

HIPÓFISIS Y SUPRARRENAL

Póster

Reporte de caso: síndrome de Cushing por carcinoide pulmonar, simulando origen hipofisiario

Leguizamón G¹, González A²; Buitrago R³; González MA⁴; Cuéllar A⁴; Tapiero M⁴ y Fierro Amaya F⁵.

¹ Médico Internista, Fellow Endocrinología Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

² Médico Internista, Fellow Endocrinología Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

³ Cirujano de Tórax, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.

⁴ Médico Internista, Endocrinólogo Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.

⁵ Endocrinólogo, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá, Colombia.

Introducción: Se describe el caso de una paciente con síndrome de Cushing dependiente, secundario a producción ectópica de ACTH por un tumor carcinoide de pulmón con pruebas bioquímicas y cateterismo de senos petrosos, que sugería origen central.

Materiales y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 54 años con diagnóstico de síndrome de Cushing dependiente de ACTH en 2013, con resonancia de silla turca normal y cateterismo de senos petrosos en 2015 que mostró gradiente positivo para origen central. Ante la persistencia de neuro-imágenes negativas para adenoma se extendió la búsqueda con tomografía de tórax en 2016, encontrándose un nódulo pulmonar sospechoso, por lo cual se sometió a lobectomía, con hallazgo histológico de un tumor carcinoide típico con expresión de ACTH en la inmunohistoquímica. La tomografía por emisión de positrones con galio 68 mostró persistencia de ganglio regional, llevándose a intervención quirúrgica, logrando remisión clínica y bioquímica.

También se hizo una revisión de la literatura sobre las formas de presentación del síndrome de Cushing por ACTH ectópica, dependiendo del grado histológico de la neoplasia que lo origina.

Discusión: El síndrome de Cushing secundario a la secreción de la hormona adrenocorticotrópica ectópica se ha descrito en asociación con una variedad de tumores, se describió hace más de ocho décadas con una prevalencia de 1,6% a 4,5% en pacientes con Síndrome de Cushing, tiene amplia variabilidad en la presentación clínica y la heterogeneidad de los tumores subyacentes asociados con este síndrome y se asocia con morbilidad y mortalidad significativas, lo que puede estar relacionado en parte con la mayor incidencia esperada de complicaciones infecciosas y trombóticas, por lo tanto es muy importante seguir un algoritmo diagnóstico.

Conclusiones: El síndrome de Cushing representa un reto diagnóstico y los tumores neuroendocrinos son tan heterogéneos que su comportamiento clínico puede hacer aún más difícil el diagnóstico, destacándose la importancia de un manejo multidisciplinario.

Póster

Características clínicas de los pacientes con acromegalia atendidos en el Servicio de Endocrinología del Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador

Acosta Naranjo WD¹; Salazar Vega JL²; Carrillo Rivadeneira DP³.

¹ Líder del Servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador.

² Médico tratante del Servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador.

³ Residente asistencial Endocrinología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador.

Servicio de Endocrinología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, Quito, Ecuador.

Líder del Servicio de Endocrinología del Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador.

Resumen

Se estudian las características clínicas de los pacientes con acromegalia atendidos en el Servicio de Endocrinología del Hospital Eugenio Espejo, Quito, Ecuador, en donde se identifican las comorbilidades que llevan a un incremento en el riesgo cardiovascular, se valora la calidad de vida y el uso de cirugía transesfenoidal y uso de análogos de somatostatina en el tratamiento, en un total de 45 pacientes con diagnóstico confirmado de acromegalia. Posterior al tratamiento, se valora reducción de incidencia de efectos adversos causados por el exceso de producción de GH e incluso valoración de curación.

Objetivos: Identificar la incidencia de comorbilidades que llevan a un incremento de la mortalidad por incremento del riesgo cardiovascular.

Valoración de calidad de vida con escala de AcroQuoL y síndrome de apnea del sueño.

Uso de cirugía transesfenoidal y uso de análogos de somatostatina (octreotide) para el tratamiento de la acromegalia.

Métodos: La acromegalia es un trastorno adquirido, poco frecuente, causada por la producción excesiva y crónica de hormona de crecimiento en la edad adulta, lo que con-

lleva a alteración somática progresiva y manifestaciones sistémicas como diabetes e hipertensión secundarias que llevan a incremento de mortalidad. Los siguientes resultados se basan en la recolección de datos y análisis del hospital de referencia en Quito, Ecuador.

Se realizó una recolección de datos transversal, se analizaron características propias de la enfermedad (hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia), así como la distribución por sexo y complicaciones asociadas, y la frecuencia de uso de los diferentes tratamientos.

Resultados: Se tomó un total de 45 pacientes con diagnóstico confirmado de acromegalia, de ellos 53,3% fueron mujeres y 46% hombres, con una edad entre 22 y 76 años, el 28% padecen hipertensión arterial, 24% diabetes mellitus, 26% hipertrigliceridemia, 26% disglucemia. El 60% se encuentran en tratamiento con octreotide y de ellos un 18% requirieron duplicar dosis a 40 mg mensual. El 48% de pacientes fueron sometidos a cirugía para excéresis de tumor hipofisario; de ellos, el 48% requirió uso de octreotide complementario. Apenas un 4,4% fue sometido a Gamma Knife. Del total de pacientes, un 8% se encuentran con persistencia de la enfermedad, a pesar de tratamiento. Además se toma en cuenta la calidad de vida (Escala AcroCoL), en donde no se cuenta con valor control previo al tratamiento, pero posterior al mismo solamente el 6,6% de pacientes consideran que la enfermedad deteriora de forma significativa su calidad de vida. Se determinó que un 22,2% de pacientes incrementó de la somnolencia (Escala Epworth), que se encuentra en relación a incremento de apnea – hipopnea del sueño. Además, 100% de los pacientes presentaron alteración de la conducción nerviosa en miembros superiores compatibles con síndrome de túnel del carpo.

Conclusiones: La acromegalia es una enfermedad poco frecuente y debe manejarse en un hospital de referencia, donde exista equipo multidisciplinario que pueda atenderlos, que asegure un tratamiento adecuado clínico-quirúrgico, cuya efectividad se mide con el descenso de los valores de GH e IGF-1 hasta llegar a rangos de curación cuando es posible.

Se aprecia que al menos un tercio de la totalidad de pacientes padecen complicaciones metabólicas asociadas, como hipertensión arterial, misma que duplica al estudio mexicano y se aproxima a cifras del registro suizo, en tanto que la diabetes mellitus presenta datos que superan al menos en 10 puntos al registro mexicano y europeo.

La acromegalia es una enfermedad con complicaciones que ponen en riesgo la vida del paciente y que deteriora su calidad de vida. Por lo tanto, mediante la aplicación de escala AcroQuoL, se apreció que un número muy reducido de pacientes en quienes se implantó tratamiento tienen deterioro significativo de su calidad de vida.

Se evidencia que por las alteraciones somáticas de remodelación de partes blandas y al presentarse un retraso diagnóstico, un tercio de los mismos sufren apnea hipopnea al menos en un grado leve, como lo determina el uso de la escala Epworth en forma aislada.

Con un tratamiento adecuado clínico con análogos de somatostatina, en nuestro caso octreotide, que es el único

a disposición, y quirúrgico, con especialistas neurocirujanos con experiencia en cirugía transesfenoidal se puede en gran medida disminuir el valor de IGF-1 a valores dentro de la normalidad, reduciendo la incidencia de efectos adversos causados por el exceso de producción de GH, e incluso llegando a curación. A pesar de esto, un número muy pequeño de pacientes mantiene persistencia de la enfermedad a pesar del tratamiento.

Palabras clave: Acromegalia; cirugía transesfenoidal; hormona de crecimiento.

Póster

Hipofisitis granulomatosa. Reporte de caso

Parra Serrano GA., Ferreira CA., Bolívar Aguilera IC., Sarmiento JG., Niño Meza OJ.

Fundación Oftalmológica de Santander, Clínica Carlos Ardila Lülle, Floridablanca, Santander, Colombia.

Introducción: La hipofisitis granulomatosa es uno de los cinco tipos de hipofisitis inflamatorias (linfocítica, granulomatosa, xantomatosa, xantogranulomatosa y necrotizante).

El compromiso de sistema nervioso central es de aproximadamente 22% al 50%, teniendo compromiso hipofisario el 1% de los casos.

Reporte de caso: Paciente femenina de 51 años de edad, con antecedentes de importancia, dados por síndrome de Sjögren y artritis reumatoide, Consulta por cuadro clínico de siete meses de evolución caracterizado por cefalea frontal que se irradia a zona occipital, asociado a náuseas y vómito, alteraciones en el estado de ánimo, dadas por ansiedad y un episodio psicótico caracterizado por alucinaciones de tipo mágico/religioso. Presenta lesión en silla turca, adenoma hipofisario intraselar que protruye ligeramente hacia la cisterna supraselar, sin compresión de quiasma óptico ni hidrocefalia, lesiones cavitadas en el lóbulo inferior del pulmón derecho. Se realiza resección de la lesión hipofisaria y se obtiene reporte de patología con lesión infiltrativa con relación a vasculitis severa necrotizante.

Discusión: La hipofisitis granulomatosa es una enfermedad autoinmune rara. La clínica de la hipofisitis granulomatosa se caracteriza por náuseas, vómito, meningitis, hiperprolactinemia y/o diabetes insípida. En el caso presentado, los síntomas con los que debuta la enfermedad son principalmente cefalea, náuseas, vómito y alteraciones del estado de ánimo y posteriormente presenta signos de rigidez nuca, lo cual se relaciona con los síntomas descritos por la literatura.

Conclusiones: Se debe sospechar hipofisitis granulomatosa en pacientes con síntomas como cefalea, náuseas y vómito que adicionalmente presenten alteraciones en hormonas hipofisarias.

Póster

Relación entre la composición corporal y los niveles séricos de cortisol en población universitaria

Tafolla MM, García MR, Guzmán JM, Ramírez S, López EI.

Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara. Tepatlán de Morelos, Jalisco, México.

El objetivo de este estudio fue determinar si existe relación entre la composición corporal y los niveles séricos de la hormona esteroidea cortisol, la cual está relacionada con el metabolismo lipídico. Para esto se realizó un estudio transversal analítico, incluyendo un total de 170 estudiantes del Centro Universitario de los Altos, el cual se encuentra ubicado en el municipio de Tepatlán de Morelos en Jalisco, México.

Los sujetos participantes fueron clasificados como bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad con base en su índice de masa corporal (IMC) o porcentaje de grasa. Posteriormente, se tomó una muestra de sangre para extraer el suero y proceder con la cuantificación del cortisol mediante un ensayo inmunoenzimático.

Para los valores de cortisol se registró una media de $8,34 \pm 2,60$ mcg/dl y un rango de 5,10 a 16,80 mcg/dl. Posteriormente, se realizó un análisis de varianza de los datos, considerando los grupos definidos según el IMC o porcentaje de grasa.

Los resultados muestran que existe una diferencia significativa de los valores de la media de cortisol entre los diferentes grupos ($p < 0,05$), siendo el grupo de obesidad el que mostraba mayores niveles. Según los resultados obtenidos podemos concluir que existe una relación entre los niveles séricos de cortisol y la composición corporal en nuestra población de estudio; por lo que consideramos relevante efectuar futuros estudios en donde se profundice sobre el papel que pudiera desempeñar el cortisol en la aparición de enfermedades crónicas o alteraciones metabólicas asociadas a la obesidad.

Póster

Absceso hipofisario espontáneo, un hallazgo intraoperatorio inusual

Sánchez P, Coy A, Rojas W, Zorro

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

Paciente masculino de 14 años, con antecedentes de obesidad e hipotiroidismo en suplencia con levotiroxina. Consultó por cuadro subagudo de cefalea súbita global de intensidad severa, al examen físico funciones mentales superiores nor-

males, no déficit de pares craneales, fuerza y sensibilidad conservadas, sin irritación meníngea. La angiorrsonancia mostró lesión selar de 15 mm sin efecto compresivo paraselar o supraselar. Ante la sospecha de neoplasia se realizó RM de silla turca con lesión adenohipofisaria, de 1,8 x 2 cm que contacta y desplaza quiasma óptico, neurohipófisis desplazada, con engrosamiento y ocupación de seno esfenoidal y celdillas etmoidales; la campimetría visual computarizada reportó defecto en cuatro cuadrantes, perfil hormonal con hiperprolactinemia leve, TSH y cortisol bajos, se inició suplencia con prednisolona y se optimizó dosis de levotiroxina.

Dados los hallazgos, se realizó nasofibrolaringoscopia que reportó septodesviación derecha no obstructiva, resto normal. Otorrinolaringología y neurocirugía consideraron abordaje quirúrgico endonasal, se programó septoplastia + esfenoidectomía. Durante procedimiento se documentó colección hipofisaria purulenta con detritos y pequeño componente sólido, se realizó drenaje de colección y lavado exhaustivo. En posoperatorio se inició manejo antibiótico con vancomicina, ceftriaxona y metronidazol. Ante presencia de poliuria e hipernatremia progresiva, se consideró diabetes insípida e inició desmopresina, con control de sintomatología y corrección de hipernatremia. Reporte de cultivo de secreción positivo para *Staphylococcus haemolyticus* metilino-resistente, infectología continúa vancomicina.

Evolución clínica posoperatoria satisfactoria, RM de seguimiento dentro de límites normales, finalizó 21 días de vancomicina y se dio egreso con linezolidina durante dos semanas, suplencia hormonal con prednisolona 7 mg q24h, desmopresina 1 puff q12h y levotiroxina 50 mcg q24h. Seguimiento ambulatorio sin signos clínicos de respuesta inflamatoria sistémica, examen físico con septum íntegro. Se consideró como diagnóstico absceso hipofisario espontáneo.

Póster

Resultados preliminares de la caracterización del hipoparatiroidismo en el Hospital Universitario San Vicente Fundación

Zea J, Londoño SA, Cardona E, Álvarez D, Gómez JD, Rúa C, Castro D, Builes CA, Román A.

Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.
Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Introducción: En Colombia no se conocen las características demográficas de los pacientes que padecen hipoparatiroidismo.

Métodos: Se recopilaron historias clínicas con CIE 10: E200, E201, E208, E209, E58X, E835, E892, C750, P714 y

D812. Se excluyeron menores de 18 años y pacientes sin reporte de PTH.

Resultados: Se documentaron 1,422 registros por CIE-10, se excluyeron 507 registros por ser menores de 18 años y episodios repetidos. Se encontró la siguiente distribución de hipoparatiroidismo: DiGeorge 1,09% (n=10), poscirugía 40,21% (n=368), trastornos del calcio 47,21% (n=432), no especificado 5,9% (n=54), otros tipos 1,86% (n=17), tumor de paratiroides 0,98% (n=9), deficiencia dietética de calcio 1,31% (n=12), pseudohipoparatiroidismo 0,66% (n=6) e idiopático 0,77% (n=7). Se han excluido 697 pacientes, 270 pacientes no contaban con valor de PTH. A la fecha, se han incluido 73 pacientes (hombres 11% (n=8)/mujeres 89%, (n=65) con una edad de 48,63±15,89 años. La principal causa de hipoparatiroidismo fue posquirúrgica (67/73, 91,8%), el 7% restante pertenecieron a causas no quirúrgicas (idiopático, autoinmune o irradiación). La comorbilidad más frecuente fue hipotiroidismo (83,6%) seguido de hipertensión arterial (38%). El calcio inicial fue 7,6±0,18, el calcio más bajo fue 7,16±0,18, la calciuria fue 235,9±64,8, el fósforo 5,09±0,15, la PTH 7,44±0,68, vitamina D 36,2±3,37, consulta a urgencias/anual 0,4±0,09. Se logró el control de la enfermedad en 63%; la dosis de calcio elemental fue 885 miligramos y de calcitriol 0,6 microgramos/día. 4,1% de los pacientes están con PTH.

Conclusión: Los resultados son similares a los reportados mundialmente, aunque el porcentaje de hipoparatiroidismo posquirúrgico es mayor (91,8% vs. 75%).

Póster

Hiperaldosteronismo primario asociado a rabdomiólisis hipocaliémica. Reporte de caso

Garavito L¹, Toro JP², Ramírez J, Builes Barrera CA³, Román González A³.

¹ Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

² Cirugía mínimamente invasiva Hospital Universitario San Vicente Fundación. Profesor, Departamento de Cirugía General, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

³ Internista Endocrinólogo, Hospital Universitario San Vicente Fundación. Profesor, Sección Endocrinología y Diabetes, Departamento de Medicina Interna, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Resumen

La debilidad muscular y la rabdomiólisis son manifestaciones de la hipocaliemia grave. En pacientes con hipertensión e hipocaliemia, siempre se debe descartar hiperaldosteronismo. Sin embargo, esta enfermedad es causa infrecuente de rabdomiólisis. Se presenta el caso de una mujer afrocolombiana de 26 años, residente de la ciudad de Medellín, quien consulta al Hospital Universitario San Vicente Fundación por presentar

debilidad muscular generalizada y progresiva, quien desarrolló rabdomiólisis secundaria a una hipocaliemia grave. Los resultados de los estudios realizados revelaron hipocaliemia grave (1,6 mEq/L), elevación extrema de la CPK 63.768 UI/L, alcalosis metabólica (gases arteriales pH: 7,5; pCO₂: 35; HCO₃: 27) y enzimas hepáticas alteradas (AST: 1776 ALT: 854). La concentración de aldosterona fue 68,8 ng/dl con renina suprimida (< 0,5 ng/L), previa suspensión de antihipertensivos y con potasio normal. La relación aldosterona/renina fue >136 ng/dl/ng/L (Normal menor de 3,8 ng/dl/ng/L). Se realizó test de confirmación con solución salina. La aldosterona posinfusión fue de 72,1 ng/dl. Se realizó tomografía adrenal que demostró un nódulo adrenal izquierdo compatible con adenoma y se realizó una adrenalectomía laparoscópica con éxito. La paciente fue dada de alta con curación de su hipertensión y normalización de la CPK (20 UI/L) y del potasio sérico (4,2 mEq/L). Este caso resalta la necesidad de medir potasio en todo paciente hipertenso. En caso de encontrar hipocaliemia, se debe descartar hiperaldosteronismo primario con medición de renina y aldosterona. En casos graves de hiperaldosteronismo, la hipocaliemia severa lleva a disfunción muscular y complicaciones fatales como falla renal aguda y muerte de origen cardiovascular.

Póster

Hipocaliemia refractaria como manifestación paraneoplásica por síndrome de Cushing ectópico. Reporte de casos

Coronel N, Pizza MJ, Aristizábal N, Torres JL.

Clínica Las Américas, Medellín, Colombia.

El síndrome de Cushing es el conjunto de signos y síntomas causado por el exceso de cortisol en el plasma, predominando las manifestaciones hidroelectrolíticas en los pacientes con secreción ectópica de la hormona adrenocorticotropa o corticotropina (ACTH, por sus siglas en inglés), comparado con los pacientes con enfermedad de Cushing que tienden a tener un fenotipo característico. La confirmación del hipercortisolismo es un proceso minucioso que debe hacerse ordenadamente para obtener un diagnóstico preciso.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas y clínicas de pacientes oncológicos con hipocaliemia refractaria a manejo médico convencional secundario a síndrome de Cushing ectópico.

Métodos: Reporte de casos de pacientes atendidos en la Clínica Las Américas.

Resultados: Dos pacientes con hipocaliemia refractaria a reposición de potasio oral e intravenoso y uso de ahorradores de potasio fueron estudiados con un algoritmo que incluye

la confirmación de hipercortisolismo, medición de niveles de ACTH y pruebas dinámicas de localización que confirmaron la secreción ectópica de corticotropina con posterior normalización de los niveles de potasio tras el uso de medicamentos con efecto inhibitor sobre la esteroidogénesis (ketoconazol); su pronóstico, sin embargo, estuvo determinado por la neoplasia de base.

Conclusión: La hipocaliemia refractaria a reposición convencional de potasio en pacientes oncológicos debe llamar la atención hacia la búsqueda de un posible hipercortisolismo secundario a secreción ectópica de hormona adrenocorticotropa, lo cual amerita un estudio juicioso.

Póster

Síndrome de Cushing: últimos siete años de experiencia clínica en provincia

Puentes ME, Pinzón A.

Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia.

Objetivo: Caracterización de pacientes con síndrome de Cushing en la ciudad de Neiva en el periodo 2012 a 2018.

Diseño estudio: Series de casos, retrospectiva y observacional.

Metodología: Revisión historias clínicas. Datos procesados en SPSS versión 24.0.

Resultados: Se hallaron 13 pacientes con diagnóstico de Cushing: 92% mujeres y 8% hombres. La edad media al diagnóstico fue 41 años. La característica clínica principal fue cara de luna llena con 92,3%, 70% presentaban obesidad; de éstos, 23% con obesidad GIII; otros hallazgos fueron: estrías hiperpigmentadas y giba de búfalo (69,2%), fragilidad cutánea, hirsutismo y alteraciones menstruales. Diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia se presentaron asociadas en 38,4%. 11 casos (84,61%) con origen hipofisario (10 microadenomas); 2 casos (15,38%) etiología adrenal. Tres pacientes con cateterismo de senos petrosos positivo, uno sin lateralidad.

En 10 de 11 pacientes con lesión de hipófisis se realizó cirugía transesfenoidal, la paciente con macroadenoma presentó fistula de LCR y meningitis. La inmunohistoquímica fue positiva para ACTH en siete casos, el mayor Ki 67 reportado fue 4%.

Durante el seguimiento del síndrome de Cushing, se halló cura en 7,69% y recurrencia en 30,7%. Dos pacientes fallecieron.

Conclusiones: El comportamiento del síndrome de Cushing en la provincia guarda las mismas características, sociodemográficas, etiológicas y clínicas de lo reportado en la literatura. Nuestras limitaciones son el acceso a grupos quirúrgicos expertos y el seguimiento oportuno debido a las características del sistema de salud.

Póster

Tumores hipofisarios en dos instituciones de salud de la ciudad de Neiva, 2013-2017

Pinzón A, Leiva LM, González JN, González MF, Guzmán H.

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, ENDHO Colombia IPS, Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia.

Objetivo: Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de tumor hipofisario.

Diseño del estudio: Observacional descriptivo de corte transversal y retrospectivo, entre los años 2013 y 2017, en pacientes atendidos en consulta externa y hospitalización en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo (HUHMP) y en ENDHO Colombia IPS.

Metodología: Se realizó una revisión documental y recopilación de información a partir de las historias clínicas, codificando y analizando de manera descriptiva e inferencial los datos en el programa estadístico SPSS 24.

Resultados: Se obtuvo una muestra no aleatoria de 107 pacientes, de los cuales el 75% tenía una edad igual o menor a 54 años, con una mediana de 39 años, predominando las mujeres (66,7%). La cefalea fue la principal manifestación clínica (21,5%), seguida de la obesidad y la amenorrea (16,8%) y el crecimiento acral (15,9%). Los macroadenomas hipofisarios se diagnosticaron con mayor frecuencia (59,8%); y se estableció una relación estadísticamente significativa entre sexo femenino y adenoma silente ($p = 0,025$), así como con sexo femenino y macroadenomas ($p = 0,017$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos en el estudio concuerdan con datos descritos a nivel mundial. Los tumores de hipófisis se diagnostican tarde, afectan a la población en edad reproductiva y laboralmente activa; y se asocian a enfermedades crónicas, por lo que es importante desarrollar estudios prospectivos para determinar posibles factores de riesgo.

Póster

Prolactinoma recidivante con compromiso del tercer par craneal

Garzón J, Rodríguez K, Sánchez S, Bolívar A, Pradilla G.

Introducción: El macroadenoma hipofisario recurrente puede asociarse a múltiples manifestaciones neurológicas; sin embargo, la parálisis del tercer par craneal es un hallazgo inusual. A continuación se presenta el caso de un prolactinoma recidivante asociado a compromiso del tercer par craneal.

Caso: Paciente masculino de 50 años, antecedente de resección total de la hipófisis por macroadenoma hipofisario con compresión de región talámica y del quiasma óptico y con extensión al seno esfenoidal, sin datos previos de compromiso de pares craneales. Recibió tratamiento con levotiroxina, testosterona y prednisona por panhipopituitarismo secundario. Consulta al servicio de urgencias en regulares condiciones generales, somnoliento, desorientado, con ptosis palpebral derecha, bradipsíquico, bradilálico y con hiporreflexia generalizada. Se documenta parálisis completa del tercer par craneal derecho.

Laboratorios: Hiponatremia leve y perfil tiroideo concordante con hipotiroidismo secundario. Estudio de líquido cefalorraquídeo con pleocitosis linfocitaria sin hipoglucorraquia.

Póster

Factores pronósticos de respuesta al tratamiento quirúrgico por vía transepto esfenoidal en pacientes con acromegalia

Robles E, Fernández V, Turcios SE, Leal L.

Instituto Nacional de Endocrinología, La Habana, Cuba.

La acromegalia es una enfermedad asociada a una elevada morbimortalidad. Las tasas de curación con la cirugía son variables y dependen de factores considerados pronósticos de la respuesta al tratamiento. El conocimiento de estos factores permitiría establecer guías y protocolos de trabajo que favorezcan una conducta adecuada.

Objetivo: Identificar los factores clínicos, bioquímicos e imaginológicos que pueden influir en la respuesta al tratamiento quirúrgico en pacientes con acromegalia atendidos en

Estudios microbiológicos negativos. Angiotomografía cerebral con evidencia de desplazamiento lateral de arteria carótida interna en la región selar y supraselar, debido a lesión expansiva redondeada y bien definida con diámetros aproximados de 24x18x20 mm. Se confirmó panhipopituitarismo secundario a resección de probable prolactinoma. Se inició tratamiento sustitutivo con glucocorticoides y levotiroxina, registrando una clara mejoría clínica.

Discusión: Aunque varios artículos han reportado la presencia concomitante de adenomas hipofisarios y parálisis de pares craneales, actualmente no hay informes de un macroadenoma hipofisario recurrente, con compromiso del nervio oculomotor, previamente sometido a resección quirúrgica total.

el Instituto Nacional de Endocrinología en el periodo de 2006 a 2017.

Metodología: Se realizó un estudio con diseño de factores pronósticos, a un total de 70 pacientes seleccionados, que fueron divididos en dos grupos: curados y no curados. Se llevó a cabo una distribución de frecuencias según la variable. Para el análisis de los factores pronósticos, inicialmente se realizó un análisis univariado para determinar la asociación entre las variables y la curación posquirúrgica y las que mostraron evidencia estadística se incluyeron en un modelo de regresión logística binaria. Se empleó la historia clínica como fuente de datos y se respetó la confidencialidad de los mismos.

Resultados y conclusiones: Los macroadenomas, el mayor grado de extensión del tumor y los valores preoperatorios de GH basal mayores de 15 ng/ml pueden ser considerados factores pronósticos de no curación posquirúrgica en los pacientes con acromegalia; mientras que la edad al diagnóstico, el sexo, el tiempo de evolución de la enfermedad, los valores preoperatorios de prolactina y el tratamiento previo con octreotida no se relacionaron con la respuesta al tratamiento quirúrgico.