron 36 pacientes obesos entre 6 y 17 años, 15 (42%) de sexo femenino y 21 (58,3%) masculino, 26 (72,2%) pre-puberales y 10 (27,8%) puberales. Antes y 12 meses después de intervención sobre dieta y actividad física,

se tomaron medidas antropométricas, y se cuantificaron glucosa e insulina (basal y post-carga de glucosa), perfil de lípidos, proteína C reactiva y aminotransferasas. Se realizó ecografía hepática para determinar presencia de HGNA.

Resultados: El 66,7% (n=24) presentó HGNA, 30,6% de grado leve, 27,8% moderado y 8,3% severo. Aquellos con HGNA tenían más alto índice de masa corporal (IMC; $p=0,007$), cintura ($p=0,005$), área grasa ($p=0,002$), niveles de insulina en ayunas ($p=0,01$), HOMA-IR ($p=0,008$) y más bajo QUICKI ($p=0,02$), en comparación con aquellos sin HGNA. Con la intervención, la actividad física aumentó ($p=0,0001$) y la ingesta calórica se mantuvo igual; el HGNA desapareció en 9 pacientes (37,5%; $p=0,02$) y en 3 mejoró el grado de severidad (12,5%). Además, el Z-Score del IMC, el área

grasa ($p=0,0001$ para ambos), la insulina basal ($p=0,004$), la insulina 2hs ($p<0,03$), la resistencia a la insulina ($p=0,001$), el perfil lipídico ($p<0,03$) y las transaminasas disminuyeron. Los que mejoraron del HGNA mostraron disminución del peso y del IMC, mientras que aquellos que no mejoraron mostraron un aumento ($p=0,0001$). El cambio en el peso fue la única variable explicativa significativa de la mejoría del HGNA.

Conclusión: En este grupo de niños y adolescentes obesos se observó una alta frecuencia de HGNA. La intervención en estilo de vida con reducción de peso es efectiva en el tratamiento del HGNA.

Palabras clave: HGNA, niños y adolescentes, intervención en estilo de vida.

LOM03. PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN SUJETOS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO.

Urdaneta- Carruyo Geritza^{1,3}, Suarez- Acosta Luis², Sindas Maribel^{1,3}, Suarez- Urdaneta Luis³.

¹Instituto Zuliano de Diabetes, Hospital general del Sur. ² Servicio de cardiología, Hospital general de Sur. ³ Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

Objetivos: El síndrome metabólico es un factor de riesgo para enfermedad coronaria. El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de síndrome metabólico en una población de pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo que ingresan al servicio de cardiología del Hospital General del sur "Dr. Pedro Iturbe.

Métodos: Se estudiaron 63 pacientes con síndrome coronario agudo sin diagnóstico previo de diabetes: Se les midió la PA, peso, talla, cintura y se calculó el IMC. Se determinó la glucemia de ingreso, perfil lipídico, insulinemia, HOMA IR, PTGO. Los pacientes se dividieron en dos grupos según tuviesen o no síndrome metabólico.

Resultados: No hubo diferencias significativas en la edad entre ambos grupos ($p=0,7$), 33(56%) pacientes presentaron SM y 30(46,9%) no lo presentaron. El HOMA-IR ($p<0,05$), glicemia ($p<0,005$), circunferencia abdominal ($p<0,05$), triglicéridos

($p<0,05$) y presión arterial ($p<0,005$) resultaron ser más elevados en pacientes con síndrome metabólico que los que no lo tenían. No hubo diferencias significativas en ambos grupos con respecto a IMC ($p=0,6$) y HDL ($p=0,7$). Por otro lado, 21(63,6%) pacientes presentaron alteraciones glucémicas, 14(42,4%) resultaron intolerantes y 7(21,2%) resultaron diabéticos. Del total de los pacientes 92% presentaron HDL disminuidas tanto en hombres como en mujeres.

Conclusión: existe una alta prevalencia de síndrome metabólico en pacientes con síndrome coronario agudo, los cuales presentan alteraciones glucémicas (intolerancia y diabetes) no diagnosticadas previamente. La insulinoresistencia es un factor de riesgo para enfermedad coronaria y para la aparición de diabetes tipo 2.

Palabras claves: síndrome coronario agudo, síndrome metabólico, diabetes mellitus, intolerancia a la glucosa.

LOM04. LIPODISTROFIA : REPORTE DE DOS CASOS

Yelitza Tromp , Jennifer Guerrero , Luis Figueroa , Rita Pizzi, María De Blanco , Evelyn Hernández , Gabriela Corzo, María Agostini, Raquel Cano , Laura Zavala, Rebeca Bermúdez.

Servicio de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas Hospital Universitario De Caracas. Venezuela.

Objetivo: La lipodistrofia es una enfermedad extremadamente rara, es autosómica recesiva caracterizada por la ausencia de tejido adiposo, cursa con Hiperinsulinemia, hipertrigliceridemia, disminución de adiponectina, leptina y diabetes. Entre las Lipodistrofia congénita generalizada se encuentra el síndrome de Berardinelli-Seip el cual tiene una prevalencia: 1 en 10 millones habitantes.

Caso Clínico1: Se trata de paciente femenino de 22 años de edad , quien presenta desde la infancia acantosis nigricans en pliegues, concomitantemente hipertrofia muscular y oligoamenorrea .Antecedentes personales : hernioplastia crural y umbilical a los 15 años .Familiares no Contributorios. A la exploración física , acantosis nigricans en todos los pliegues e hipertrofia muscular Área Magra: 55,5cm² (P95)Área Grasa: 6,8 cm² (P5) GENITALES: Externos Clítoris con diámetros de 40 x 20 mm con un índice clitorideo de 80mm, labios mayores y menores de aspecto y configuración normal. Vagina sin lesiones. Paraclínicos: Triglicéridos 185 mg/dL., Insulina 21 µg/

mL basal post 75 gr de glucosa V.O > 300 µg/mL, HOMA-IR: 4,87, FSH 5,22 mUI/mL, Estradiol 26,75 pg/mL, , ITL 34,0 US Ginecológico: Útero en AVF, LE de 5mm. Ovario Der 35x33x26 mm Vol 16,4mL Ovario Izq 37x27x26mm Vol 13,9mL Folículo en ovario derecho de 18,9mm.Caso clínico 2: Paciente 32 años V gesta, IIIA, IP, con embarazo actual de 18-19 semanas por BF con antecedente de lipodistrofia congénita diagnosticada en la infancia y diabetes mellitus lipoatrófica diagnosticada en 1990 actualmente en tratamiento con insulina NPH 44uds BID e insulina regular 18uds TID, metformina 500 mgr TID, Examen Físico: se evidencia ausencia de tejido celular subcutáneo, con predominio de masa muscular, acantosis nigricans en cuello y todos los pliegues. Parclínicos: HbA1C 9 %, proteinuria de 24 horas: 1,64 gr/24H. Se realizó ajuste en la dosis de insulina y Metformina. El embarazo concluyó con un recién nacido masculino a término adecuado a edad gestacional.

Palabras clave: Hiperinsulinismo, Acantosis nigricans, Tejido adiposo, Hipertrofia muscular.

LOM05. FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABÓLICO EN ESTUDIANTES DE POSTGRADO: COMPARACIÓN ENTRE LAS FACULTADES DE MEDICINA Y DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES.

Lucía Villamizar¹, Lenin Valeri², Karen Escalante², Yolanda Mora¹, Mariela Paoli¹.

¹Unidad de Endocrinología, ²Laboratorio de Hormonas, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Objetivo: Determinar los factores de riesgo cardiometabólico en estudiantes de postgrado y comparar entre las Facultades de Medicina y de Ciencias Económicas y Sociales (Faces) de la Universidad de Los Andes.

Métodos: Se seleccionaron aleatoriamente 55 estudiantes de postgrado de las Facultades de Medicina (28) y de Faces (27), 40 (72,7%) de sexo femenino y 15 (27,3%) masculino. Llenaron un cuestionario sobre datos demográficos, antecedentes personales, familiares, y ejercicio, y se tomaron medidas de peso, talla, presión arterial, circunferencia abdominal e índice de masa corporal (IMC). Se determinaron glicemia e insulina en ayunas, lipidograma y proteína C reactiva. Se determinó el índice de resistencia insulínica HOMA-IR y de sensibilidad Quíck.

Resultados: Se observó que el 18,2% presentó obesidad, 7,3% HTA (mayor en el sexo masculino-20% que en el femenino-2,5%; $p=0,02$), 5,5% hiperglicemia, 9,1% resistencia a la insulina,

27,3% hipertrigliceridemia, 20,4% hipercolesterolemia, 48,1% C-HDL disminuido, 10,9% síndrome metabólico y 67,3% sedentarismo. Hubo mayor frecuencia de obesidad en Medicina que en Faces (28,6% vs 7,1%; $p=0,04$) y la insulina mostró niveles mayores ($p=0,02$). No hubo diferencias en las demás variables estudiadas. La obesidad se asoció con mayor dislipidemia ($p=0,007$), resistencia a la insulina ($p=0,03$) y síndrome metabólico ($p<0,007$).

Conclusión: En este grupo de adultos jóvenes estudiantes de postgrado se encontró una alta frecuencia de factores de riesgo cardiometabólico. En los estudiantes de Medicina hubo mayor frecuencia de obesidad, la cual se asocia con un mayor riesgo. Se deben realizar estrategias educativas y preventivas al respecto en esta población.

Palabras claves: factores de riesgo, adulto joven, estudiantes de postgrado, medicina y Faces.

LOM06. USO DE INSULINA EN BOMBA DE INFUSION PARA EL MANEJO DE LA HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA EN PANCREATITIS AGUDA. REPORTE DE 2 CASOS.

Díaz Laura, Brito Sara, Huérfano Tanit, Lares Mary, Bolívar Yulimar, Carvajal Andrea, Vargas Jean Carlos

Departamento de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas del Hospital Militar Dr. "Carlos Arvelo", Caracas, Venezuela

Objetivo: Evaluar el efecto del uso de la bomba de infusión de insulina sobre los niveles de triglicéridos en pacientes con pancreatitis aguda.

Métodos: Estudio prospectivo realizado en dos casos de pacientes diabéticos tipo 2, con pancreatitis aguda, asociada a hipertrigliceridemia severa. Los pacientes fueron una mujer de 34 años de edad y un hombre de 40 años, que ingresan a la emergencia de nuestro hospital con valores de 7.873 y 3.956 mgr/dl de triglicéridos, respectivamente, con evidencias clínicas y paraclínicas de pancreatitis aguda y que fueron incluidos en un protocolo de tratamiento con bomba de infusión de insulina a una dosis de 0.1 un/kgr/hora, realizándose durante el procedimiento controles regulares de glicemia, triglicéridos y otros parámetros bioquímicos.

Resultados: En los dos casos se logró una disminución significativa de los niveles de triglicéridos de un 89% en las primeras 48 horas de tratamiento.

Discusión: La hipertrigliceridemia como etiología de la pancreatitis

aguda varía entre 1,3% y 11% y ocurre entre 12 y 38% de los pacientes hiperlipémicos, cuando los triglicéridos están por encima de 1000 mg/dl, los mecanismos que explican esto son el daño directo de los ácidos grasos al tejido pancreático, que desencadenan una respuesta enzimática en el páncreas, tras su degradación por la lipasa endotelial y la lisolecitina en el tejido acinar. También la obstrucción que causan los quilomicrones en la circulación pancreática distal (isquemia). Entre las opciones de tratamiento médico para hipertrigliceridemia severa en el contexto de pancreatitis aguda se encuentra la plasmaféresis, heparina e insulina. Estas últimas aumentan la actividad de la lipoproteinlipasa y con ello la degradación de los quilomicrones; disminuyendo así los valores plasmáticos de triglicéridos.

Conclusión: El uso de la bomba de infusión de insulina puede constituir un elemento importante en el tratamiento de la pancreatitis aguda desencadenada por hipertrigliceridemia severa

Palabras Claves: pancreatitis, hipertrigliceridemia, insulina, lípidos

LOM07. MARCADORES BIOQUÍMICOS Y ANTROPOMÉTRICOS, SÍNDROME METABÓLICO, Y HÁBITOS DIETÉTICOS PRINCIPALES DE UNA MUESTRA DE LA POBLACIÓN DE WARAOS

Lares Mary^{1,2}, Brito Sara¹, Laura Díaz¹, Pérez Elevelina³, Schroeder Mileibys^{4,5}, Gestne Aure¹, Case Cynthia¹, Ciarfella Ana⁶.

¹Departamento de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". ²Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela. ³Instituto de Ciencia y Tecnología de Alimentos, Facultad de Ciencias, Universidad Central de Venezuela. ⁴University of Phoenix, Human Service and Social Science Department. Yuma, Arizona. ⁵Mountain Health and Wellness (MHW) of Yuma, Arizona. ⁶Universidad de Oriente Unidad de Cursos Básicos, Núcleo Anzoátegui. Caracas, Venezuela.

Objetivo: Los objetivos de la investigación fueron establecer los marcadores bioquímicos y antropométricos de la población de muestra de indios Waraos, su frecuencia de síndrome metabólico y a través de una encuesta, los componentes de su dieta: los productos más frecuentes fueron frutas del moriche y raíces de mandioca.

Métodos: En el estudio clínico fue incluida una población de 145 personas pertenecientes a la tribu de Waraos de la comunidad de Yakariken. De este grupo se seleccionó una muestra aleatoria de 42 personas y se tomaron medidas antropométricas, glucosa e insulina en suero sanguíneo, se calculó resistencia a la insulina por el índice de HOMA, presión arterial, así como perfil lipídico. Además, se analizaron muestras de la fruta Moriche, fruta inmadura de plátano, raíz de yuca y "casabe" (pastel de pulpa comestible de yuca). **Resultados:** Los resultados mostraron un índice de masa corporal promedio de 23.27±2.52, el promedio

de cintura fue 79.51±6.53. Los resultados de sangre demostraron que, en promedio, el contenido de glucosa basal fue 80.38±12.82 mg/dl, 9.05±6.75 de insulina basal, la media de presión arterial de 90 ± 12, HOMA 1.80±1.78, colesterol total 133.52±21.42 mg/dl, HDL 37.22±7.88 mg/dl, 82.23±18.20 de LDL y los triglicéridos 105.12±62.56 mg/dl. Ninguno de los sujetos cumplió criterios de la IDF para Síndrome Metabólico. El análisis de la composición de frutas había mostrado altos contenidos de fibra dietética (19.86 %), almidón resistente (17.61%) y grasas crudas (18,40%).

Conclusiones: Los resultados sugieren que una dieta rica en carbohidratos complejos, fibras y ácidos grasos insaturados, al lado de ejercicio parece inducir una baja resistencia a la insulina con la ausencia de dislipidemia, reduciendo el riesgo para el desarrollo de síndrome metabólico.

Palabras clave: Moriche (Mauritia flexuosa), síndrome metabólico, tribu Waraos

LOM08. EFECTOS TEMPRANOS DE LAS ESTATINAS: INFLAMACION Y OXIDACION

Obregón Oswaldo¹, Gestne Aure¹, Lares Mary¹, Castro, Jorge¹, Stulin Irene² Martínez J³, Rivas K² Martínez Odesa³ y Aponte A²; Bolívar Yulimar¹.

¹Servicio de Endocrinología, Hospital Militar Dr. Carlos Arvelo, ²Servicio de Endocrinología del Hospital Vargas Caracas. ³Policlinica Pempaire Maracaibo. Venezuela.

Recientes evidencias clínicas y experimentales sugieren que los efectos de las estatinas se extienden más allá de bajar el colesterol de baja densidad (LDL), y pueden tener acción en disminuir la respuesta inflamatoria que caracteriza a la aterosclerosis, al bajar la concentración de citoquinas. Objetivo: El objetivo del estudio fue evaluar los efectos anti inflamatorios de Simvastatina midiendo marcadores inflamatorios de riesgo cardiovascular como: Proteína C reactiva, Factor de Necrosis Tumoral α , Interlequina 1 (IL-1), Interlequina 6 (IL-6), Superóxido Dismutasa (SOD) y 8-Isoprostano F2 α , además de efectos sobre la disminución del colesterol total, colesterol de baja densidad (LDL), triglicéridos, efectos sobre el colesterol de alta densidad (HDL), y parámetro metabólicos como Glicemia y Acido Úrico. Materiales y Métodos: Estudio

prospectivo, observacional y analítico de serie de casos. **Población:** incluyo pacientes de Policlinica Pempaire Maracaibo y Caracas (Hospital Vargas) donde se incluyeron 21 pacientes de ambos sexos, que presentaban como criterio de inclusión hipercolesterolemia.

Resultados: A las 8 semanas se observó disminución del colesterol total, LDL, FNT α , IL-6, PCR y glicemia además aumento HDL y SOD.

Conclusión: En corto tiempo las estatinas disminuyen inflamación representado por disminución del FNT α y mejoran el estado oxidativo al aumentar SOD lo que puede mejorar la disfunción de HDL.

Palabras claves: factor de necrosis tumoral alfa, estatinas, colesterol, riesgo cardiovascular.

LOM09. POLIMORFISMOS DEL GEN UCP-3 EN INDIVIDUOS CON SÍNDROME METABÓLICO DEL MUNICIPIO MARACAIBO-VENEZUELA.

Johan Carlos Almarza Labarca¹, Nailet Arráiz², Carem Prieto², Carolina Escalona², Valmore Bermúdez².

¹Instituto Venezolano de Seguro Social. Hospital Dr. Adolfo Pons-Maracaibo. ²Centro de Investigaciones Endocrino Metabólicas Dr. Félix Gómez. Venezuela.

Objetivos: La frecuencia de Síndrome Metabólico (SM) en poblaciones adultas está en constante incremento en el Estado Zulia. En este estudio se determinó la frecuencia de los polimorfismos G304A exón 3 del gen UCP-3 y su asociación con los componentes del Síndrome Metabólico y composición corporal.

Métodos: La muestra fue constituida por 92 individuos (45 con diagnóstico de SM, según los criterios de la Federación Internacional de Diabetes y 47 individuos sanos). Las versiones polimórficas fueron analizadas por Reacción de cadena de polimerasa - Polimorfismos de longitud de fragmentos de restricción (PCR-RFLP). La frecuencia genotípica de G/G y G/A fue de 84,45 y 15,55 respectivamente en el grupo con SM con una frecuencia alélica G y A de 0,96 y 0,04 respectivamente, mientras

que la frecuencia genotípica en el grupo control de G/G y G/A fue 97,88 y 2,12 respectivamente con una frecuencia alélica G y A de 0,99 y 0,01. Se observaron diferencias significativas entre genotipo G/G y G/A en valores de glucosa basal ($p < 0,000$), tensión arterial sistólica ($p < 0,004$) y triacilglicéridos ($p < 0,042$) en pacientes con SM. También se observó diferencias significativas en valores de porcentaje de grasa ($p < 0,043$), VLDL-c ($p < 0,04$), LDL-c ($p < 0,019$) y triacilglicéridos en sexo femenino con SM. No se observó asociación significativa entre genotipos de UCP3.

Conclusión: se demostró diferencias en valores de glucosa basal, tensión arterial diastólica y porcentaje de grasa entre G/G y G/A y en parámetros lipídicos y de composición corporal en mujeres.

Palabras claves: Síndrome metabólico, UCP-3, PCR-RFLP, insulinoresistencia

NEUROENDOCRINOLOGÍA**NE01. TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS, PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.**

Rincón Yorgi, Azkoul Jueida, Uzcátegui Lilia, Gómez-Gómez Roald.

Unidad de Endocrinología. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) Mérida, Venezuela.

Objetivo: Presentación de tres casos de neoplasia endocrina pancreática.

Caso clínico: Paciente 1: Masculino de 53 años de edad, con enfermedad actual (EA) desde 2009 caracterizada por hiperglucemias aisladas asociadas a lesiones eritematosas, descamativas y migratorias en cara, palmas y plantas. Pérdida de peso (22Kg). Paraclínicos: Glicemia: 180 mg/dl, TSH: 0.37 μ UI/ml, T4L: 1.48 ng/dl, Insulina: 0':19.22, 120': 81.81 μ UI/ml; HIV: negativo. HbA1c: 5,8%, Cromogranina A: 17 ng/ml, Gastrina: 18pg/ml; PTH: 31,1 pg/ml, Eco-abdominal: imagen hipoecoica cabeza de páncreas; TAC abdominal: proceso infiltrativo neoplásico cabeza de páncreas. Eco-endoscópico: LOE hipoecoica de 40 mm cabeza de páncreas. PAAF por Eco-endoscopia: tumor endocrino de páncreas. Conducta: Pancreatoduodenectomía parcial. Histopatología: Neoplasia endocrina pancreática bien diferenciada. Inmunohistoquímica: Cromogranina A, Enolasa específica neuronal, Sinaptofisina: positiva.

Paciente 2: Femenina de 53 años de edad, EA de 2 años de evolución caracterizada por dispepsia, regurgitación, distensión abdominal y diarrea. AngioTAC abdomen: Tu Páncreas 4x3.4cm diámetro. PAAF por ecoendoscopia: Tumor

neuroendocrino. Conducta: Pancreatoduodenectomía parcial. Histopatología: Tumor endocrino pancreático productor de gastrina (Enolasa específica neuronal, Sinaptofisina, Gastrina: positiva). Paraclínicos post-quirúrgicos: PTH: 44.1 pg/ml, péptido C: 1.2 ng/ml, glicemia: 90mg, gastrina: 207ng/ml.

Paciente 3: Femenina de 53 años de edad, EA de 2 años de evolución caracterizada por cefalea, mareos, debilidad generalizada y episodio de lipotimia. Paraclínicos: Eco-abdominal: imagen hipoecoica en cabeza de páncreas. Colangiografía: Tumoración sólida 3.8 x 3cm en cuello de páncreas. PAAF por ecoendoscopia: Tumor neuroendocrino. Conducta: Pancreatectomía corporo caudal. Histopatología e Inmunohistoquímica: Tumor neuroendocrino pancreático productor de gastrina, insulina y calcitonina (Plurihormonal).

Conclusiones: Los tumores neuroendocrinos gastrointestinales derivan del sistema neuroendocrino difuso del tubo digestivo con una prevalencia de 10 casos por millón de habitantes. Suelen ser malignos y la presencia de metástasis hepática es el factor pronóstico individual más importante. Los síntomas estarán en relación con el exceso hormonal.

Palabras claves: Tumor neuroendocrino, páncreas, gastrinoma, glucagonoma.

NE02. HIPOGONADISMO HIPOGONADOTROFICO: DEFICIT AISLADO DE HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROFINAS (GNRH) A PROPÓSITO DE UN CASO.

Azkoul Jueida, Rincón Yorgi, Zepa Yajaira.

Unidad de Endocrinología. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes Mérida, Venezuela.

Objetivo: El objetivo de este caso clínico es dar a conocer la presentación atípica de déficit aislado de GNRH.

Caso clínico: Paciente femenina quien consultó a la edad de 18 años por ausencia de caracteres sexuales secundarios y amenorrea primaria. Examen físico: TA: 110/60 mmHg,

Peso: 58.5 kg, Talla: 1.65mts, IMC: 21.50 kg/mts², olfato sin alteraciones, genitales externos: normoconfigurados, Tanner: mamas I-II, vello púbico I. Paraclínicos: FSH: 1.92 mIU/ml, LH: 0.37 mIU/ml, E2: 16.37 Pg/ml, PG: 0.67 ng/dl, PRL: 7.94 ng/ml, Cortisol: 17.1µg/dl, TSH: 2.00 µIU/ml, T4L: 1.7ng/dl, Glicemia: 94mg/dl; Prueba post-estímulo con GNRH: FSH: 0': 2, 30': 7.2, 60': 9.2 mIU/ml; LH: 0': 1.09, 30': 5.1, 60': 8.81 mIU/ml. Edad ósea: 16 años. Cariotipo: 46XX. Eco-pélvico: Útero y ovario hipotróficos. RMN: cerebral y silla turca normal. Se inició tratamiento con terapia hormonal sustitutiva a base de

estrógenos y progestágenos. Actualmente cursa con 21 años de edad, presenta desarrollo puberal adecuado para la edad con estadio mamario y vello púbico Tanner IV, refiere sangrados cíclicos y regulares.

Conclusiones: La secreción pulsátil e insuficiente de GNRH y el déficit subsiguiente de FSH y LH, provoca un retraso en la maduración sexual. La deficiencia aislada de gonadotropinas se conoce como hipogonadismo hipogonadotropo idiopático, puede aparecer de forma esporádica o familiar y en algunos casos con herencia autosómica recesiva, más que un déficit de gonadotropinas, lo que existe en la mayoría de los casos es una producción deficiente de GnRh. La etiología es desconocida. Ante la baja incidencia de esta patología consideramos importante dar a conocer el presente caso clínico.

Palabras claves: Hipogonadismo, amenorrea, gonadotropinas.

NE03. OCURRENCIA SIMULTÁNEA DE CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES Y MACROPROLACTINOMA EN UN PACIENTE MASCULINO

Luna Magda, Dávila Darling, Zepa Yajaira, Benítez Isabel, Vielma Marly.

Unidad de Endocrinología. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida, Venezuela.

Objetivo: El objetivo de este caso clínico es presentar la ocurrencia atípica de carcinoma papilar bien diferenciado de tiroides y macroprolactinoma.

Caso clínico: Paciente masculino de 33 años de edad, quien inicia enfermedad actual hace 6 años cuando presentó clínica de hiperfunción tiroidea, bocio multinodular grado III y exoftalmos bilateral, se preparó para cirugía y se realizó tiroidectomía total en Marzo del 2006 con resultado histopatológico compatible con Carcinoma Papilar Bien Diferenciado de Tiroides; en Mayo del 2006 recibió terapia ablativa con 150 mCi de Iodo radiactivo, posterior al mismo se indica terapia supresiva con 275 microgramos de levo-tiroxina y controles subsiguientes de Tiroglobulina menores a 2ng/dl hasta la actualidad. Acude a su control anual en febrero de 2010, reporta como dato importante, infertilidad primaria sin otro concomitante aparente, consultó a Urologo quien solicitó valores de Prolactina: 271 ng/dl y espermograma normal; además Tiroglobulina: 0,15 ng/dl, T4: 1,39ng/dl, TSH: 2,6 mIU/ML (recibiendo l-tiroxina 250mcgs) resto de exámenes normales; es referido a endocrinólogo tratante quien solicita

nuevo control de prolactina: 310 ng/dl y Resonancia Magnética Nuclear (RMN) Cerebral con contraste (14/07/10) evidenciándose Macroadenoma Hipofisiario (14 mm) , se realiza Campimetría por Confrontación la cual reporta normal, niega cefalea o síntomas compresivos por lo que se inicia tratamiento con Cabergolida 0,5 mg dos veces por semana, se solicita nuevo control de RMN Cerebral (25/01/11) que reporta: Microadenoma Hipofisiario (4 mm), logrando fertilidad.

Conclusiones: Las neoplasias endocrinas son un trastorno en el que más de una glándula se torna hiperactiva o forma un tumor, el carcinoma papilar es más común en mujeres en edad reproductiva y niños siendo muy baja su incidencia en el sexo masculino, el macroprolactinoma tiene igual incidencia de presentación en ambos sexos, sin embargo no hay en la literatura reportes que asocien el carcinoma papilar bien diferenciado de tiroides y el prolactinoma, de aquí la importancia de reportar el presente caso.

Palabras claves: carcinoma papilar bien diferenciado de tiroides, macroprolactinoma, microadenoma hipofisiario.

NE04. DESCRIPCIÓN DE CASOS DE DIABETES INSÍPIDA EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES, PERIODO 2000-2010

Maracelly Mederico, Yajaira Briceño, Marjorie Villalobos, María Alejandra Vergel, Mariela Paoli

Unidad de Endocrinología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Objetivo: Describir los aspectos clínicos y demográficos de los pacientes pediátricos con Diabetes Insípida del IAHULA durante el periodo 2000-2010.

Métodos: Serie de casos. Se revisaron 19 historias de pacientes con Diabetes Insípida, de las cuales 8 tenían información completa. Se evaluó: procedencia, edad, sexo, criterios diagnósticos, etiología, tratamiento indicado y complicaciones.

Resultados: El 75% de los pacientes procedían del estado Mérida y 25% del estado Zulia. La edad promedio de diagnóstico fue de 7 años, con rango de 4 meses a 15 años, el 75% eran del sexo femenino y el 25% masculino. Todos los pacientes incluidos cumplieron con criterios diagnósticos de Diabetes Insípida. El 62,5% (5 casos) correspondieron a complicaciones postoperatorias de tumores de la región sellar,

el 25% (2 casos) de origen infeccioso y el 12,5% (un caso) de causa idiopática. El craneofaringioma fue la causa tumoral más frecuente, en 3 casos, seguido por un caso con disgerminoma y otro con LOE no definido. Entre las causas infecciosas, uno se debió a meningitis bacteriana y otro a neurocisticercosis. El 50% ameritó tratamiento con desmopresina (75% asociado a complicación postoperatoria de extirpación tumoral y 25% por causa infecciosa).

Conclusión: La mayoría de los pacientes de esta muestra procedían de Mérida, con un promedio de edad de 7 años y mayor proporción del sexo femenino. La causa principal de diabetes insípida correspondió a complicación postoperatoria de tumores de la región sellar.

Palabras claves: Diabetes insípida, tumores sellares, niños.

NE05. ADENOMA HIPOFISARIO NO FUNCIONANTE EN ADOLESCENTE. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.*Maracelly Mederico, Lilia Uzcategui, Marjorie Villalobos, María Vergel, Yajaira Briceño.**Unidad de Endocrinología. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida.*

Objetivo: Presentar caso clínico de adolescente femenina con macroadenoma hipofisario no funcionante, entidad poco frecuente en la edad pediátrica. Se hace revisión de la literatura.

Caso Clínico: adolescente femenina de 12 años de edad con cefalea de larga data y cambios en el patrón de dolor, visión borrosa y galactorrea de 3 semanas de evolución. Antecedentes personales inicio puberal inicio puberal a los 10 años sin progresión. Antecedentes familiares madre con irregularidad menstrual. Examen físico: Talla: 1,44 m (P10-25), Peso: 50,400 Kg (P75) IMC: 24,1 Kg/m²sc (P90-97), Brazada: 1,49 cm. Potencial Genético de talla: 1,55 cm. Cabello implantación baja, cuello corto con acantosis nigricans. Desarrollo puberal: Tanner 2, galactorrea espontánea y a la compresión. Paraclínicos: Prolactina: 76,8 ng/dL Cortisol am: 24,3µg/dL, T4L: 1.3ng/dL, TSH: 1.1µU/ml. Campimetría disminución en zonas nasales y temporales mas importante ojo izquierdo. RMN de cráneo sin gadolinio: loe selar y suprasellar 2,8x1 cm. Se realiza exéresis del tumor: estudio

anatomopatológico reporta adenoma hipofisario sin actividad mitótica no secretor. Se indica Cabergolina y Desmopresina por diabetes insípida transitoria. En su evolución clínica VC 2,4 cm/año por lo que se solicita prueba de hormona de crecimiento corroborándose déficit de GH. IGF-I: 78ng/dl. Edad ósea: acorde a edad cronológica.

Conclusión: Los adenomas hipofisarios son tumores infrecuentes en niños con una frecuencia de 2.7%. Los adenomas no funcionantes tienen escasa o nula secreción y constituyen del 2 - 6%, pueden cursar con hiperprolactinemia discreta por compresión del tallo hipofisario, el tratamiento de elección es quirúrgico para descomprimir la vía óptica y aliviar síntomas neurológicos, la cabergolina es coadyuvante para reducir la masa tumoral y normalizar la secreción de prolactina. En esta paciente el tratamiento con hormona de crecimiento es controversial.

Palabras Claves: Adenoma hipofisario no funcionante, adolescente, hiperprolactinemia.

NE06. SÍNDROME DE McCUNE-ALBRIGHT ASOCIADO A DISPLASIA FIBROSA POLIOSTOTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO.*Marcos M. Lima, Víctor Gil, José Zerna, Maracelly Mederico, Roald Gómez-Pérez**Unidad de Endocrinología. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA). ULA. Mérida. Venezuela*

Objetivo: Presentación de Síndrome de McCune-Albright (SMA) asociado a Displasia Fibrosa Poliostótica.

Caso Clínico: Masculino de 16 años de edad con diagnóstico de displasia fibrosa poliostótica, quien es referido al IAHULA por presentar talla alta. Al examen físico: peso 93 Kg (>P97), talla 187cm (>P97), IMC: 26,6 (P90-97), TA120/70mmHg. Macrocefalo, deformidad craneofacial, hipertelorismo, cuello sin tiromegalia, cardiopulmonar sin alteraciones, abdomen sin visceromegalias palpables, extremidades con deformidades bilaterales en fémur por fracturas previas, sin focalización neurológica. Edad ósea: 17 años. Laboratorio: IGF-1 basal: 725 ng/mL, GH basal: 7,1 ng/mL, GH post-carga con 75 g de glucosa: 5,4 ng/mL, prolactina: 57 ng/mL, TSH: 2,7 mUI/mL, T4L: 1,3 ng/dL, testosterona total: 92,8 ng/dL, FSH: 0,35 mUI/mL, LH: 0,2 mUI/mL, Fosfatasa alcalina: 1470 U/L, calcio: 8,9 mg/dL fósforo: 4,8 mg/dL, osteocalcina: 10,4 ng/mL. PTH: 70,1 pg/mL. Estos estudios muestran un exceso de GH, hiperprolactinemia e hipogonadismo central. La TAC reporta un aumento de volumen de la masa ósea en

bóveda craneana y estructuras de la región frontal, orbitaria y mastoidea compatibles con displasia fibrosa. Además engrosamiento de los huesos de la región selar que no permite una adecuada visualización de la hipófisis. En vista del cuadro clínico se indica octreotide LAR 20 mg mensual, cabergolina 0,5mg dos veces a la semana, undecanoato de testosterona 1000 mg trimestral y ácido zoledrónico 5 mg anual.

Conclusiones: El SMA es una condición esporádica que ocurre por mutación activante del gen GNAS1 (20q13) que codifica la subunidad α de la proteína G, provocando activación constante de la adenilatoclasa, lo cual resulta en incremento en las señales mitogénicas e hiperfunción autónoma glandular. Para su diagnóstico se requiere la presencia de al menos dos de las siguientes características: displasia fibrosa, manchas café con leche y endocrinopatías como hipertiroidismo, exceso de GH, hiperprolactinemia o pubertad precoz.

Palabras clave: McCune-Albright, displasia fibrosa, hipófisis.

NE07. INSULINOMA MULTIPLE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE NEM 1. Caso Clínico.*Figueroa Luis, García Franklin, González Miriam, Corzo Gabriela, Hernández Evelyn, Agostini María I, Cano Raquel, Zavala, Laura, Tromp Yelitzza, Guerrero Jennifer.*

Objetivo: Síndrome con herencia autosómica dominante, con alta penetrancia, caracterizado por la presencia de neoplasia en al menos dos diferentes tejidos endocrinos (Paratiroides, Tej. Entero-pancreático e Hipófisis).

Caso clínico: Paciente femenina de 23 años de edad, quien consultó por presentar 2 años previos a ingreso, conducta inapropiada, asociándose 18 meses luego síntomas neuroglucopépicos autonómicos. Examen físico: Paciente recibiendo infusión con solución dextrosa, con IMC calculado en 28kg/m², Discreta acantosis nigricans, bradipsiquia y bradilalia, sin focalización neurológica. Paraclínicos: Prueba de ayuno: Glucemia 19mg/dL, insulina 33,72 uUI/mL, Prolactina 62,6 ng/mL, Calcio: 11mg/dL, Fósforo:

3,3mg/dL PTH: 160 pg/mL. Ecoendoscopia DS: Múltiples lesiones de aspecto ecográfico compatibles con Tumores Neuroendocrinos en proceso uncinado, cabeza, cuerpo y cola pancreática. PAAF asistida: Tumores neuroendocrinos bien diferenciados en cabeza, cuerpo y unión del cuello con cuerpo. RMN cerebral con gadolinio: Imagen hiperintensa, heterogénea, en area selar, con convexidad hacia el seno esfenoidal. Ultrasonografía de tiroides y paratiroides: glándula tiroides normal, 2 imágenes sospechosas de hiperplasia paratiroidea. Densimetría ósea: osteopenia axial y periférica. Tratamiento médico y quirúrgico: pancreatectomía total con conservación de piloro más paratiroidectomía subtotal por paratiroides superiores no localizadas. Manejo

de insuficiencia pancreática endocrina y exocrina con seguimiento estricto bioquímico.

Conclusiones: El síndrome de NEM1 es producido por mutaciones en cualquiera de los exones del gen MEN1, está relacionado a varios tumores endocrinos y no endocrinos con

grados variables de frecuencia de asociación. El caso expuesto presenta las manifestaciones clásicas de este síndrome de manera simple sin contexto familiar positivo.

Palabras clave: MEN-1, MENIN, hiperparatiroidismo primario, insulinoma múltiple.

NE08. HIPERINSULINISMO MONOGÉNICO: SÍNDROME HIPERINSULINEMIA – HIPERAMONEMICA POR MUTACIÓN DE NOVO DEL GEN. GLUD-1. A propósito de un caso.

Mary Daniela Parra, Greys Álvarez, María Esperanza Velásquez, Marlyn Figueroa

Servicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital de Niños JM De los Ríos. Caracas – Venezuela.

Objetivo: El hiperinsulinismo monogénico (HIM) representa un grupo de alteraciones clínicas heterogéneas, causa frecuente de hipoglicemia severa persistente originadas por mutaciones de gen único. El hiperinsulinismo hiperamonemico (HI/HA) es la segunda causa más común. El diagnóstico se basa en encontrar hipoglucemia hiperinsulinemica asociada a hiperamonemia, originándose en mutaciones activadoras de la glutamato deshidrogenasa, 80% de novo, y 20% por herencia autosómica dominante.

Caso clínico: Lactante masculino, 18 meses, con primer episodio convulsivo a los 2 meses. Evidencian durante esta glicemia 18 mg/dl. Posterior a corrección presenta nueva convulsión, constatándose durante esta glicemia 22 mg/dl, Insulina: 60.5mUI/ml, Amonio: 226 umol/l. Se plantea diagnóstico de HI/HA; inicia diazóxido 12mg/

kg/día lográndose control glucémico sin presentar nuevas convulsiones. Se solicitan test de descarte para glucogenosis tipo III y IB-C siendo negativos y estudio molecular que reporto mutación heterocigota de Novo del Gen GLUD1 en exón 12 compatible con HI/HA. Actualmente con manejo nutricional y diazóxido 14mg/kg/día, persiste hiperamonemia leve, permanece anictal con adecuado desarrollo pondoestatural y control glucémico. Muestra retraso psicomotor.

Conclusiones: Se destaca la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de HI/HA, para el inicio del tratamiento adecuado a fin de disminuir el daño cerebral secundario a la hipoglicemia y realizar consejo genético.

Palabras Claves: Hiperinsulinemia – Hiperamonemica, convulsiones, gen GLUD 1, mutaciones.

NE09. DIABETES INSÍPIDA EN PEDIATRÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Maracelly Mederico, Marcos M. Lima, Marjorie Villalobos, María Alejandra Vergel, Yajaira Briceño.

Unidad de Endocrinología. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida.

Objetivo: Presentar el caso de un pre-escolar con diagnóstico de diabetes insípida.

Caso clínico: Pre-escolar masculino de 3 años 7 meses sin antecedentes patológicos conocidos, quien posterior a caída de su propia altura presenta aumento de volumen no doloroso en región occipital de 6 cm de diámetro, concomitantemente polidipsia, poliuria y nicturia. Es llevado a mesa operatoria con el hallazgo casual de LOE en región occipital. Al examen físico se evidencia un peso 14,3 Kg (P25) talla: 95 cm (10-25) FC: 89 lpm. Normocéfalo, con cicatriz post-quirúrgica en región occipital de 5 x 5 cms, sin cambios de coloración. Resto de la exploración normal. Laboratorio: sodio: 147mEq/L, potasio: 3,2 mEq/L. Densidades urinarias seriadas: 1000, 1001, 1002, con un gasto urinario de 8,7 cc/Kg/hora. La Biopsia de LOE región occipital reporta neoplasia mesenquimal maligna indiferenciada, probable tumor de células gigantes. Inmunohistoquímica: Histiocitosis de células de langerhans

positiva para CD1a y S100.

Conclusión: La histiocitosis es un grupo heterogéneo de enfermedades que se caracterizan por una proliferación anormal de células del sistema monocítico macrofágico. Afecta a niños entre 2 y 5 años de edad. Las manifestaciones clínicas son variadas, dependiendo del órgano o sistema afectado; según el compromiso sistémico se pueden considerar tres entidades diferentes: el granuloma eosinófilo, la enfermedad de Hand-Schüller-Christian y la enfermedad de Abt-Letterer-Siwe. La Enfermedad de Hand-Schüller-Christian es la forma crónica, y cursa con la tríada clásica de lesiones craneanas, exoftalmos y diabetes insípida debida a lesiones del cráneo que afectan la hipófisis posterior, el túbulo cinereum o el hipotálamo. La enfermedad multisistémica debe ser tratada con quimioterapia, siendo alta la tasa de respuesta al tratamiento, sobre todo si el diagnóstico es exacto y oportuno.

Palabras Claves: Diabetes insípida, Histiocitosis, Poliuria.

NE10. VALORACION DE LA FUNCION SOMATOTROPA EN PERIODO DE TRANSICION. REPORTE DE 11 CASOS.

Minerva Licha, Gavis Palmucci, Sergio Rojas, Gabriel Barroso.

Unidad Nacional de Endocrinología y Metabolismo. Hospital Central del IVSS “Dr. Miguel Pérez Carreño”. Caracas, Venezuela.

Objetivos. Identificar la frecuencia de presentación del déficit de HC y alteraciones metabólicas asociadas a este déficit en nuestros casos de DHCCI que arribaron a PT.

Métodos. Estudio retrospectivo y descriptivo con revisión de historias clínicas de 11 adolescentes con DHCCI que entraron en PT entre enero 2009 y diciembre 2011, evaluados bajo los criterios de nuestro protocolo.

Resultados. Se evaluaron 11 casos: 3 Femeninos y 8 Masculinos con edades promedio de 17 – 18 años. El 81,8% eran déficit aislados de HC y el 18,2% déficits múltiples

pituitarios. Los niveles de IGF-1 estuvieron por debajo del rango de referencia para edad y sexo en 27,2% (3). Uno era déficit aislado con silla turca vacía y 2 eran déficit múltiples y orgánicos. Se catalogaron con déficit permanente. El THI se realizó en 8 casos, todos con déficit aislado: 3 eran orgánicos y 4 idiopáticos. En el 100% de los casos el pico de HC fue > 6 ng/mL se catalogaron como déficit transitorio. En el 54% (6) se identificó alteración anatómica. Se realizó densitometría ósea en 8 casos siendo normal en 7. La glicemia, insulina, perfil lipídico, IMC y circunferencia

cintura fueron normales en todos los casos. La talla adulta fue normal para la diana familiar y la población de referencia.

Conclusiones. En los pacientes evaluados, los déficit múltiples y orgánicos resultaron permanentes en todos los casos y en los déficits aislados de HC el DHCCI fueron transitorio en la mayoría (88,8%). El seguimiento en el

largo plazo debe garantizarse en los déficit múltiples y orgánicos, en los déficit aislados de causa orgánica y en los déficit aislados con incongruencia en la evaluación de la función somatotropa al inicio del PT.

Palabras clave. Hormona de Crecimiento (HC), Periodo Transición (PT), Déficit Hormona Crecimiento de Comienzo Infantil (DHCCI), Test Hipoglicemia Insulinica (THI).

NE11. CONDICIÓN ACTUAL DE LOS PACIENTES CON ACROMEGALIA DEL HOSPITAL VARGAS.

Irene Stulin¹, María Alejandra Aponte Fariás¹, Orleans Adrian¹, María Alejandra Castillo², Faezal Mehetau², Karla Rivas¹, Isis Campos³, Nadia Calles³, Marilyn Cordero¹, Guillermo Veitia⁴, Marisol Cardier⁵, Franklin Ablan¹, María A. Correia¹, Ivette Contreras¹, Muriel Delgado¹ Vicente L.

¹ Adjunto Servicio de Endocrinología. ² Residente postgrado Endocrinología. ³ Laboratorio Endocrinología. ⁴ Adjunto Servicio de Gastroenterología. ⁵ Adjunto Servicio de Cardiología. Hospital de Vargas. Caracas. Venezuela.

Objetivos: El aumento de la mortalidad en la población Acromegálica se duplica al ser comparada con la población general, reduciéndose la expectativa de vida alrededor de 10 años. Las principales complicaciones son enfermedades cardiovasculares, respiratorias y cerebrovasculares, así como riesgo aumentado de cáncer de colon y tiroides. Con el propósito de evaluar la condición médica actual de los pacientes del Servicio con esta entidad, se organizaron las II Jornadas de Acromegalia. Objetivo Específico: Determinar el estado bioquímico: Enfermedad Activa vs Inactiva. Evaluar la función y estructura de la tiroides. Conocer la repercusión de la enfermedad en el Sistema Cardíaco, Gastrointestinal y Esquelético. Vigilar los efectos adversos de los medicamentos. Propiciar el intercambio de vivencias entre los pacientes. Brindarles apoyo psicológico. Enfatizar la importancia del seguimiento en el buen control.

Métodos: Se midieron niveles de GH basal y post 75g de carga glucosada (Postprandial en los diabéticos), IGF-1, lípidos totales y fraccionados, ácido úrico, PCR, pruebas tiroideas, insulina basal, prolactina. Densitometría ósea. Se

les remitió a los Servicios de Cardiología, Gastroenterología y la Unidad de tiroides para realización de ecocardiograma, colonoscopia y US tiroides, respectivamente.

Resultados: Asistieron 10 sujetos con Acromegalia, 5 mujeres y 5 hombres, edades comprendidas entre 28 y 73 años, 70% procedentes de la localidad. 70% con enfermedad activa, 40% recibe sólo Octreotide LAR, 10% Cirugía y Octreotide LAR, 40% Cirugía, Radioterapia y Octreotide LAR, 10% Sin tratamiento (Tuvo cirugía y radioterapia). 30% tiene Diabetes mellitus, 30% Dislipidemia, 50% HTA, 20% Hiperuricemia, 10% Hipotiroidismo primario, 90% PCR cualitativa negativa, 50% Bocio, 60% Nódulos tiroideos. La mayoría manifestó efectos adversos gastrointestinales con el uso de Octreotide LAR.

Conclusiones: La Jornada de Acromegalia es un evento anual que nos permite detectar complicaciones y considerar la posibilidad de otras opciones terapéuticas en pacientes que no han logrado remisión.

Palabras clave: Acromegalia, Seguimiento, GH, IGF-1, Jornadas, Hospital Vargas.

NE12. TALLA ALTA ASOCIADA A HIPOGONADISMO CENTRAL.

Bolívar Yulimar; Díaz Laura; Huerfano Tanit; Carrillo Eduardo; Brito Sara; Carvajal Andrea; Miskiewicz Ana.

Departamento de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Caracas-Venezuela.

El hipogonadismo masculino representa una disminución de la función testicular, con baja producción de testosterona e infertilidad. La falla testicular prepuberal se caracteriza por disminución del tamaño de los testículos, pene pequeño, disminución del vello corporal, voz femenina, próstata pequeña, disminución de la libido y masa muscular. En algunos casos se presenta hábito eunucoide. Los tumores de la hipófisis afectan en mayor o menor grado la secreción de la GnRh, como consecuencia de la destrucción de las células secretoras de FSH y LH; cual sea el mecanismo involucrado, la deficiencia de GnRh o de gonadotrofinas, lleva a la aparición de hipogonadismo. Aproximadamente 1/3 de estos pacientes tienen una afectación de todas las hormonas de la adenohipófisis llamada panhipopituitarismo.

Caso clínico: Paciente de 37 años que consultó en Septiembre 2010 por falta de desarrollo sexual. Desde los 15 años notó genitales externos pequeños, ausencia de vello

axilar y pubiano y aumento de talla progresivo. Antecedentes negativos. Al examen físico: talla de 186.5 cm, peso de 84 kg, potencial genético: 161 cms; Envergadura de los brazos: 197 cms. Segmento corporal superior: 79.5 cms, Segmento corporal inferior (pubis-talón): 107 cms; Atrofia testicular (volumen de 3-4 ml), pene pequeño (6x2.2 cms) y ausencia de barba, vello axilar y pubiano. Laboratorio: testosterona sérica 0.4 ng/dl, TSH: 3.87; T3L: 2.28; T4L: 0.50; LH: <0.20; FSH: 3.25; Prolactina: 16.76; GH: 0.52 ng/ml. Somatomedina C: 27.4 ng/ml, cariotipo XY. RNM de hipófisis: LOE intraselar mide 34x34 mm axial.

La historia, el examen físico, datos de laboratorio y RNM, son característicos de Panhipopituitarismo secundario a Adenoma hipofisario. Actualmente paciente recibiendo tratamiento sustitutivo hormonal, en planificación quirúrgica.

Palabras claves: Talla alta, hipogonadismo, adenoma hipofisario

NE13. HIPERPROLACTINEMIA Y GALACTORREA ASOCIADOS A PRÓTESIS MAMARIAS. Reporte de un caso

María A Juárez T, Laura Giraldo, Miguel Anca

IVSS Hospital Dr. Domingo Luciani. Estado Miranda. Venezuela.

Caso clínico: Paciente femenino de 20 años de edad, natural y procedente de Caracas, estudiante; sin antecedentes médicos de importancia conocidos, quien acude a consulta de Endocrinología por Galactorrea espontánea, posterior a cirugía de implantes mamarios bilaterales con fines estéticos. Examen

Funcional: Menarquia 12 años. Ciclos: 4/28 eumenorreicos. Refiere uso de ACO desde hace aproximadamente un año. Niega cefalea y disminución de agudeza visual. Galactorrea bilateral espontánea y abundante, la cual apareció 7 días posterior a implantes mamarios. Examen físico: Peso:

55kg. Talla: 1.62m. IMC: 20,9 kg/m². Presión arterial: 110/60mmHg. Fc: 80 L.P:M. Fr: 16 R:P.M. Clínicamente estable. GT: palpación normal. Se evidencia galactorrea abundante bilateral que emerge entre el dren quirúrgico. CR: Rs Cs Rs, normofonéticos, sin soplos. MV presente en ambos hemitórax sin agregados. Abdomen: DLN. Extremidades: Simétricas, sin edemas, ROT: normorrefléxicos. Campimetría por confrontación: DLN. Laboratorio: (08/08/2007) GB: 6200 x mm³. Hb: 11,1g/dl. Plaquetas: 282000x mm³. Glicemia: 91mg/dl. Creatinina: 0,9mg/Dl. Depuración de creatinina estimada: 86,7 cc/min. Prolactina: 112,3 ng/ml. Laboratorio: 24/08/2007 TSH: 2,5 mUI/dl. T4 libre: 1,0 ng/dl. Prolactina: 128ng/dl (la paciente aun no había comenzado a recibir el Cabergolide). RM cerebral con contraste. (24/09/2007). Estudio dentro de límites normales. Se descarta patología

médica y endocrina como causante de la hiperprolactinemia, se orienta el caso a Hiperprolactinemia y galactorrea asociado a la cirugía mamaria. Se mantiene tratamiento con cabergolide, se solicita control de prolactina en 6 semanas. Laboratorio: 09/10/2007 Prolactina: 0,5 ng/dl. Paciente con evolución favorable: descenso de los niveles de Prolactina y cese de la galactorrea. Desde el punto de vista quirúrgico, se evidencia cicatriz operatoria, eutrófica, hipopigmentada, sin signos de flogosis. Omitir cabergolide; control de Prolactina en 3 meses. Laboratorio: 24/01/2008 Prolactina: 16 ng/dl. Se concluye caso como hiperprolactinemia y galactorrea asociado a implante de prótesis mamaria, con respuesta favorable a la administración de agonista dopaminérgicos.
Palabras claves: Hiperprolactinemia, galactorrea, agonistas dopaminérgicos.

NUTRICIÓN

N01. FÓRMULA ENTERAL CON ADICIÓN DE LINAZA MEJORA LA RESPUESTA GLICÉMICA EN ADULTOS SANOS.

L. Angarita¹, J. López Miranda³, D. Aparicio, K. Parra¹, M. Uzcátegui¹, N.Reyna.²

¹Escuela de Nutrición y Dietética, ²Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas "Dr. Félix Gómez", Facultad de Medicina, Universidad del Zulia – Venezuela. ³Departamento de Medicina, Universidad de Córdoba – España.

Objetivo: Existe un gran interés de la industria hacia los componentes alimenticios fisiológicamente activos de la linaza, además del efecto hipoglucemiante de la fibra soluble. En este trabajo se determina la respuesta glucémica de fórmulas enterales para diabéticos con adición de linaza pulverizada, en sujetos sanos.

Métodos: En una investigación experimental, con un diseño aleatorizado, controlado y cruzado, 10 sujetos sanos consumieron 4 tipos de alimentos: en una cantidad de 50 g de carbohidratos: la fórmula enteral polimérica para diabéticos, (FP) con (0,77g de fibra /100 ml), pan blanco (PB), solución glucosada (SG), y la fórmula nutricional con adición de fibra. (FPF), (3,33 g/100 ml.) con 10,91 g de fibra total. Las muestras de sangre fueron tomadas después de 10 horas de ayuno y a los tiempos 15, 30, 45, 60, 90, 120 min posterior a la ingesta, por lo cual se utilizaron para su análisis las pruebas ANOVA multivariante y ANOVA con muestras repetidas, considerándose significativo una p<0,05.

Resultados: La respuesta glucémica se observa significativamente más alta para los alimentos de referencia que para las fórmulas poliméricas, (p<0.05), el área bajo la curva fue más baja para las fórmulas nutricionales, (FP) 11245,87 ± 919,83 y (FPF) (10873,87 ± 839,60) que para los alimentos de referencia; (SG) 13830,75 ± 1381,70 y (PB) 13274,25 ± 1708,60. No se observaron diferencias significativas (p<0.05) en la respuesta insulínica; con una media post-pandrial de 22,9900 ± (6,5) para la fórmula nutricional y 28,7300± (14,04), para la fórmula nutricional con adición de fibra (FPF).

Conclusiones: Se observa que la adición de linaza a la fórmula enteral mejora significativamente la respuesta glucémica, futuras investigaciones podrían indagar en el efecto de la fibra sobre el índice glucémico en éstos productos.

Palabras Claves: Respuesta glucémica, Linaza, Respuesta insulínica

N02. DETERMINACIÓN DE LA RESPUESTA GLICÉMICA DE UNA FÓRMULA ENTERAL PARA DIABÉTICOS EN ADULTOS SANOS.

L. Angarita¹, J. López Miranda³, D. Aparicio, K. Parra¹, M. Uzcátegui¹, N.Reyna.²

¹Escuela de Nutrición y Dietética, ²Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas "Dr. Félix Gómez", Facultad de Medicina, Universidad del Zulia – Venezuela. ³Departamento de Medicina, Universidad de Córdoba – España.

Objetivo La respuesta glucémica está determinada fundamentalmente por la tasa de la digestión luminal de los alimentos, por la cantidad y el tipo de carbohidratos. Existen fórmulas enterales dirigida a pacientes diabéticos en las que la respuesta glucémica aún no se ha establecido. Se plantea determinar la respuesta glucémica en adultos sanos, de una fórmula disponible en el mercado diseñada para diabéticos.

Métodos: En un estudio experimental, aleatorizado y controlado, 20 sujetos sanos (10 hombres y 10 mujeres) entre (16 y 25 años) consumieron aleatoriamente 2 alimentos: cada uno en una cantidad de 50 g de carbohidratos: la fórmula enteral polimérica para diabéticos y el alimento estándar (pan blanco). Las muestras de sangre fueron tomadas después de 10 horas de ayuno y a los tiempos 15, 30, 45, 60, 90, 120 min posterior a la ingesta, para esto se empleó los test ANOVA multivariante y ANOVA con muestras repetidas,

considerándose estadísticamente significativo una p<0,05. El área bajo la curva de glicemia (ABC) fue calculada para determinar la respuesta glucémica.

Resultados: Se expresan como la media ± DE. El área bajo la curva fue significativamente más baja para la fórmula enteral 11718,20 ± 1112,38 que para el pan blanco 13269,18 ± 1351,05, (p<0,001). La respuesta glucémica fue más alta para el pan blanco que para la fórmula nutricional (p<0,001).

Conclusiones: La respuesta glucémica de la fórmula enteral evaluada resultó significativamente más baja en relación al alimento de referencia, debido a que la variabilidad en éste indicador es distinta en los pacientes con diabetes, sería conveniente comparar éstos resultados en ensayos con pacientes diabéticos y no diabéticos de otros países; generando un gran aporte para futuras investigaciones.

Palabras clave: Carbohidratos. Diabetes, Respuesta Glucémica.

N03. COMPARACIÓN DE LA RESPUESTA GLICÉMICA DE DOS FÓRMULAS ENTERALES PARA DIABÉTICOS EN ADULTOS SANOS

L. Angarita¹, J. López Miranda³, D. Aparicio, K. Parra¹, M. Uzcátegui¹, N.Reyna.²

¹Escuela de Nutrición y Dietética, ²Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas "Dr. Félix Gómez", Facultad de Medicina, Universidad del Zulia – Venezuela. ³Departamento de Medicina. Universidad de Córdoba.

Objetivos: La tasa de la digestión luminal de los alimentos, determina en gran medida la respuesta glucémica. Específicamente la cantidad y el tipo de carbohidratos, constituyen dos factores predictores de la variabilidad en este indicador. Hipotéticamente, la composición nutricional de las fórmulas enterales para diabéticos contienen carbohidratos de absorción más lenta. El objetivo de este estudio fue comparar la respuesta glucémica en adultos sanos, de dos fórmulas disponibles en el mercado diseñada para diabéticos.

Métodos: El tipo de investigación es experimental, con un tipo de estudio aleatorizado y controlado de 10 sujetos sanos (5 hombres; 5 mujeres) (entre 25 y 38 años), quienes consumieron aleatoriamente 4 alimentos: cada uno en una cantidad de 50 gramos de carbohidratos: dos fórmulas enterales poliméricas para diabéticos de distinta formulación (FA); (FB); además de dos alimentos de referencia: pan blanco (PB), y la solución glucosada (SG). Las muestras de sangre fueron tomadas después de 10 horas de ayuno y a los tiempos 15, 30, 45, 60, 90, 120 minutos posterior a la ingesta, empleándose como pruebas comparativas

ANOVA multivariante y ANOVA con muestras repetidas, considerándose significativo una $p < 0,05$. El área bajo la curva de glicemia, fue calculada para determinar la respuesta glucémica.

Resultados: Se expresan como la media \pm DE. El área bajo la curva de las fórmulas enterales fue significativamente ($p < 0,001$) más baja 11278,12 \pm 979,3 (FA) y 12980,9375 \pm 1073,56. (FB) al comparadas con los alimentos de referencia: (PB) 13464,375 \pm 1788,24 y (SG) 13850,1563 \pm 1282,4015. La respuesta glucémica fue más alta para los alimentos de referencia que para las fórmulas nutricionales ($p < 0,001$); sin diferencias significativas entre estas. ($p > 0,002$).

Conclusiones: Las fórmulas enterales evaluadas resultaron con una respuesta glucémica más baja que los alimentos de referencia, sería de interés indagar en estudios posteriores indicadores como el índice glucémico y la carga glucémica de estas fórmulas, además de realizar estas comparaciones entre pacientes diabéticos.

Palabras claves: Diabetes, Respuesta Glucémica, Fórmulas Enterales

N04. EFECTO DE LA ADICIÓN DE FIBRA SOBRE LA CARGA GLICÉMICA EN FÓRMULAS ENTERALES PARA DIABÉTICOS

L. Angarita¹, J. López Miranda³, D. Aparicio, K. Parra¹, M. Uzcátegui¹, N.Reyna.²

¹Escuela de Nutrición y Dietética, ²Centro de Investigaciones Endocrino-Metabólicas "Dr. Félix Gómez", Facultad de Medicina, Universidad del Zulia – Venezuela. ³Departamento de Medicina. Universidad de Córdoba.

Objetivo: El consumo de carbohidratos simples, y una carga de fibra disminuida, se relacionan con un riesgo mayor de diabetes. La carga glucémica está constituida por el índice glucémico y la cantidad de carbohidratos del producto. Se pretende comparar el efecto de la adición de fibra sobre la carga glucémica de una fórmula enteral, para diabéticos en sujetos sanos.

Métodos: En un estudio experimental, aleatorizado y cruzado, de 10 voluntarios sanos entre (23 y 38 años); consumieron aleatoriamente 4 tipos de alimentos: cada uno en una cantidad de 50 g de carbohidratos: la fórmula enteral polimérica para diabéticos (FN), el alimento estándar (pan blanco) (PB), solución glucosada (SG), y la fórmula nutricional para diabéticos con adición de fibra (FNF) en una proporción de 3,33g/100 ml. Las muestras fueron tomadas después de 10 horas de ayuno y a los tiempos 15, 30, 45, 60,

90, 120 min posterior a la ingesta, para su análisis se utilizaron ANOVA multivariante y ANOVA con muestras repetidas, considerándose significativo una $p < 0,05$. La carga glucémica fue determinada dividiendo el IG (índice glucémico) de las fórmulas por 100 y después, multiplicando el resultado por el contenido de carbohidratos.

Resultados La carga glucémica fue mas alta para pan blanco que para cada una de las fórmulas nutricionales, (24,08 \pm 3,35); sin diferencia significativa ($p > 0,05$), con un valor de (23, 89 \pm 3,22) para la (FN) y (22,98 \pm 2,52) para la fórmula nutricional enriquecida con fibra. (FNF)

Conclusiones: La adición de fibra a la fórmula enteral no afecta significativamente la carga glucémica; futuras investigaciones podrían indagar sobre una proporción de fibra mayor.

Palabras clave: Fibra, Carga Glucémica, Carbohidratos

SUPRARRENALES. CORTICOSTEROIDES

SC01. PACIENTE MASCULINO PORTADOR DE UN FEOCROMOCITOMA E HIPERALDOSTERONISMO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Majorie Villalobos, Dávila Darling, Miguel Sánchez, Luna Magd, Lilia Uzcátegui.

Unidad de Endocrinología. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida, Venezuela.

Objetivo: Presentar caso clínico en masculino con adrenalectomía izquierda por feocromocitoma, con hipertensión arterial e hipokalemia persistente posterior a la cirugía. Se hace revisión de la literatura.

Caso Clínico: Masculino de 44 años de edad, hipertenso de más de 20 años de evolución quien consulta por presentar debilidad muscular que afecta las cuatro extremidades, sudoración nocturna, palpitaciones y cifras tensionales

elevadas de difícil manejo de cuatro meses de evolución. Antecedentes patológicos: Diabetes mellitus tipo 2 (3 meses de evolución). Antecedentes Familiares: madre con diabetes tipo 2 y cardiopatía isquémica. Examen físico: PA: 140/110mmHg, acantosis nigricans, obesidad abdominal, fuerza muscular 4/5 simétrica. Paraclínica: Glicemia: 79 mg/dL, ACTH: 4,6 pg/mL, Cortisol am: 5,8 μ g/dL, Cortisol pm: 4,8 μ g/dL Acido Vanililmandélico: 75,37 mg/24h (VR: 0,5-12 mg/24H). Na+:

147mEq/L, K⁺: 2,8mEq/L. RMN Abdominal: LOE suprarrenal izquierdo, con realce tras gadolinio. Estudio gammagráfico que evidencia hipercaptación suprarrenal izquierda compatible con lesión MIBG captante. Se práctica adrenalectomía izquierda, inmunohistoquímica reporta Feocromocitoma suprarrenal inmunoreactivo a vimentina y a los marcadores de diferenciación neuroendocrina: Enolasa específica de neurona (NSE), cromogranina-A y PGP 9.5. Evolución clínica tórpida persiste elevación de presión arterial e hipokalemia, se repite

TAC Abdominal reporta LOE suprarrenal Derecho con MIBG negativo. AVMA 5,78mg/24h. Renina 1ng/mL/h, Aldosterona 15ng/dl.

Conclusión: La coexistencia de feocromocitoma y hiperaldosteronismo es infrecuente, reportándose pocos casos en la literatura. Su asociación se explica por simple coincidencia, factores genéticos y/ o por efectos paraneoplásicos del tumor.

Palabra claves: feocromocitoma, hiperaldosteronismo, tumor suprarrenal.

SC02. HIPOKALEMIA SEVERA ASOCIADA A HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO A PROPOSITO DE UN CASO.

Carvajal Andrea, Huérfano Tanit, Licon Carmen, Vargas Jean, Díaz Laura, Bolívar Yulimar, Ramírez Maricela.

Servicio de endocrinología y enfermedades metabólicas, Hospital Militar "Dr Carlos Arvelo" Caracas. Venezuela.

Objetivo: El hiperaldosteronismo primario (HP) engloba a un grupo de desordenes en donde existe una producción elevada de aldosterona, no dependiente del Sistema Renina Angiotensina Aldosterona y no suprimible por una carga de sodio, que genera como consecuencia supresión de renina plasmática, retención de sodio y excreción de potasio, hipertensión arterial y daño cardiovascular. Las causas más comunes, son la hiperplasia suprarrenal bilateral (60%) y el adenoma suprarrenal (35%).

Caso Clínico: Paciente femenino de 47 años de edad con antecedente de HTA e hipokalemia de larga data (aprox 15 a) en tratamiento regular con espironolactona, amlodipina y ramipril, quien en el último año ha presentado episodios de parestesias y parálisis muscular por hipokalemia razón por la cual es referida para estudio. Durante su ingreso se realizan estudios Paraclínicos cuyos resultados evidencian hiperfunción cortical de glándulas suprarrenales caracterizados por nivel de potasio en 2,3 mEq/l, Aldosterona basal en 479 pg/ml (40-310), renina 5,9ug/ml (4,4-46) se realiza

test confirmatorio de supresión de aldosterona con solución fisiológica con resultado positivo para hiperaldosteronismo; se realiza estudio de resonancia magnética con contraste de glándulas suprarrenales en donde se evidencia aumento de tamaño de glándula suprarrenal derecha de 3,5 por 2 cm. Se inicia tratamiento con suplementos de potasio de liberación prolongada vía oral y espironolactona logrando mantener niveles de potasio en rangos normales. Se presenta caso a servicio de urología para resolución quirúrgica, realizándose adrenalectomía derecha, con normalización postoperatoria en los controles de potasio, aldosterona, renina y presión arterial. El hiperaldosteronismo primario está catalogado como la principal causa endocrinológica de hipertensión arterial siendo la variante hipokalemica la de menor frecuencia de los casos con el 23 %. Solamente los casos de patología unilateral de la glándula suprarrenal son susceptibles de tratamiento quirúrgico y mejoría completa de cuadro clínico.

Palabras clave: aldosterona, hiperaldosteronismo primario, hipertensión arterial, hipokalemia.

SC03. HIPERCORTISOLISMO ENDÓGENO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Mederico Maracelly, Villarreal Yuraima, Uzcategui Lilia

Servicio de Endocrinología. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes Mérida, Venezuela

Objetivo: Presentar caso clínico de femenino portadora de hiper cortisolismo endógeno.

Caso Clínico: Femenino de 42 años con inicio de enfermedad actual de 1 año de evolución caracterizado por aumento de peso (8Kgs aprox.) hasta la obesidad con predominio de distribución centrípeta de la grasa, cefalea, edema generalizado, cara de luna llena, cuello con cojinete adiposo lateral, polidipsia vespertina, estreñimiento, caída del cabello, hirsutismo y poliartralgias. Antecedente de HTA hace 2 años, sin adecuado control. Al examen físico: TA: 120/80mmHg, Peso: 68kg, Talla: 1.58 cms, IMC: 27.3 kg/m², CC: 98cms, facies abotagadas, hipertriosis e hirsutismo moderado (áreas facial, sacra y antebrazos), almohadillado región supraclavicular, con prótesis mamarias, Abdomen globoso con estrías rubras, miembros inferiores hematomas dispersos, edema generalizado. Paraclínicos: Glicemia Basal: 84mg/dL, Glicemia PP: 94mg/dL, Insulina Basal: 8,05mIU/mL; Insulina PP: 26,45UI/mL; Sodio: 142mEq/l, Potasio: 4,1mEq/l, CT: 318,7mg/dL, HDLc:37,1mg/dL, LDLc:254,7mg/dL, TG:134,5mg/dL, T4L:1,34ng/dL, TSH:0,59uU/mL, TT:0,095ng/mL; Rx Torax: Signos

cardiopatía hipertensiva. Test de HTA: 108/75mmHg. ECO renal: Microlitiasis Renal Bilateral. Determinación de Cortisol am: 26.3 µg/dL y Cortisol pm: 21.4 µg/dL. Ante la pérdida del ciclo circadiano solicita Cortisol Urinario: 632µg/24h (VR: <124 µg/24h). Prueba de supresión con 1mg de dexametasona: Cortisol 28,7 µg/dL (VR: 8,7-22,4 µg/dL), ACTH: 0,01 pg/mL; Prueba Supresión de dexametasona dosis bajas: Cortisol am: 32,1 µg/dL; y con altas dosis: 25,9 ug/dL. Se Realiza RMN de abdomen: Tumoración en glándula adrenal derecha (Adenoma 3.7cm). DXA T-score columna: -2.8 y cadera: -1.9. Se programa Resolución Quirúrgica.

Conclusiones: La mayoría de los tumores de la glándula suprarrenal son funcionantes y se presentan clínicamente como síndromes de hiperfunción. Los adenomas de corteza constituyen 36% de los incidentalomas, son productores de cortisol, con valores de ACTH disminuidos, lo cual causa atrofia de la corteza adrenal no afectada, estableciéndose el diagnóstico Síndrome de Cushing independiente de ACTH.

Palabras Claves: Hiper cortisolismo Endógeno, Sx Cushing, Hipertensión.

TIROIDES

T01. EVALUACIÓN DE LA GLÁNDULA TIROIDES EN PACIENTES CON ACROMEGALIA.

María Alejandra Aponte Faría, Franklin Ablan-Candia, Irene Stulin, María A. Castillo, Faezal Mehetau.

Servicio de Endocrinología. Hospital de Vargas. Caracas. Venezuela.

Los acromegálicos tienen mayor prevalencia de trastornos de la tiroides, particularmente de bocio nodular no tóxico y carcinoma. Estudios reportan asociación entre el volumen de la glándula y la duración o actividad de la enfermedad. La exposición sostenida a IGF-1 parece jugar un rol importante en el aumento de tamaño y el desarrollo de cáncer en estos pacientes. El tejido tiroideo expresa tanto receptores de GH como de IGF-1, estableciéndose posibles acciones paracrina-autocrinas locales. Se conoce además el efecto sinérgico de la interacción TSH/IGF-1. El propósito de nuestro trabajo fue evaluar la función y morfología de la tiroides en pacientes con Acromegalia referidos al Servicio de Endocrinología del Hospital Vargas de Caracas.

Objetivos: Determinar la función de la tiroides. Establecer antecedentes personales y/o familiares de enfermedad tiroidea. Describir la morfología de la tiroides en términos de volumen, ecopatrón, y presencia de nódulos.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo. Se midieron niveles de TSH, T4 libre, Anticuerpo antiperoxidasa, Anti-

tiroglobulina, Insulina basal, GH e IGF-1 basal y post supresión con carga glucosada, con técnica de quimioluminiscencia en una serie de 10 pacientes con Acromegalia. Se clasificaron en 2 grupos: Enfermedad activa (n=7) vs inactiva (n=3), según los criterios estandarizados. Se les realizó US tiroideo con efecto doppler, por el mismo operador y equipo. Se realizó PAAF de lesiones sólidas o mixtas mayores de 1 cm o sospechosas de malignidad.

Resultados: 90% de los pacientes tuvieron TSH normal. 20% presentó anticuerpos antiperoxidasa positivos, uno de ellos (10%) con hipofunción asociada, y ecopatrón sugestivo de tiroiditis crónica. 80% tuvo T4 libres normales. La prevalencia de bocio (Volumen >16cc) fue del 50%. 60% presentó nódulos.

Conclusión: En esta pequeña serie encontramos que la función de la tiroides en la Acromegalia es predominantemente normal, mientras que su estructura está alterada por la presencia de nódulos.

Palabras clave: Acromegalia, Tiroides, Ultrasonido, Hormona de Crecimiento, IGF-1.

T02. CARCINOMA DE TIROIDES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES, PERÍODO 2000-2010

Marjorie Villalobos, María Alejandra Vergel, Yajaira Briceño, Mariela Paoli, Maracelly Mederico.

Unidad de Endocrinología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.

Objetivo: Conocer las características clínicas y demográficas del cáncer de tiroides en pacientes pediátricos del IAHULA, patología poco frecuente en este grupo etario.

Métodos: Serie de casos. Se revisaron 13 historias de pacientes pediátricos con cáncer de tiroides, 7 tenían información completa. Se evaluó: procedencia, sexo, edad, hallazgos clínicos y ecosonográficos, resultados de punción aspiración con aguja fina (PAAF), tratamiento seguido y continuidad en la consulta.

Resultados: El 42,5% provenían del estado Zulia, 28,5% de Mérida, 14,2% de Barinas y Táchira. El 85,7% eran de sexo femenino, con una edad promedio de 14,5 años y un rango de 13 a 17 años. La presentación más común fue bocio uninodular (71,4%), seguido de multinodular (28,5%). La función tiroidea estaba disponible en 6 pacientes, 4 tenían eufunción y 2 hipofunción. La PAAF estaba registrada en 3 pacientes, 2 eran sugestivas de malignidad. El ecosonograma fue orientador de malignidad en 3 pacientes (hipervascularización

y nódulos sólidos). Se realizó tiroidectomía total en 6 casos y parcial en uno, este último ameritó reintervención. El tiempo entre diagnóstico y cirugía fue de 1,7 meses. Los resultados histopatológicos fueron carcinoma papilar en 5 pacientes (1 microcarcinoma, 2 mínimamente invasores y 2 invasores con metástasis a ganglios), carcinoma folicular en uno y mixto en un paciente. El 71,4% recibieron terapia ablativa con 150 mCi de radioyodo, aproximadamente tres meses luego de la cirugía. Se dio terapia supresiva con levotiroxina a 85,7% de los pacientes, y hubo una alta tasa de abandono de la consulta.

Conclusión: La mayoría de los pacientes de esta muestra procedían de estados vecinos de Mérida, de sexo femenino y cursaban con bocio uninodular eufuncionante. La PAAF se registró en menos de la mitad de los pacientes. La conducta más frecuente fue tiroidectomía total más radioyodo y terapia supresiva. Predominó el carcinoma papilar, como se describe en otras series.

Palabras claves: cáncer de tiroides, niños, tiroidectomía total.

T03. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO Y EVOLUCIÓN DEL CARCINOMA DE TIROIDES EN EL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES, AÑOS 2003 AL 2010.

Vielma Marly, Benítez Isabel, Paoli Mariela, Zerpa Yajaira

Unidad de Endocrinología. Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida-Venezuela

Objetivos: Describir las características clínicas, el manejo y la evolución del carcinoma de tiroides en adultos.

Métodos: En un estudio descriptivo, se revisaron las historias de los pacientes con Cáncer de Tiroides que acudieron al Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (I.A.H.U.L.A.), en el periodo 2003-2010. Se registraron género, edad, procedencia, diagnóstico de ingreso, resultados de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) y ultrasonido, extensión de tiroidectomía, terapia con radioyodo, tipo histopatológico, terapia supresiva con levotiroxina, resultados de tiroglobulina y recidivas. Se investigaron asociaciones entre las variables.

Resultados: Hubo 148 casos de carcinoma de tiroides. La

edad promedio fue de 44 años y el grupo más afectado fue el de 40 a 49 años (27,7%), predominó en el sexo femenino 122 (82,4%) con una relación 4:1. El 48,7% se presentó con Bocio Multinodular (BMN) y el 44,7% con uninodular, la mayoría en eufunción tiroidea (73,2%). El resultado de la PAAF estuvo disponible en 74 pacientes y fue positiva en el 47,3%; el ultrasonido se registró en 71 pacientes y el 54,9% tuvieron nódulo sospechoso. Se practicó tiroidectomía total en el 89,5% de los casos, resultando la mayoría con variedad papilar, 124 (81,6%), seguido por folicular en 18 (11,8%) y medular y anaplásico en 3 casos cada uno. El 91,3% recibió terapia con radioyodo y el 64,8% terapia supresiva con levotiroxina. Hubo

seguimiento adecuado en 57 pacientes, de los cuales 18 (31,5%) presentaron recidiva; ésta se asoció con el sexo masculino, el tipo folicular, la falta de supresión de TSH y los niveles altos de tiroglobulina.

Conclusión: Las características clínicas, el manejo y la evolución de este grupo de pacientes con carcinoma de

tiroides es similar al reportado en la literatura, excepto por una presentación más frecuente con BMN. Es necesario realizar un adecuado registro de las evaluaciones y del seguimiento de los pacientes.

Palabras clave: Carcinoma tiroides. Clínica. Tratamiento. Evolución.

T04. SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LA PUNCIÓN POR AGUJA FINA DE LA TIROIDES Y DEL CORTE CONGELADO EN PACIENTES INTERVENIDOS EN L.U.M.A.I.M., BARCELONA.

Patricia Ledwith, Rosa Elena Jaramillo, Miguel Bracho, Argimiro Rodríguez, César Pacheco, Luis Vásquez, Camilo Vivas, Eduardo Benavides, Grace Socorro, Cira De Freitas.

Unidad de Mastología y Atención Integral a la Mujer. Barcelona-Anzoátegui. Venezuela.

Objetivos: Determinar la sensibilidad y especificidad de la punción por aguja fina (PAF) del tiroides y del corte congelado (CC) en pacientes intervenidos en la Unidad de Mastología y Atención Integral a la Mujer con diagnóstico de patología nodular de tiroides en el período comprendido entre los años 2006 a 2010 inclusive.

Métodos: Se revisaron los historiales de 222 pacientes tratados quirúrgicamente en esta institución, en el período comprendido entre 2006 a 2010, de los cuales 63 presentaron diagnóstico definitivo de cáncer, y se recolectó la información referente a los resultados de la punción por aguja fina y corte congelado, manifestaciones clínicas, y otros estudios complementarios realizados. Se determinó la sensibilidad y especificidad de cada uno de estos métodos.

Resultados: En esta muestra la técnica de PAF mostró una alta sensibilidad (76,2%) para la detección de cáncer papilar

de tiroides, y también una alta especificidad (98,8 %). La sensibilidad de la técnica de corte congelado fue de 80%, discretamente mayor que la de la PAF y la especificidad de 97%, similar a la de la PAF. Con respecto al valor predictivo positivo, éste fue de 96% para la PAF, y de 93% para el corte congelado. El valor predictivo negativo fue de 88,7 % para la PAF, y de 91% para el corte congelado.

Conclusiones: Tanto la PAF como el CC son métodos diagnósticos que presentan una alta sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo en el diagnóstico del paciente con patología nodular del tiroides. Estos métodos diagnósticos son complementarios y útiles en momentos clínicos distintos.

Palabras claves: Sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, punción por aguja fina de tiroides, corte congelado, cáncer papilar de tiroides.

T05. COMORBILIDAD TIROIDEA EN PACIENTES CON CANCER DE TIROIDES TRATADOS EN LA UNIDAD DE MASTOLOGIA Y ATENCION INTEGRAL A LA MUJER.

Patricia Ledwith, Rosa Elena Jaramillo, Miguel Bracho, Argimiro Rodríguez, César Pacheco, Luis Vásquez, Camilo Vivas, Eduardo Benavides, Grace Socorro, Cira De Freitas.

Unidad de Mastología y Atención Integral a la Mujer. Barcelona-Azoategui. Venezuela.

Objetivos: Determinar si existe patología tiroidea benigna asociada, en los pacientes tratados quirúrgicamente por cáncer de tiroides.

Métodos: Se revisaron los historiales de 222 pacientes tratados quirúrgicamente en esta Institución, en el período comprendido entre 2006 a 2010, de los cuales 63 presentaron diagnóstico definitivo de cáncer, y se recolectó la información referente al número de pacientes con cáncer de tiroides que tenían otra patología nodular benigna, sus manifestaciones clínicas, y estudios complementarios.

Resultados: Se encontró 54 % de los pacientes con diagnóstico único por Anatomía Patológica de cáncer. En esta población se encontró que 36 % de los pacientes presentaban un diagnóstico benigno adicional, y 10 %, presentaban dos diagnósticos benignos adicionales, para un total de aproximadamente 46 % de pacientes que presentaba cáncer y otra u otras patologías

tiroideas benignas. El diagnóstico más frecuentemente asociado fue tiroiditis linfocítica crónica. La presentación morfológica del bocio en pacientes con cáncer fue bocio multinodular en 52 %, y bocio uninodular en 48%.

Conclusiones: En esta población existe un porcentaje alto de comorbilidad tiroidea benigna, con casi la mitad de los pacientes con cáncer de tiroides y otra u otras patologías tiroideas benignas. Tomando en cuenta esta serie, ante el estudio de pacientes con bocio multinodular, debe siempre considerarse la presencia de más de una patología tiroidea, lo que en algunos casos dificulta el diagnóstico clínico, ya que se pueden superponer las manifestaciones clínicas de las distintas entidades.

Palabras claves: Comorbilidad tiroidea, patología nodular benigna, cáncer de tiroides, bocio multinodular, nódulo propósito.

T06. CANCER DE TIROIDES. 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE MASTOLOGÍA Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER. BARCELONA. EDO ANZOÁTEGUI. VENEZUELA.

Rosa Elena Jaramillo, Patricia Ledwith, Eduardo Benavides, Miguel Bracho, Argimiro Rodríguez, César Pacheco, Luis Vásquez, Camilo Vivas, Grace Socorro, Cira De Freitas.

Unidad de Mastología y Atención Integral a la Mujer. Barcelona. Edo Anzoátegui. Venezuela.

Objetivos: Conocer la frecuencia del cáncer de tiroides en pacientes intervenidos quirúrgicamente por patología nodular tiroidea entre los años 2006-2010 en nuestra Institución describiendo la forma de presentación, tipo histológico, y estadificación tumoral de acuerdo al sistema de estadificación TNM.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal obtenido mediante

revisión de historias clínicas de 222 pacientes operados por patología nodular tiroidea en el período 2006-2010.

Resultados: En esta serie, 63 pacientes (28%) tenían cáncer de tiroides, de los cuales 90% eran mujeres, y la edad promedio fue de 48,9 años, con rango entre 28 y 85 años. La presentación del bocio fue multinodular en 52%, uninodular en 48%, y 76% estaban eutiroideos. El tipo histológico más frecuente de

carcinoma fue el papilar (84%) seguido del folicular (13%), y los de células de Hürthle y anaplásico, ambos en 1,5%. Resultaron microcarcinomas, (tamaño menor a 1cm), el 9,5% de esta serie. La estadificación del cáncer de tiroides de acuerdo al sistema TNM correspondió en 62%, 19%, 11%, y 8% a los estadios I, III, II y IV respectivamente.

Conclusiones: El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina

más frecuente, y nuestros resultados son similares a los reportes mundiales con respecto a la mayor incidencia del cáncer tiroideo en mujeres, predominio del cáncer papilar sobre los otros cánceres, y la estadificación TNM, sin embargo, tenemos una alta frecuencia de cáncer tiroideo en relación a otras series.

Palabras claves: Patología nodular tiroidea, cáncer de tiroides, cáncer papilar, microcarcinoma, estadificación TNM.

T07. PATOLOGÍA NODULAR TIROIDEA. 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE MASTOLOGÍA Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA MUJER. BARCELONA. EDO ANZOATEGUI. VENEZUELA

Rosa Elena Jaramillo, Patricia Ledwith, Miguel Bracho, Argimiro Rodríguez, César Pacheco, Luis Vásquez, Camilo Vivas, Eduardo Benavides, Grace Socorro, Cira De Freitas.

Unidad de Mastología y Atención Integral de la Mujer. Barcelona. Edo Anzoátegui. Venezuela.

Objetivos: Conocer las características clínico-patológicas de la enfermedad nodular tiroidea en los pacientes intervenidos quirúrgicamente entre los años 2006 a 2010 en la Unidad de Mastología y Atención Integral de la Mujer.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal realizado mediante la revisión de las historias clínicas de 222 pacientes operados en nuestra Institución por patología nodular tiroidea, agrupados en relación a sexo, edad, estatus funcional, realización de punción aspiración con aguja fina (PAAF), intervención practicada, resultados de Anatomía Patológica en todos los casos, y las complicaciones postoperatorias más frecuentes.

Resultados: En esta serie el 93,6% de los pacientes fueron femeninos, la edad promedio fue de 48,6 años, los antecedentes familiares de enfermedad tiroidea y la cirugía previa de tiroides ambos fueron de 6,31%, y los antecedentes de irradiación al cuello de 0,9%. La presentación clínica más frecuente fue bocio multinodular (BMN) en 52,8%, y 78,38% de esta serie estaban eufuncionantes. A un 86,9% se

le realizó PAAF ecoguiada categorizada por la clasificación de Bethesda (2009), la mayoría de las veces analizada por 1 citotecnólogo al momento de la punción. Las biopsias definitivas fueron benignas en 72% de los pacientes, con 52% de hiperplasia nodular, y 28% del total resultó con cáncer tiroideo, con predominancia del cáncer papilar (84%). Se realizó tiroidectomía total en 59,9% de los pacientes. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron hipocalcemia transitoria (6,3%), disfonía (4,9%), e hipoparatiroidismo (1,8%).

Conclusiones: En esta serie de 222 pacientes nuestros resultados son similares a otras series en relación a la mayor prevalencia de patología nodular tiroidea en el sexo femenino, presentación clínica, patología benigna y complicaciones postoperatorias. Sin embargo, se reporta una mayor frecuencia del cáncer de tiroides en relación a otras series.

Palabras claves: Patología nodular tiroidea, PAAF de tiroides, bocio multinodular, hiperplasia nodular, cáncer de tiroides, cáncer papilar.

T08. SÍNDROME ADENOMEGALICO COMO EXPRESIÓN DE UN CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES COMPLICADO CON HIPERFUNCIÓN TIROIDEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gerardo Rojas¹, Lucia Villamizar¹, Yajaira Briceño¹, Demian Spinetti², José Valderrama².

¹Servicio de Endocrinología. ²Servicio de Cirugía Oncológica. Hospital Universitario de los Andes, Mérida, Venezuela.

Objetivo: Presentar el caso clínico de un paciente masculino portador de carcinoma papilar de tiroides complicado con hiperfunción tiroidea el cual se presenta como un síndrome adenomegalico.

Caso Clínico: Se trata de paciente masculino de 37 años de edad, el cual se presenta con enfermedad actual de 5 meses de evolución aproximadamente caracterizado por aumento de volumen en región cervical derecha, de aproximadamente 5 centímetros de diámetro, no dolorosa, sin cambios de coloración ni temperatura acompañado de pérdida de peso, 12 kilogramos, sudoración profusa a predominio nocturno, palpitations, cansancio fácil y debilidad generalizada. Valorado por cirujano oncólogo el cual realiza exéresis de ganglio cervical encontrando al estudio histológico Carcinoma papilar de Tiroides bien diferenciado estatóxico. Se realizan Ultrasonido de cuello y tiroides encontrando bocio multinodular con nódulos hipoecoicos de diferentes tamaños, hipervascularizados, con ganglios cervicales derechos que impresionan metastásicos, del lado izquierdo normales, tomografía de tórax y abdominal

sin alteraciones. Laboratorio el cual reporta T4L: 2.17 pg/ml y TSH: 0.004 ugr/ml. Se inicia tratamiento con antitiroideos (metimazol) a dosis de 30 mgr cada 8 horas, betabloqueantes (propranolol) 40 mgr cada 12 horas, esteroides (prednisolona) durante 2 meses sin obtener mejoría paraclínica por lo que se agrega solución de lugol por 10 días. Permanece con medicación inicial por 6 meses hasta que se consigue estabilización hormonal preparándose para la cirugía.

Conclusión: La primera descripción de cáncer de tiroides en pacientes hipertiroideos corresponde a Sokal en 1954. Desde entonces varios estudios, aunque con amplias variaciones en la prevalencia encontrada de la asociación, han demostrado que la coexistencia de un cáncer tiroideo en el contexto de un hipertiroidismo no es tan infrecuente como se pensaba, y que probablemente dicha prevalencia tienda a incrementarse en las series más recientes como consecuencia de estudios más detallados.

Palabras clave: Síndrome adenomegalico. Carcinoma papilar de tiroides.

T09. HEPATITIS MEDICAMENTOSA POR METIMAZOL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Gerardo Rojas¹, Lucia Villamizar², Isabel Perez², Roald Gomez³

¹Servicio de endocrinología, Hospital del IVSS "Dr. Jose G. Hernandez" Acarigua- Portuguesa, ²Servicio de endocrinología Hospital "Dr. Jesús M. Casal Ramos" Acarigua- Portuguesa. ³Hospital Universitario de los Andes, Mérida, Venezuela.

Objetivo: Presentar el caso clínico de un paciente portador de enfermedad de Graves – Basedow el cual realizo hepatitis medicamentosa asociada al uso de metimazol.

Caso Clínico: Se trata de paciente masculino de 50 años de edad, hipertenso conocido, portador de enfermedad de Graves – Basedow, de recién diagnóstico, 15 días aproximadamente, en tratamiento con metimazol: 10 mgr cada 8 horas más betabloqueantes (bisoprolol) mas esteroides (deflazacort), el cual acude por enfermedad actual de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal, difuso aunque a predominio de hipocondrio derecho, moderada intensidad, continuo, a diario, concomitantemente coloración amarilla de piel y mucosas, progresiva, además de alzas térmicas, no cuantificadas, atenuadas con acetaminofen, prurito generalizado, que se acentúa durante las noches, nauseas y vómitos en varias oportunidades, al inicio alimentarios luego líquidos, astenia y adinamia. A su ingreso cuenta blanca de 12300, segmentados 81%, BT: 10,83 mgr/dl, BD: 9,94 mgr/dl y BI: 0,89 mgr/dl,

dl, TGO: 531 UI/ml, TGP: 655 UI/ml, TP: 20” y TPT: 50”. Ultrasonido abdominopelvico que reporta: hepatomegalia moderada, bazo dentro de límites normales, LOE renal derecho. Valorado por gastroenterología sin evidencia de hepatopatía infecciosa y/o neoplásica. Se inicia tratamiento con Carbonato de Litio: 300 mgr cada 8 horas, se cambia betabloqueante a propanolol: 40 mgr cada 12 horas y reinicia esteroides vía oral. **Conclusión:** En la enfermedad de Graves Basedow el tratamiento del paciente para lograr la curación y/o mejoría inicial de las manifestaciones clínicas de esta patología se consigue con el empleo de drogas tipo metimazol y propiltiouracilo (PTU) con muy pocos eventos adversos, no obstante un porcentaje muy pequeño (menos del 1%) presenta como complicación una colestasis intrahepática, la cual se corrige retirando el medicamento y probando otras terapias. Por todo lo anterior se decide presentar este caso poco común.

Palabras clave: Graves Basedow, hepatitis medicamentosa al Metimazol.

T10. PRESENTACIÓN DE CARCINOMA MIXTO PAPILAR Y FOLICULAR DE TIROIDES EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE GRAVES-BASEDOW. Caso Clínico.

Figueroa Luis¹, García Franklin¹, González Miriam¹, Corzo Gabriela¹, Hernández Evelyn¹, Agostini Maria I¹, Cano Raquel¹, Zavala, Laura¹, Tromp Yelitza¹, Guerrero Jennifer¹, Emperatriz Aguero²

¹ Servicio de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas Hospital Universitario de Caracas. Caracas, Venezuela. ² Instituto anatomopatológico “Dr. José Antonio O’Daly”, Sección de Citopatología.

Objetivo: La aparición simultánea de diferentes tipos de carcinomas tiroideos en un mismo paciente es muy inusual. Se han observado combinaciones de carcinoma papilar y folicular pero no se han reportado de forma conjunta con la enfermedad de Graves-Basedow.

Caso clínico: Paciente clínicamente estable, con IMC calculado en 41/m2, acantosis nigricans. Se palpa aumento de volumen en región anterior de cuello, de consistencia renitente y nódulo en lóbulo derecho. TSH: <0,004µUI/mL, T3L: 4,76; T4 L: <0,004. TgB: 287mg/dl. Ecograma tiroideo: Estado posttiroidectomía subtotal. Adenomegalias en zona III izquierda. Biopsia: Carcinoma papilar bien diferenciado a tiroides, variedad folicular, localizado en istmo y lóbulo izquierdo. Carcinoma

folicular oxifilico con infiltración capsular. Tratamiento médico y quirúrgico: tiroidectomía total + vaciamiento central. Euthyrox: 150µg/día. En espera de dosis ablativa con I131.

Conclusión: Varios genes y alteraciones genéticas involucradas en la tumorigénesis de cada tipo de cáncer de tiroides han sido identificadas. Mutaciones somáticas RAS en el carcinoma folicular y re-arreglos somáticos de RET/PTC así como mutaciones TRK y BRAF, han sido identificadas en el carcinoma papilar. El caso expuesto presenta las manifestaciones clínicas así como las paraclínicas para carcinoma mixto asociado a enfermedad de Graves-Basedow

Palabras clave: tumores mixtos, carcinoma folicular, carcinoma papilar, enfermedad de Graves-Basedow.

T11. TIROIDITIS BACTERIANA POST ADMINISTRACION DE VACUNA AH1N1

Suniaga, María¹; Daza, Miguel²; Hurtado, Rafael³; Penna, Salvador⁴, Silva Rafael⁵; Villarroel, Omar⁶.

¹ Unidad Endocrinológica CIMA. Puerto Ordaz. ² Universidad de Oriente, Ciudad Bolívar. ³ Hospital de Clínicas CECIAMB, Puerto Ordaz. ⁴ Cátedra de Fisiopatología, Universidad de Oriente. ⁵ Infectología IVSS Raúl Leoni, Puerto Ordaz. ⁶ Laboratorio de Endocrinología ED-GAR, Caracas. Venezuela.

Objetivo: La inmunología está ligada directa e indirectamente con la patología tiroidea. Un ejemplo de la forma directa la constituye la Tiroiditis, tanto en su fase aguda como crónica, por ser una de las enfermedades inmunológicas más conocida. La forma indirecta es la relación con el uso de las vacunas donde el antígeno se acopla a una especie de complejo o ayudante para darle mayor fortaleza a la medicación, por otra parte es conocido el uso de sustancias como mercurio y formol en el mantenimiento de la pureza en diferentes vacunas. Dichas sustancias interfieren en la síntesis de I. A tal propósito se presenta un caso de Tiroiditis Bacteriana posterior al uso de la vacuna contra la gripe AH1N1.

Caso clínico: Paciente femenina, 21 años, sin antecedentes personales ni familiares de algún proceso infeccioso y/o viral ni patología tiroidea alguna, quien fue vacunada con la cepa AH1N1, 24 horas antes del inicio de la enfermedad actual. Presento proceso febril, dolor en cara anterior de cuello, irradiado a región occipital y oídos, por lo cual acudió al Infectólogo,

quien observó aumento difuso de cara anterior del cuello, doloroso a la palpación y adenopatías dolorosas cervicales. La paciente se automedicó con antibióticos vía oral durante 3 días. Fue referida a cirugía, en donde se realizó punción con aguja fina. El estudio citológico reportó sustancia de fondo coloidal, células foliculares aisladas, células espumosas, linfocitos, polimorfonucleares neutrófilos, con diagnóstico compatible con Tiroiditis. Ecosonograma: Glándula con aumento de tamaño, Parénquima ecomixto, propio de Tiroiditis. Laboratorio: VSG 110, CB 9300, Segm 84%, Linf 16%, Plaquetas 617.000, T4L 8 ng/dl, TSH 0,045 µU/ml, Tiroglobulina 231, AAT microsom. < 10, AAT antitiroglobulina < 20, GMG con ausencia de captación de tejido tiroideo. Resultados compatibles con Tiroiditis.

Conclusiones. Alertar a la población susceptible. Informar a las autoridades sanitarias como denuncia obligatoria a fin de evitar complicaciones. Dar mayor importancia a medidas preventivas que curativas.

Palabras clave: Tiroiditis Bacteriana, vacuna AH1N1.

T12. NEM II A. FORMAS. A DE PRESENTACION PROPOSITO DE 2 CASOS

Ortiz M, Palmucci G, González CI, Ramírez X, Gómez P, Chacín N, Fierro E

Unidad Nacional de Endocrinología y Metabolismo. Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño". Caracas-Venezuela

CASO I. Paciente femenina de 34 años de edad, natural del Estado Guárico, procedente de la localidad, quien IEA en el año 2008, cuando presenta aumento de volumen en región anterior de cuello, a lo cual se asocia disfagia y disfonía, por lo que acude a consulta del servicio de cirugía del HMPC, solicitándose US tiroideo que reporta Bocio a predominio derecho con nódulo único de 4.8 cm, hipervascularizado con PAAF de 08/2009: "Hiperplasia Coloide Nodular". El día

24/08/10 se realiza lobectomía derecha con CC "positivo para malignidad" por lo que se completa tiroidectomía total sin vaciamiento ganglionar. La AP definitiva reportó Ca Medular, motivo por el cual es referida a nuestro servicio. Luego de varias consultas, se realizan exámenes complementarios encontrando pruebas de calcitonina negativas en 3 oportunidades, prueba de estimulación de calcitonina con gluconato de calcio negativa, CEA positivo a las 4 semanas de post operatorio que luego da negativa en el control de abril 2011, DMO con osteoporosis en columna según población de referencia (Z), y PTH intacta que se mantiene elevada en distintas oportunidades. El resto de los exámenes complementarios están dentro de límites normales (metanefrinas, TAC de cuello y abdomen con contraste).

CASO II. Paciente femenina de 29 años de edad, natural y procedente de Pto La Cruz, quien IEA hace 2 años cuando presenta aumento de volumen en región anterior de cuello, concomitante malestar general, debilidad generalizada y síntomas gastrointestinales inespecíficos asociado a dolor lumbar derecho motivo por el cual consulta a médico

privado quien indica perfil tiroideo (normal), US Tiroideo (Tiroides multinodular con múltiples adenomegalias) y TAC abdomino pélvica (LOE suprarrenal derecho), motivos por el cual es referida a Caracas al HOPM para evaluación y control. Realizan suprarrenalectomía derecha con hallazgos tanto en anatomía patológica como inmunohistoquímico positivo para feocromocitoma. Luego en octubre de 2010 realizan tiroidectomía total mas disección cervical bilateral compartimientos II al VI con hallazgos de Carcinoma Medular Multicéntrico de Tiroides.

La Neoplasia Endocrina Múltiple IIA consiste en la asociación de Feocromocitoma, hiperparatiroidismo y Ca medular de tiroides. Es de herencia autosómica dominante y suele presentarse en la segunda década de la vida. El carcinoma medular de tiroides constituye 5-10% de los carcinomas tiroideos y puede presentarse de forma esporádica (75%) o en forma familiar (15%), como parte del síndrome de neoplasia endocrina múltiple IIA. La presencia de adenopatías al momento del diagnóstico es de un 15 a un 50% de los casos y las metástasis a distancia aparecen en un 20% de los casos y están en función del tamaño tumoral. Nuestras pacientes presentaron de manera común aumento progresivo de glándula tiroides, donde una además presentó signos y síntomas sugestivos de feocromocitoma que se confirma en evaluaciones posteriores. La otra a pesar de estar asintomática para esta entidad, cursa con elevación sostenida de PTH lo que agregaría desde el punto de vista bioquímico diagnóstico de hiperparatiroidismo.

T13. CÁNCER MEDULAR DE TIROIDES: UN ENFOQUE DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Chacín N, Fierro E, Gómez P, Palmucci G, González CI, Ortiz M, Ramírez X

Unidad Nacional de Endocrinología y Metabolismo. Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño". Caracas, Venezuela.

Objetivos. Describir los nuevos avances en cuanto al diagnóstico y tratamiento del cáncer medular de tiroides.

Métodos: Se expone una revisión de la literatura actual de los nuevos avances en cuanto a protocolo diagnóstico y tratamiento del cáncer medular de tiroides.

Resultado: El cáncer medular de tiroides fue descrito por primera vez por Jaquet como un "bocio maligno con amiloide". En 1959 Hazard y cols proveen descripción histológica definitiva y se plantea su origen en las células C parafoliculares de la tiroides que derivan de la cresta neural. Corresponde al 2 a 5% de todos los casos de cáncer de tiroides. Desde el inicio de su presentación tiene alta tendencia a metastatizar teniendo un curso más agresivo que el cáncer papilar o folicular. La supervivencia es intermedia entre cáncer bien diferenciado y pobremente diferenciado. Los factores pronósticos son la edad al momento del diagnóstico, el estadio TNM (AJCC 6th), los niveles preoperatorios de calcitonina y CEA. El protocolo diagnóstico consiste en determinación de enfermedad familiar Vs esporádica, calcitonina, CEA y estudios de imagen a fin de estadificar la lesión. El tratamiento es quirúrgico realizándose tiroidectomía casi total más disección ganglionar compartimiento cervical VI y lateral del cuello dependiendo de la presencia de ganglios o calcitonina preoperatoria. Para

casos más avanzados se plantean tratamiento de rescate con quimioterapia (Dacarbazina, 5-fluorouracilo y doxorubicina con escasa respuesta) Radio fármacos (MIBG-I123 u octreótide con muy pobres resultados) Anticuerpos radio marcados (Acs monoclonales contra CEA, se ha utilizado para subtipos muy agresivos de CMT). Se han planteado nuevas opciones con mejores resultados: Inhibidores de Tirosin Kinasa: (Imatinib, Vandetanib, Motesanib o Sorafenib) Antifúngicos aislados a partir del *Streptomyces spiroverticillatus* (Tautomocina/tautomocetina) y otras drogas disponibles: Bortezomib (inhibidor de proteasomas), Ácido Valproico (inhibidor de acetilasa de histonas).

Conclusiones: El cáncer medular de tiroides es una entidad poco frecuente con un pronóstico intermedio entre cáncer diferenciado y anaplásico. El tratamiento sigue siendo quirúrgico y debe hacerse despistaje genético en familiares de primera línea del paciente índice. Se han planteado nuevas opciones terapéuticas con resultados intermedios que pueden considerarse como tratamiento de pacientes con enfermedad avanzada que no sean candidatos de nuevas intervenciones quirúrgicas.

Palabras clave: Cáncer medular tiroides, diagnóstico, tratamiento.

T14. SINDROME POLIGLANDULAR. TIROIDITIS DE HASHIMOTO Y OOFORITIS AUTOINMUNES.

Omidres Pérez¹, Roberto Suárez¹, María M. Ramírez², Eugenia Gallego³, Francisco Carvelli¹, Franklin Ablán³.

¹ UNEMOR, ² Hospital Antonio Patricio Alcalá, ³ Hospital Vargas de Caracas. Venezuela.

El síndrome poliglandular autoinmune se define como una rara endocrinopatía caracterizada por la coexistencia de al menos dos enfermedades glandulares autoinmunes. Se presenta paciente femenina de 31 años de edad, diagnosticada desde el 2004 con Síndrome de Ovario Poliquístico sin embarazos previos. Inicia consulta en el año 2008 presentando obesidad grado 2, hipertensión arterial, Ferriman 8 puntos y bocio. Se medica para el control de los factores de riesgo y se encamina un estudio integral. En los exámenes iniciales se comprueba hemoglobina, calcio y fósforo normales, eutiroides, con anticuerpos anti-tiroglobulina y antiperoxidasa negativos, niveles de cortisol adecuados preservando ritmo circadiano, curva de tolerancia con criterios de prediabetes. Ecosonografía tiroidea confirma bocio multinodular con nódulo dominante en lóbulo izquierdo de 1,17 x 0,88 cm. En el 2009 se realiza punción aspiración con aguja fina de nódulos tiroideos informándose Tiroiditis de Hashimoto. No asiste a consulta hasta junio del 2010 refiriendo un año de amenorrea. Se realizan estudios hormonales y se detectan valores de FSH en 53,3 mUI/ml y estradiol menor de 20 pg/ml por lo que ante la sospecha de fallo ovárico precoz se decide indicar anticuerpos anti-ováricos los cuales fueron positivos certificando el diagnóstico de ooforitis autoinmune.

Los anticuerpos anti islotes, anti insulina y anti ácido glutámico decarboxilasa fueron negativos. La Ooforitis autoinmune representa el 4% de las pacientes con fallo ovárico prematuro espontáneo. Puede verse asociado a la presencia de anticuerpos contra múltiples órganos endocrinos como parte de síndromes de fallo poliglandular autoinmune. Nuestra paciente presentaba bocio multinodular definido como una Tiroiditis de Hashimoto lo que confirma la afectación inmunológica de la glándula. No obstante, la asociación exclusiva de afectación inmunológica ovárica y tiroidea no está descrita dentro de las clasificaciones actuales del síndrome poliglandular autoinmune. No se ha comprobado hasta ahora en nuestra paciente implicación adrenal, paratiroidea ni estigmas autoinmunes periféricos no glandulares. Pensamos que asistimos a este caso de forma prematura y la evolución en el tiempo pudiera añadir otras evidencias autoinmunes. La causa autoinmune en la insuficiencia ovárica siempre debe rondar el pensar y el actuar de los médicos que asisten a una paciente joven con amenorrea de causa no explicada mucho más si se confirma la coexistencia de afectación tiroidea como ocurrió en este caso.

Palabras clave: ooforitis, tiroiditis de Hashimoto, síndrome poliglandular autoinmune

T15. LINFOMA PRIMARIO DE TIROIDES. A PROPOSITO DE UN CASO

Laura Giraldo M, Neri Carvallo, María T. Doti.

Unidad de endocrinología. Hospital "Dr. Domingo Luciani" (IVSS). Caracas, Venezuela.

Objetivo: El linfoma primario de tiroides (LPT) es un tipo de cáncer de tiroides infrecuente. Corresponde al 1 - 5% de las patologías malignas de la glándula y 1 - 2% de los linfomas extranodales. Está asociado a enfermedades tiroideas autoinmunes pre-existentes. La mayoría se origina a partir de linfocitos B, con menor frecuencia de linfocitos T, con características bioquímicas y/o ultrasonográficas de tiroiditis linfocítica crónica (TLC) y de éstos, 50% aproximadamente con hipotiroidismo. El riesgo de LPT es 60 veces mayor en pacientes con TLC.

Caso clínico: Se evaluó paciente femenina de 60 años, con antecedente de bocio multinodular e hipotiroidismo primario por TLC, desde el año 2005, cuando consulta por aumento de volumen en cuello. Recibe tratamiento con levotiroxina 100 µgr diarios. Es reevaluada en Octubre de 2008, refiriendo síntomas compresivos. Se realiza biopsia (PAAF) en 2 oportunidades, resultando insuficientes para diagnóstico, planteándose resolución quirúrgica mediante tiroidectomía total. El estudio anatomopatológico reportó Linfoma Difuso

inmunofenotipo B, primario de tiroides, asociado a tiroiditis de Hashimoto. El perfil inmunohistoquímico arrojó positividad para CD20 y CD79a. Se le practica TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis evidenciándose granuloma calcificado parahiliar derecho (5 mm). Resto sin lesiones de extensión. En 2010, acude a control por endocrinología, encontrándose en estables condiciones.

Conclusión: La clasificación europea-americana de neoplasias linfoides y la clasificación OMS (1999), divide los LPT histológicamente en LDGCB, linfoma marginal de células zona B asociado al tejido linfoides de mucosas (MALT) y linfoma de células foliculares (LCF). El LDGCB, es el más común de LPT. Con respecto al inmunofenotipo, los LDGCB son positivos para CD20. La mayoría son linfomas de células B positivos para Bcl-6. La mitad muestra positividad para Bcl-2 con CD5, CD10 y CD 23 negativos, con una supervivencia específica a 5 años de 75%.

Palabras claves: Linfoma primario de tiroides, Tiroiditis linfocítica crónica.

T16. HIPERTIROIDISMO INDUCIDO POR AMIODARONA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

María Teresa Doti, Enrique Iván Ramos M.

Unidad de Endocrinología Hospital General del Este Dr. Domingo Luciani, Caracas Venezuela.

La incidencia de la tirotoxicosis inducida por amiodarona (AIT) en pacientes con tratamiento crónico con este fármaco está entre el 2 y el 10%. En su desarrollo se han implicado mecanismos inmunológicos y citotóxicos inducidos directamente por la amiodarona y alteraciones en los mecanismos de regulación de la función tiroidea por el yodo intratiroideo. Se acepta la existencia de dos mecanismos fisiopatológicos en el desarrollo de la AIT. En el mecanismo tipo I (Jod-Basedow), la exposición de una glándula con autonomía funcional latente a dosis altas de yodo induciría el aumento de la síntesis hormonal. El mecanismo tipo II consistiría en una ATI, con liberación de grandes cantidades de hormonas presintetizadas. Se sugiere también que pueden existir casos de AIT debidos a un mecanismo mixto. Se ha sugerido que el conocimiento incompleto de la patología de la AIT ha contribuido a que

los resultados de la respuesta al tratamiento varíen en las distintas series. El reconocimiento del mecanismo concreto que subyace en cada paciente permitiría pautar el tratamiento adecuado. Presentamos un caso de AIT recientemente atendido en nuestro servicio que ilustran que, a pesar de los avances, la AIT sigue constituyendo un reto diagnóstico y terapéutico. Paciente de 44 años de edad masculino con antecedente de arritmia supraventricular en tratamiento con amiodarona desde hace 2 años, quien presenta taquicardia, mareos, nerviosismo y pérdida de peso con TSH disminuida y fracciones libres de T4 aumentadas, hipovascularización en el doppler color tiroideo con quiste en lóbulo tiroideo izquierdo, se inicia tratamiento con prednisona beta bloqueantes y tapazol con mejoría de los síntomas.

Palabras clave: amiodarona, hipertiroidismo, tiroides.