

XXXVII CONGRESO

SVEDYN

ALCOI 20, 21 Y 22 DE NOVIEMBRE 2025
FUNDICIÓ RODES

PROGRAMA CIENTÍFICO



*Sve
Dy*

Sociedad Valenciana
de Endocrinología
Diabetes y Nutrición

Hospital General Universitario Virgen de los Lirios · ALCOI



ALCOI
DEPARTAMENT DE SALUT

COMITÉ ORGANIZADOR Carlos Pardo Ruiz
Cristian Marco Alacid
Paula Revert Marrahi
Lorena Arsís García
Marisa Martínez Santa María
Sara Trelis Clemente

COMITÉ CIENTÍFICO Ana Jiménez
Sandra Martínez
Evangelina Boix
Elisa Santacruz
Carmiña Fajardo
Cristian Marco
Sol Navas
Sergio Martínez
Natalia Fernández
Manuel Lapertosa

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENTA

Eva Solá Izquierdo

VICEPRESIDENTA

Katherine García Malpartida

SECRETARIA

Olalla Rubio Puchol

TESORERA

Beatriz Voltas Arribas

VOCALES

Manuel Lapertosa Gorban (Valencia)

José Javier Campuzano Jara (Alicante)

Begoña Pla Peris (Castellón)

Cintia González Blanco (Asistencial)

Evangelina Boix Carreño (Asistencial)

Cristina del Castillo Villaescusa (Activ. Endocrinología)

Cristina El Nagar Giménez (Vocal M.I.R)

Jueves 20 de noviembre 2025

PRECORNGRESO

PATROCINAN:



- | | |
|----------------------|--|
| 09:30 | Entrega de documentación |
| 10:15 - 10:30 | Bienvenida y presentación
Dra. Cintia González. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
Dr. Manuel Lapertosa. Hospital de Lliria |
| 10:30 - 11:00 | Nada es imposible para la fuerza: novedades en el manejo de los TNE
Dra. Lorena Hernández. Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia |
| 11:00 - 11:30 | Que la fuerza te acompañe: abordando la sarcopenia
Dr. Christian Salom. Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia |
| 11:30 - 12:00 | Pausa café |
| 12:00 - 12:30 | Yo soy tu padre: hipogonadismo masculino
Dra. Ines Modrego. Hospital de La Marina Baixa de Villajoyosa |
| 12:30 - 13:00 | Nunca subestimes el poder del lado oscuro: incidentaloma suprarrenal
Dr. Izabela Jalowiecka. Hospital Comarcal de Vinaroz |
| 13:00 - 13:30 | La rebelión es el inicio de la libertad: diabetes pregestacional: ¿sistemas de asa cerrada para todas? Una revisión crítica.
Dra. Beatriz Voltas. Hospital de Manises, Valencia |
| 13:30 - 14:00 | El miedo es el camino hacia el lado oscuro: papel del endocrinólogo en el abordaje del TCA
Dr. Javier Campuzano. Hospital General Universitario de Elda |
| 14:00 - 15:30 | Comida de trabajo |
| 15:30 - 16:00 | Siempre hay un maestro y un aprendiz: optimizado el control lipídico. En busca de la enfermedad arterioesclerótica subclínica.
Dr. Felipe Pardo. Hospital Universitario de La Plana, Vila-Real |
| 16:00 - 16:30 | El fracaso es el mejor maestro: abordando la obesidad en el anciano.
Dr. Enrique Matarrodona. Hospital Clínico Universitario de Valencia. |
| 16:30 - 17:00 | Los jedi no buscan la aventura, sino el conocimiento: ¿que aporta la ia en el manejo del nódulo tiroideo?
Dra. Ana Jiménez. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia |
| 17:00 - 17:15 | Conclusiones y cierre |

Viernes 21 de noviembre 2025

CONGRESO

- 8:30 Entrega de Documentación**
- 09:00-10:15 Comunicaciones Orales**
Moderadores:
Dr. Mario López. Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva
Dra. Ruth Sánchez. Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante
- 0-01 EXPERIENCIA EN EL CRIBADO DE DIABETES MELLITUS 1 PRESINTOMÁTICA EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL**
Dra. Elisa Tadeo. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia
- 0-02 EXPERIENCIA EN VIDA REAL DE FINERENONA**
Dra. Alicia Rizo. Hospital General Universitario de Castellón
- 0-03 ¿PRESENTAN UN COMPORTAMIENTO MÁS AGRESIVO LOS TUMORES HORMONONEGATIVOS DE ESTIRPE GONADOTROPA QUE LOS HORMONOPOSITIVOS?**
Dra. María Rodríguez-Bedoya. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante
- 0-04 SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DEL MODELO ENDOCARE (START-STOP) PARA EL MANEJO HOSPITALARIO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 CON TERAPIAS NO INSULÍNICAS: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO ENDOCARE ALC**
Dr. Juan Ramón Romero. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante
- 0-05 TRATAMIENTO INTRAVÍTREO ANTI-VEGF, TERAPIAS NEFROPROTECTORAS Y RESULTADOS RENALES EN PERSONAS CON DIABETES: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO R2TINA**
Dra. Ada María Roldán. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante
- 0-06 PREDICCIÓN DEL RIESGO DE MALIGNIDAD DE NÓDULOS TIROIDEOS CON CITOLOGÍA BETHESDA IV A PARTIR DE SU CLASIFICACIÓN ECOGRÁFICA MEDIANTE EL SISTEMA ACR TIRADS**
Dr. Guillermo Sanz. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia
- 10:15 - 11:45 Mesa 1: Diabetes**
Moderadora:
Dra. Beatriz Voltas. Hospital de Manises
- 10:15 MEJORANDO EL PRONÓSTICO DE LA ERC EN DM-2**
Dr. Sergio Bea. Hospital General Universitario de Valencia
- 10:35 NUEVOS TRATAMIENTOS DE LA POLINEUROPATIA DIABÉTICA DOLOROSA**
Dr. Juan José Tortajada. Hospital General Universitario Virgen de los Lirios de Alcoi
- 10:55 TECNOLOGÍA Y DM EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO**
Dra. Cintia González. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
- 11:15 Discusión**



Viernes 21 de noviembre 2025

CONGRESO

- 11:45 - 12:15 Pausa Café
- 12:15 - 12:45 Inauguración Oficial**
- 12:45 - 13:30 Conferencia Inaugural**
Moderador:
Dr. Antonio Pico. Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE PRECISIÓN EN ACROMEGALIA

Dr. Manel Puig. Hospital e Instituto de Investigación Germans Trias, Badalona

- 13:30 - 15:00 Comida de Trabajo



15:00 - 16:30 Mesa 2: Metabolismo Fosfocálcico

Moderador:
Dra. Inés Mondrego. Hospital Marina Baixa, Villajoyosa

15:00 MANEJO CLÍNICO DE LA HIPOFOSFATEMIA

Dr. Pedro López. Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante

15:20 TRATAMIENTO DEL HIPOPARATIROIDISMO CRÓNICO

Dra. Cristina Lamas. Hospital General Universitario de Albacete

15:40 OSTEOPOROSIS EN ENDOCRINOLOGÍA

Dra. Sandra Garzón. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

16:00 Discusión

16:30 - 17:30 Sesión Póster

Moderadores:
Dra. Irune Blanco. Hospital Universitario de San Juan de Alicante
Dra. Sara Franch. Hospital General Universitario de Castellón
Dra. Sandra Martínez. Hospital General Universitario de Elda

- 17:30 - 18:00 Pausa Café

18:00 - 19:00 Mesa 3: IA

Moderador:
Dr. Pablo Abellan. Hospital General Universitario de Castellón

18:00 UTILIDAD DE LA IA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA Y DOCENTE EN ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

Dr. Joaquin Puerma. Clínica online Cuida tus hormonas

18:20 EL PROCESO DE INNOVACIÓN CON IA: DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA CLÍNICA EN CONSULTAS

Dr. Antonio Martínez. Universitat Politècnica de València

18:40 Discusión

19:15 Asamblea de la Svedyn

Sábado 22 de noviembre 2025

CRONGRESO



- 9:30 - 11:00** **Mesa 4: Nutrición**
 Moderadora:
 Dra. Myriam Sánchez-Pacheco. Hospital General Universitario Doctor Balmis de Alicante
- 9:30** **¿TODAS LAS PROTEÍNAS SON IGUALES?: REVISIÓN CRÍTICA DE LAS FUENTES PROTEICAS (CASEINATO, SUERO, VEGETALES...) Y SU IMPACTO CLÍNICO SEGÚN EL CONTEXTO**
 Dra. Ana Sánchez. Complejo Hospitalario Ferrol
- 9:50** **ABORDAJE CRÍTICO DE LA DESNUTRICIÓN EN LA DIABETES**
 Dra. Katherine Garcia. Hospital Clínico Universitario de Valencia
- 10:10** **LA NUEVA DIETA RENAL: MENOS RESTRICCIÓN, MÁS ESTRATEGIA**
 D. Christian Mañas, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
- 10:30 Discusión
- 11:00 - 11:30 Pausa Café



- 11:30 - 12:30** **Mesa 5: Endocrinología**
 Moderadora:
 Dra. Rosa Casañ. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia
- 11:30** **MANEJO DEL PACIENTE CON CARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. GUIAS ATA 2025**
 Dr. Luis López. Hospital General Universitario de Elda
- 11:50** **TRATAMIENTO MÉDICO DE LA OFTALMOPATÍA TIROIDEA**
 Dra. Marta Pérez. Hospital Universitari I Politècnic La Fe de Valencia
- 12:10 Discusión
- 12:30 - 13:00** **Conferencia de Clausura**
 Moderador:
 Dr. Juan Francisco Merino. Hospital Universitari I Politècnic La Fe de Valencia
 Hospital de Día de Diabetes
- Dra. Ana Chico. Hospital Sant Pau, Barcelona
- 13:00 - 13:15** **Clausura**

COMUNICACIONES ORALES

Rizo, Alicia. Hospital General Universitario De Castellón EXPERIENCIA EN VIDA REAL DE FINERENONA.....	0-02
Rodríguez-Bedoya, María. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante ¿PRESENTAN UN COMPORTAMIENTO MÁS AGRESIVO LOS TUMORES HORMONONEGATIVOS DE ESTIRPE GONADOTROPA QUE LOS HORMONOPOSITIVOS?.....	0-03
Romero, Juan Ramón. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DEL MODELO ENDOCARE (START-STOP) PARA EL MANEJO HOSPITA- LARIO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 CON TERAPIAS NO INSULÍNICAS: ESTUDIO OBSER- VACIONAL PROSPECTIVO ENDOCARE ALC.....	0-04
Roldán, Ada María. Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante TRATAMIENTO INTRAVÍTREO ANTI-VEGF, TERAPIAS NEFROPROTECTORAS Y RESULTADOS RENA- LES EN PERSONAS CON DIABETES: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO R2TINA	0-05
Sanz, Guillermo. Hospital Universitario Doctor Peset, ValenCIA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE MALIGNIDAD DE NÓDULOS TIROIDEOS CON CITOLOGÍA BETHESDA IV A PARTIR DE SU CLASIFICACIÓN ECOGRÁFICA MEDIANTE EL SISTEMA ACR TIRADS.....	0-06
Tadeo, Elisa. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia EXPERIENCIA EN EL CRIBADO DE DIABETES MELLITUS 1 PRESINTOMÁTICA EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL	0-01

EXPERIENCIA EN EL CRIBADO DE DIABETES MELLITUS 1 PRESINTOMÁTICA EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Tadeo Morant E¹, Solá Izquierdo E¹, González Peiró C¹, Del Castillo Villaescusa C¹, Acevedo D¹, Esteve Vera J¹, Morillas Ariño C^{1,2}

1 Hospital Doctor Peset, Valencia

2 Fundación Fisabio, Valencia

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad autoinmune que cursa con una fase presintomática en la que es posible detectar autoanticuerpos dirigidos contra las células beta pancreáticas. Los familiares de primer grado presentan un riesgo entre 10 - 15 veces mayor de desarrollar la enfermedad. La presencia mantenida de dos o más autoanticuerpos específicos -antitiácido glutámico descarboxilasa (anti-GAD), antiproteína tirosina fosfatasa (anti-IA2), antiinsulina (IAA) y antitransportador de zinc 8 (anti-ZnT8)— confirma la DM1 presintomática, que se clasifica en estadio 1 (normogluceemia) y estadio 2 (disglucemia). El estadio 3 corresponde a la fase clínica de la enfermedad, con hipergluceemia manifiesta. La detección de un solo anticuerpo indica mayor riesgo de progresión a estadios clínicos.

El cribado de autoanticuerpos reduce el riesgo de cetoacidosis al debut y favorece una transición más fácil a la insulino terapia.

OBJETIVOS

Evaluar la prevalencia de autoanticuerpos asociados a DM1 en familiares de primer grado de pacientes ya diagnosticados para identificar individuos en estadios presintomáticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en el que se evaluó a 205 familiares de primer grado de pacientes diagnosticados de DM1 (33% hijos, 23% hermanos y 44% padres) con edades comprendidas entre 1 y 45 años, mediante la determinación anti-GAD, anti-IA2, IAA y anti-ZnT8 empleando la técnica quimioluminiscencia (CLIA). En los casos con positividad para uno o más autoanticuerpos se repitió la determinación a los 3 meses. Aquellos con positividad persistente de dos o más autoanticuerpos fueron sometidos a una evaluación metabólica completa, que incluyó prueba de sobrecarga oral a la glucosa (TTOG), HbA1c y monitorización continua de glucosa (MCG) ciega.

RESULTADOS

La edad media de los participantes fue de $26,2 \pm 17$ años. De los 205 individuos incluidos, 16 (7,8 %) presentaron positividad para un autoanticuerpo en la primera determinación. Tras repetir la prueba, 8 (3,9%) mantuvieron la positividad. Los anticuerpos detectados en orden de frecuencia fueron: IAA (44%), anti-GAD (25%), anti-ZnT8 (25%) y anti-IA2 (6%).

Cinco participantes (2,4%) presentaron positividad para dos o más autoanticuerpos aunque en uno de ellos la positividad se redujo a un único autoanticuerpo tras la segunda determinación. De los cuatro restantes:

Un paciente fue diagnosticado de estadio 3, con positividad para anti-IA2 y anti-GAD.

Tres fueron clasificados como estadio 1. El primero mostró anti-IA2 y anti-ZnT8 positivos y progresó a estadio 2 a los ocho meses; los dos restantes presentaron positividad para anti-GAD y anti-ZnT8, y además uno de ellos mostró anti-IA2 positivo.

CONCLUSIONES

De todos los pacientes analizados 10,2% mostraron resultados alterados. El cribado de autoanticuerpos en familiares de primer grado permite realizar un diagnóstico precoz en individuos de riesgo y podría prevenir episodios de cetoacidosis, así como facilitar una educación temprana y potencial acceso futuro a estrategias terapéuticas inmunomoduladoras.

EXPERIENCIA EN VIDA REAL DE FINERENONA

Rizo Gellida, A., Bono Velilla, A., Abellán Galiana, P., Maravall Royo, F.J., Gil Boix, J.V., Serisuelo Meneu, E., Merchante Alfaro, A. A.

Hospital General Universitario de Castellón. Sección de Endocrinología y Nutrición.

INTRODUCCIÓN: La albuminuria se asocia con el pronóstico renal y la mortalidad, independientemente de la tasa de filtrado glomerular (TFG) y de otros factores de riesgo cardiovascular. Además, constituye un marcador más precoz de enfermedad renal crónica (ERC) que la reducción de la TFG.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, en vida real, para analizar el impacto del inicio de finerenona en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), seguidos en consultas de endocrinología, que presentan un cociente albúmina/creatinina (CAC) >30mg/g pese a estar en tratamiento con IECA/ARA2 y/o ISGLT2. El objetivo fue evaluar, después de un mes de tratamiento, la seguridad del fármaco y los resultados preliminares de eficacia.

Se valoran los cambios precoces en TFGe, cifras de potasio y CAC, junto con la tolerancia y dosis alcanzada del fármaco. Otras variables analizadas fueron edad, peso, IMC, presencia de enfermedad macrovascular, años de evolución de la DM2, así como hemoglobina glicosilada (HbA1c).

Se aplicó una T de student para datos apareados comparando parámetros previos y posteriores al inicio del fármaco.

RESULTADOS: Se incluyeron 60 pacientes (46M/14F) con una edad media de 66,35±9,1 años. Se registra una media de peso de 87,5±18,9 Kg con un IMC de 31,5±5,3 Kg/m², media de HbA1c de 7,5±1% y una evolución de la enfermedad de 17,13±8,6 años. Presentan diagnóstico de hipertensión arterial el 93,33% de los pacientes, antecedentes de enfermedad cardiovascular 28 pacientes, con afectación coronaria 21 de ellos (35%) y cerebrovascular 7 (11,67%). En tratamiento previo con IECA/ARA 2 el 86,67% e ISGLT2 el 91,67%.

La dosis inicial de finerenona fue de 10 mg en 51 pacientes y 20 mg en el resto. 49 pacientes se realizan analítica al mes, presentando una reducción de TFG de 66,87±25,34ml/min a 64,15±26,8ml/min (p-valor 0,024) y un cambio en los niveles de potasio de 4,20±0,38mmol/l a 4,36±0,56mmol/l (p-valor 0,007). 26 pacientes se realizaron control de CAC al mes con una media inicial de 394,8±493,1mg/g vs 272,5±384,6mg/d (p-valor 0,007).

En el control del mes se aumenta a la dosis de 20 mg en 5 pacientes y 4 pacientes suspenden el fármaco, dos de ellos por molestias abdominales inespecíficas y los otros dos por hiperpotasemia con valores de 5,7 y 6,3mmol/l.

CONCLUSIONES: En nuestra muestra observamos una reducción significativa en los niveles de CAC sin un aumento de potasio que precise su discontinuación a excepción de 2 pacientes. A destacar que 11 pacientes no se realizaron el control analítico al mes. Se requiere un seguimiento a largo plazo para evaluar de manera precisa el impacto clínico de este nuevo fármaco.

¿PRESENTAN UN COMPORTAMIENTO MÁS AGRESIVO LOS TUMORES HORMONONEGATIVOS DE ESTIRPE GONADOTROPA QUE LOS HORMONOPOSITIVOS?

Rodríguez-Bedoya M.^{1 2}, Escalante M.³, Sansano E.⁴, Sottile Barrios J.², Navarro Calvo J.², Guillén Morote C.^{1 2}, Picó Alfonso A.^{1 2 5}

1 Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante

2 Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL)

3 Servicio de Análisis Clínicos, Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante

4 Servicio de Radiología, Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante

5 Universidad Miguel Hernández de Elche

INTRODUCCIÓN

Los tumores hipofisarios no funcionantes representan el 30–40 % del total, siendo una proporción significativa de estirpe gonadotropa. La clasificación de la OMS basada en factores de transcripción ha permitido reclasificar numerosos tumores previamente considerados “nulos” como gonadotropos. Sin embargo, dentro de este linaje existe heterogeneidad en la expresión hormonal: mientras que la mayoría conserva inmunotinción para LH y/o FSH (tumores hormonopositivos, TGHP), un subgrupo carece de expresión hormonal (tumores hormononegativos, TGHN). La relevancia clínica de esta distinción continúa siendo incierta, aunque se ha planteado que los TGHN podrían representar un fenotipo menos diferenciado, con un comportamiento más agresivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo en 49 pacientes intervenidos por tumor gonadotropo en el un hospital de tercer nivel (26 TGHP y 23 TGHN). Se han recogido variables clínicas, radiológicas e histopatológicas. Las comparaciones entre grupos se han efectuado mediante prueba de Mann–Whitney U y Chi-cuadrado. Se han calculado odds ratios (OR) con intervalos de confianza del 95 % (IC95%).

RESULTADOS

La edad al diagnóstico se ha mostrado similar en TGHP y TGHN (60 [50–70] vs 62 [51–73] años; $p=0,802$), al igual que el diámetro tumoral (27 [22–37] vs 30,5 [22–37] mm; $p=0,430$) y el índice Ki-67 (1,0 [1,0–1,3] vs 1,0 [0,6–2,2]%; $p=0,417$). No se han encontrado diferencias en sexo ($p=0,990$), número de cirugías ($p=0,929$), radioterapia ($p=0,923$) ni en apoplejía (11,5% vs 17,4%; $p=0,559$).

Los TGHP se han diagnosticado con más frecuencia de forma incidental (23,1% vs 8,7%; $p=0,174$), mientras que los TGHN han mostrado más déficit visual (47,8% vs 42,3%; $p=0,698$). El panhipopituitarismo se ha observado con más frecuencia en TGHN (43,5% vs 30,8%; $p=0,357$), mientras que la presencia de ≥ 1 déficit hormonal ha sido elevada en ambos grupos (69,6% vs 61,5%; $p=0,556$).

La invasión del seno cavernoso al diagnóstico (Knosp 3-4) se ha identificado más en TGHP (76,9% vs 59,1%; $p=0,184$), al igual que la hiperintensidad en RMN (84,6% vs 53,3%; $p=0,077$), mientras que la tasa de recidiva (76,9% vs 69,6%; $p=0,560$) y la presencia de restos tumorales postquirúrgicos (69,2% vs 65,2%; $p=0,765$) ha sido comparable.

CONCLUSIONES

Aunque no se han hallado diferencias estadísticamente significativas, se han observado tendencias clínicas: mayor invasión de seno cavernoso y mayor frecuencia de hiperintensidad en RMN en los TGHP; frente a mayor proporción de déficit campimétrico y panhipopituitarismo en los TGHN. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estudios multicéntricos con mayor tamaño muestral y la exploración de marcadores moleculares que permitan identificar dianas pronósticas y terapéuticas.

SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DEL MODELO ENDOCARE (START-STOP) PARA EL MANEJO HOSPITALARIO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 CON TERAPIAS NO INSULÍNICAS: ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO ENDOCARE ALC.

Autores: Romero Gómez JR. 1, Leiva N.1, Tejera A. 1, Santacruz E. 1, Climent V.3, Serrano J.1,2, Moreno-Pérez O.1,2

1. Department of Endocrinology and Nutrition. General University Hospital Dr. Balmis of Alicante. Institute of Health and Biomedical Research of Alicante (ISABIAL). Alicante, Alicante, Spain.
2. Department of Clinical Medicine. Miguel Hernández University.
3. Department of Hospital Pharmacy. General University Hospital Dr. Balmis of Alicante. Institute of Health and Biomedical Research of Alicante (ISABIAL). Alicante, Alicante, Spain.

INTRODUCCIÓN: Las guías de práctica clínica (GPC) en personas con diabetes tipo 2 (PCDT2) durante la hospitalización, deberían contemplar terapias con beneficios en términos de morbi-mortalidad cardiovascular y renal. Ante la falta de evidencia, son esenciales datos en vida real acerca del uso de estos agentes en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo en un centro de tercer nivel para evaluar los resultados asistenciales según una nueva GPC con protocolo START-STOP para el uso de fármacos antidiabéticos orales (ADO) (incluyendo semaglutida oral e inhibidores de SGLT2). Muestreo secuencial de PCDT2 ingresados en salas hospitalarias. Variables de resultado primarias - seguridad: acontecimientos adversos graves (cetoacidosis diabética [CAD], hipoglucemia nivel 3 (N3)). Variables de resultado secundarias - efectividad: control metabólico (mediana de glucemia capilar diaria) y variabilidad glucémica (mediana de desviaciones estándar).

RESULTADOS: Se incluyeron 715 PCDT2 (mediana de edad 74 [65-81] años, 36% mujeres, IMC 27.7 Kg/m², estadios CKM ≥ 3 83%). Un total de 471 sujetos (65,8%) recibieron ADO (39,2% de los mismos con insulinoterapia adyuvante basal o en múltiples dosis de insulina (MDI)) (grupo A, [A]) y 244 (34,1%) recibieron monoterapia con insulina basal o en MDI (grupo B, [B]). No hubo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, marcadores de inflamación o fragilidad entre ambos grupos. Los ADOs utilizados en el [A] fueron inhibidores de SGLT2 (N 348), arGLP-1 (N 65; semaglutida oral N 60), metformina (N 99), inhibidores de DPP4 (N 66). Se observaron 22 EA graves, con una reducción de riesgo próxima del 67% en el grupo [A] a expensas de un menor número de hipoglucemias N3 (OR 0,33 [IC 95%: 0,14 a 0,8]): 8 hipoglucemias N3 en [A] vs. 13 en [B] y una CAD en [A]. El control metabólico durante el ingreso fue mejor en el grupo [A] (153 (IQR 129-185) vs 179 (IQR 148-223) mg/dl) junto con una menor variabilidad glucémica (34 (IQR 19-54) vs 55 (IQR 40-70) mg/dl, ambas $p < 0,01$). El grupo [A] presentó una menor estancia hospitalaria, sin diferencias en necesidad de ingreso en UCI o mortalidad.

CONCLUSIONES. El uso de antidiabéticos orales dentro de un protocolo START-STOP en PCDT2 es seguro y efectivo en la práctica clínica habitual y en el ámbito hospitalario. Se asocia a menos eventos adversos graves, un mejor control metabólico y una menor variabilidad glucémica que la monoterapia con insulina.

TRATAMIENTO INTRAVÍTREO ANTI-VEGF, TERAPIAS NEFROPROTECTORAS Y RESULTADOS RENALES EN PERSONAS CON DIABETES: ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO R2TINA.

Roldán Sánchez AM¹, Tejera-Muñoz A², Pérez Canales JL², Fariña Abdala S², Rodríguez Bedoya M¹, Héctor Díaz BC², Moreno-Pérez O^{1,3,4}.

1 Departamento de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

2 Servicio de Oftalmología, Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante.

3 Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). Alicante, Alicante, España.

4 Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández.

El 35% de las personas con diabetes (PCD) presenta retinopatía diabética o edema macular, de los cuales hasta el 80% presentan ERC concomitante. Estudios farmacocinéticos han demostrado que los agentes intravítreos anti-VEGF se absorben sistémicamente y pueden causar daño renal.

OBJETIVO: Analizar el efecto del anti-VEGF intravítreo sobre la función renal en PCD (descenso en eGFR, aumento UACR o descenso eGFR $\geq 15\%$ y/o aumento UACR $\geq 30\%$); identificar factores de riesgo asociados con el daño renal y determinar el impacto de la terapia adyuvante con agentes nefroprotectores.

METODOLOGÍA: Estudio observacional retrospectivo en PCD que hubiesen recibido Anti-VEGF intravítreo entre enero de 2021 –diciembre 2023. Seguimiento a 6, 12 y 24 meses. Los análisis se llevaron a cabo utilizando el software IBM SPSS Statistics.

RESULTADOS: Se incluyeron 150 PWD (mediana de edad 71 años, 91.3% con diabetes tipo 2). El seguimiento mediano fue de 23.2 meses. El eGFR se mantuvo estable a 12 meses, pero disminuyó significativamente a 24 meses ($-1 \text{ mL/min/1.73m}^2$; $p < 0.001$). El 23.7% presentó un descenso del eGFR $\geq 15\%$ a 24 meses. Se observó un aumento de la UACR del 30.4% a los 12 meses ($p = 0.001$). El resultado renal compuesto (descenso eGFR $\geq 15\%$ y/o aumento UACR $\geq 30\%$) se alcanzó en el 65.8% de los pacientes a los 24 meses.

En el análisis multivariable, el sexo femenino (OR 3.482; $p = 0.034$) y los estadios CKM 3 y 4 (OR 3.063; $p = 0.049$) se asociaron independientemente con la consecución del resultado renal compuesto a los 12 meses.

A nivel global, el uso de terapias nefroprotectoras (RAAS, GLP-1 RAs, SGLT2i) no se asoció con un declive menor del eGFR o cambios en la UACR. Sin embargo, en el subgrupo de pacientes con ERC G3 o G4, el uso de cualquier fármaco nefroprotector redujo significativamente las probabilidades de un descenso de la eGFR $\geq 15\%$ a 24 meses (OR 0.07; $p = 0.014$). Este subgrupo también mostró una reducción del riesgo de ser un 'decliner rápido' entre 12 y 24 meses con fármacos bloqueadores del SRAA. La incidencia de MACEs fue del 9.1% a los 24 meses.

CONCLUSIONES : El tratamiento anti-VEGF intravítreo está asociado con un deterioro renal significativo a largo plazo en PWD, siendo los factores de riesgo el sexo femenino, los estadios avanzados de CKM y la UACR basal elevada. El uso de terapias nefroprotectoras demostró ser beneficioso para mitigar el daño renal, especialmente en la subpoblación de PWD con disfunción renal basal más avanzada (eGFR G3-G4).

0-06

PREDICCIÓN DEL RIESGO DE MALIGNIDAD DE NÓDULOS TIROIDEOS CON CITOLOGÍA BETHESDA IV A PARTIR DE SU CLASIFICACIÓN ECOGRÁFICA MEDIANTE EL SISTEMA ACR TIRADS

Sanz Arilla G, Tadeo Morant E, Garzón Pastor S, Burch Nchama E, De Miguel Rodríguez L, Esteve Vera J, Morillas Ariño C.

- INTRODUCCIÓN** El sistema ecográfico ACR TIRADS clasifica los nódulos tiroideos según cinco variables para estimar su riesgo de malignidad y orientar la indicación de PAAF. La citología resultante se categoriza mediante el sistema Bethesda; la categoría IV (neoplasia folicular o sospechosa) indica un diagnóstico indeterminado, con riesgo de malignidad del 10–40% y la necesidad de realización de hemitiroidectomía.
- OBJETIVO** Analizar la anatomía patológica definitiva de nódulos tiroideos con citología Bethesda IV y compararla con su clasificación ecográfica inicial.
- MATERIAL Y MÉTODOS** Estudio retrospectivo de todos los pacientes con citología Bethesda IV desde enero de 2022 hasta diciembre de 2024. Se revisó la anatomía patológica del hemitiroides resecado, clasificando los casos en benignos, neoplasias de bajo grado o malignas. Estos hallazgos se compararon con la clasificación ACR TIRADS inicial. En cada grupo se incluyeron los siguientes diagnósticos:
- Grupo benigno: adenomas foliculares, hiperplasia nodular y tiroiditis linfocitaria.
- Bajo grado: tumores bien diferenciados de potencial maligno incierto y NIFTP (neoplasias foliculares tiroideas no invasivas con características nucleares papilares).
- Malignos: microcarcinomas papilares, carcinomas papilares, foliculares y medulares.
- RESULTADOS** De los 50 pacientes analizados, el 62% presentó histología de benignidad, 8% de neoplasias de bajo grado y 30% de neoplasia maligna. Dentro de cada grupo la clasificación fue:
- Grupo benigno: TIRADS 3 (26%), TIRADS 4 (65%), TIRADS 5 (9%)
- Bajo grado: TIRADS 3 (50%), TIRADS 4 (50%)
- Malignos: TIRADS 3 (13%), TIRADS 4 (33%), TIRADS 5 (53%)
- Se observó una correlación positiva débil (p 0.32) entre la clasificación ecográfica inicial y el diagnóstico histológico (p -valor 0.02).
- CONCLUSIONES** El 62% de los nódulos Bethesda IV resultaron ser benignos tras la cirugía. Un TIRADS elevado aumenta la probabilidad de neoplasia de alto grado, aunque la fuerza de esta asociación es débil.

PÓSTERS

- Agudo Sáez, Laura
Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante
COMBINACIÓN DE LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 Y TERAPIAS REDUCTORAS DEL ÁCIDO ÚRICO EN PERSONAS CON GOTA: RESULTADOS DE UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA..... P-08
- Agudo Sáez, Laura
Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante
ADENOMA QUÍSTICO PARATIROIDEO, UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HIPERCALCEMIA GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO..... P-18
- Argente Pla, María
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia
RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD MUSCULAR Y LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER ESÓFAGOGÁSTRICO: UN ENFOQUE MORFOFUNCIONAL..... P-10
- Bono Velilla, Ángela
Hospital General Universitario de Castellón
CAMBIOS EN EL PERFIL LIPÍDICO TRAS 2ª DOSIS DE INCLISIRÁN EN UNA COHORTE DE VIDA REAL..... P-12
- Cano Jiménez, Lucía
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia
EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON OSILODROSTAT EN SÍNDROME DE CUSHING PERSISTENTE O RECURRENTE..... P-19
- Cuadrado Gómez, Maria De Gracia
Hospital General Universitario de Valencia
IMPACTO EN EL CONTROL GLUCÉMICO DEL USO DE LAS ALERTAS PREDICTIVAS..... P-05
- Delgado Gutierrez, Paula
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia
PERFIL CLÍNICO Y CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ORBITOPATÍA TIROIDEA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE GRAVES..... P-17
- El Nagar Giménez, Cristina
Hospital General Universitario de Valencia
EFICACIA EN VIDA REAL DE LOS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1 EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y OBESIDAD..... P-03
- Enrique Medina, Antonio
Hospital Clínico Universitario de Valencia
ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA CONSULTA DE IDENTIDAD DE GÉNERO DE UN HOSPITAL TERCIARIO DESPUÉS DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA..... P-21
- Espinosa Bellido, Clara
Hospital Clínico Universitario de Valencia
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGOTA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE LÍPIDOS..... P-13

Esteve Vera, Javier Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia DE LA SOSPECHA CLÍNICA A LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA: DOS CASOS DE MIOPATÍA AU- TOINMUNE NECROTIZANTE ASOCIADA A ESTATINAS.....	P-14
Gómez Manrique, Aurora Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ACIDURIA GLUTÁRI- CA TIPO 1.....	P-20
Martínez Puertes, Arturo Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA SOMETIDOS A DIETA MEDITERRÁNEA.....	P-11
Masdeu López-Cerón, Pilar Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia ESTUDIO DE CORRELACIÓN ENTRE LA PÉRDIDA DE PESO PREVIA A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y LA PÉRDIDA POSTQUIRÚRGICA A LOS 12 Y 24 MESES.....	P-09
Pérez Fuster, Alicia Hospital Clínico Universitario de Valencia UTILIDAD DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, CDC/AAP Y EFP/ AAP, PARA DETECTAR ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN SUJETOS CON DIABETES Y PERIODONTI- TIS GRAVE.....	P-07
Roldán Sánchez, Ada María Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE FINERENONA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTI- VO MULTICÉNTRICO EN EL ÁREA MEDITERRÁNEA (MEDFINE-RWD). RESULTADOS PRELIMINARES.....	P-06
Romero Gómez, Juan Ramón Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante TASA DE MORTALIDAD Y AMPUTACIONES EN 5 AÑOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSUL- TA MONOGRÁFICA DE PIE DM. FACTORES PRONÓSTICOS.....	P-04
Sanz Arilla, Guillermo Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia CARACTERÍSTICAS DE UNA SERIE DE 99 PACIENTES CON NIVELES DE C-HDL MUY ELEVADOS.....	P-15
Tadeo Morant, Elisa Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE TESTOSTERONA SUBCUTÁNEA COMO TERAPIA HORMONAL DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO EN HOMBRES TRANS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL.....	P-22
Tadeo Morant, Elisa. Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia ¿PODEMOS SUSTITUIR LA TTOG POR LA MCG EN ESTADIOS PRECOCES DE DM1? A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.....	P-01
Varona Nuñez, Janire Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES METASTÁSICO TRATADOS CON TERAPIAS DIRIGIDAS.....	P-16
Viana Vinaches, Carlos Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DEL EMPLEO DE SEMAGLUTIDA ORAL EN MODELO ENDOCARE (START- STOP) PARA EL MANEJO HOSPITALARIO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 CON TERAPIAS NO INSULÍNICAS: SUBESTUDIO ENDOCARE ALC.....	P-02

P-01

¿PODEMOS SUSTITUIR LA TTOG POR LA MCG EN ESTADIOS PRECOCES DE DM1? A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Tadeo Morant E¹, Solá Izquierdo E¹, Del Castillo Villaescusa C¹, Acevedo D¹, González Peiró C¹, Sanz Arilla G¹, Morillas Ariño C^{1,2}

1 Hospital Doctor Peset, Valencia

2 Fundación Fisabio, Valencia

INTRODUCCIÓN

Los familiares de primer grado de pacientes con diabetes mellitus tipo 1 (DM1) presentan un riesgo 15 veces superior al de la población general de desarrollar la enfermedad. La presencia de ≥ 2 autoanticuerpos —anti-GAD, anti-IA2, IAA y anti-ZnT8— confirma el diagnóstico de DM1 en fase presintomática, y tanto la positividad para anti-IA2 como sus títulos elevados se asocian con una mayor probabilidad de progresión a la forma clínica de la enfermedad. La aparición de disglucemia diferencia el estadio 1 (normoglucemia) y el estadio 2 (disglucemia). Según el consenso SEEN-SEEP-SED, la sobrecarga oral de glucosa (TTOG) constituye la prueba de referencia para el diagnóstico del estadio 2, complementada por HbA1c, glucemia capilar, y monitorización continua de glucosa (MCG).

La TTOG valora la respuesta glucémica ante una ingesta puntual de glucosa y presenta limitaciones como necesidad de ayuno nocturno, duración prolongada, acceso intravenoso y posible aparición de náuseas y vómitos; la HbA1c refleja el control glucémico trimestral y la MCG evalúa el perfil glucémico de los últimos 10–14 días, dependiente del comportamiento del paciente.

Aunque la MCG no se encuentra estandarizada, se ha propuesto que un TATR (tiempo por encima del rango estrecho) superior al 10 % para valores >140 mg/dL se asocia con un riesgo cercano al 80 % de progresión a estadio 3 en 12 meses. No obstante todavía no existe consenso para considerar un valor concreto de TATR como punto de corte equivalente a una TTOG alterada.

CASO CLÍNICO

Varón de 12 años con antecedentes familiares de primer grado de DM1 (padre, hermano y tía paterna) al que se realiza cribado de DM1. Presenta positividad a títulos elevados para dos autoanticuerpos (anti-IA2 y anti-ZnT8), confirmados en una segunda analítica. Las pruebas de estadiaje —TTOG, HbA1c, glucemia capilar y MCG ciega— se encuentran dentro de la normalidad, clasificándose como estadio 1 de DM1.

Dado el perfil de riesgo por marcadores de progresión rápida, se establece un seguimiento intensivo cada 3–6 meses. A los tres meses, la TTOG y la HbA1c no presentan alteraciones, pero la MCG muestra un aumento del TATR del 5 % al 9 %. En el control posterior, el único parámetro que se mantiene alterado es la MCG, con un TATR que aumenta hasta el 16 %.

Finalmente, 6 meses después la TTOG revela glucemia de 171 mg/dL a los 120 minutos, confirmando la progresión clínica a estadio 2 de DM1. No obstante la MCG refleja una mejoría del control glucémico con un TATR del 5%.

CONCLUSIONES

Todavía no se ha definido un valor de TATR que se correlacione de manera consistente con una TTOG alterada. La TTOG continúa siendo una herramienta más reproducible para la estadificación de la DM1 en fases presintomáticas.

P-02

SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DEL EMPLEO DE SEMAGLUTIDA ORAL EN MODELO ENDOCARE (START-STOP) PARA EL MANEJO HOSPITALARIO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 CON TERAPIAS NO INSULÍNICAS: SUBESTUDIO ENDOCARE ALC.

Viana C, Santacruz E., Leiva N., Tejera A., Climent V., Serrano J*, Moreno-Pérez O.*

Hospital General Universitario Doctor Balmis, Alicante

INTRODUCCIÓN: Las guías clínicas en personas con diabetes tipo 2 (PCT2D) hospitalizados deberían considerar terapias no insulínicas con beneficios cardio-renales. El uso de semaglutida durante el ingreso podría igualar o superar en eficacia y seguridad a la insulina en monoterapia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional prospectivo en un centro de tercer nivel para evaluar los resultados asistenciales según una nueva GPC con protocolo START-STOP para el uso de fármacos antidiabéticos orales (ADO) (incluyendo semaglutida oral). Para este subestudio se realizó muestreo secuencial de PCT2D con IMC \geq 27 Kg/m² ingresadas en salas hospitalarias. Variables de resultado primarias - seguridad: acontecimientos adversos graves (cetoacidosis diabética, hipoglucemia N3). Variables de resultado secundarias - efectividad: control metabólico (mediana de glucemia capilar diaria) y variabilidad glucémica (mediana de desviación estándar).

RESULTADOS: Se incluyeron 167 PCT2D, 51 sujetos recibieron semaglutida (sin o con insulino terapia adyuvante) (grupo A, [A]) y 116 sujetos recibieron monoterapia con insulina basal o múltiples dosis (grupo B, [B]). En el grupo A, 28 pacientes (56%) recibieron insulino terapia adyuvante durante el ingreso (20 pacientes con insulina basal más rescates vs 8 con múltiples inyecciones diarias). No hubo diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, inflamación, HbA1c basal y estadios del síndrome CKM entre ambos grupos. Se observaron 5 EA graves únicamente en el grupo B (5 hipoglucemias N3 [B] vs 0 [A], $p = 0,3$). Ningún paciente presentó intolerancia oral. El control metabólico durante la hospitalización fue mejor en grupo [A] ([A]: 168 mg/dl [134-220] vs. [B]: 180 mg/dl [146-226]), sin alcanzar la significación estadística. Esta tendencia persistió en los diferentes tramos horarios (135 vs 154 mg/dl, 182 vs 194 mg/dl, 174 vs 199 mg/dl, en desayuno, comida y cena, respectivamente). En cuanto a la variabilidad glucémica, los resultados son concordantes, con una tendencia a menor dispersión de glucemias de forma global ([A]: 43 mg/dl [29-79] vs. [B]: 52 mg/dl [38-71], $p=0,1$) y por tramos horarios (26 vs 37 mg/dl, $p=0,09$, 37 vs 41 mg/dl, 41 vs 54 mg/dl, en desayuno, comida y cena, respectivamente). Respecto a estancia hospitalaria [A] 6 días [4-10] vs. [B] 7 días [4-13], $p = 0,06$.

CONCLUSIONES. El uso de semaglutida oral en un protocolo START-STOP en la PCT2D e IMC \geq 27 Kg/m², es seguro y efectivo en la práctica clínica habitual y en el ámbito hospitalario. Se asocia a un menor número de eventos adversos graves, y se observa una tendencia a un mejor control, una menor variabilidad glucémica y una estancia hospitalaria más corta.

EFICACIA EN VIDA REAL DE LOS AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1 EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 Y OBESIDAD

El Nagar Giménez, C., González Blanco, C., Ferrer García, J.C., Ramos Casamayor, I., Sánchez Juan, C.

Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances terapéuticos y tecnológicos alcanzar un control glucémico óptimo continúa siendo un desafío en la diabetes tipo 1. La presencia de obesidad en esta población, donde la resistencia a la insulina y la variabilidad glucémica son frecuentes, dificulta el manejo metabólico. Los agonistas del receptor de péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1) selectivos y duales (GLP-1 y GIP) han surgido como una opción terapéutica adyuvante, inicialmente aprobada para diabetes tipo 2 y obesidad, pero actualmente en investigación para DM1. Estos fármacos han demostrado reducir el peso corporal, los requerimientos de insulina y los parámetros de glucométrica sin aumentar el riesgo de hipoglucemia en ensayos clínicos controlados. Además, presentan efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores que podrían contribuir a la preservación de la función residual de las células β y a la reducción del daño autoinmune.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, transversal, no experimental. Se incluyeron 13 pacientes con DM1 y obesidad en tratamiento con un agonista selectivo o dual del receptor de GLP-1 en los últimos 6 meses en las Consultas Externas de Endocrinología en un hospital de tercer nivel. Se incluyeron variables clínicas y parámetros de glucométrica basal y a los 3 meses. La normalidad de las distribuciones se comprobó mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Posteriormente, se aplicaron pruebas de comparación pareada (T de Student y Wilcoxon) mediante el software IBM® SPSS.

RESULTADOS

Se incluyeron a 13 pacientes (12 mujeres), de edad media de 50 ± 11 años y una media de $36,3\text{kg}/\text{m}^2$ de Índice de masa corporal (IMC) y 28 años de evolución, respectivamente.

A continuación, se muestra en la Tabla 1 los resultados. El peso corporal y la dosis total diaria de insulina (DTD) mostraron una reducción significativa a los 3 meses. En cuanto a los parámetros de control glucémico, el tiempo en rango (TIR) aumentó significativamente, mientras que los tiempos en alto rango (TAR1 y TAR2) disminuyeron de forma significativa. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los tiempos en bajo rango (TBR1 y TBR2), lo que sugiere que la mejoría del control glucémico no se asoció a un incremento del riesgo de hipoglucemia.

Además, tanto el indicador de gestión de glucosa (GMI) como el coeficiente de variación (CV) disminuyeron significativamente, reflejando una mejoría global en la estabilidad glucémica.

Variable	Media basal	Media 3 meses	% cambio	p	Interpretación
Peso	93.9 kg	84.7 kg	-9.8%	0.0007	↓ significativo
DTD	66.8 U/día	47.8 U/día	-28.5%	0.0022	↓ significativo
TIR	64.0 %	79.2 %	+23.7%	0.00016	↑ significativo
TAR1	22.1 %	13.1 %	-40.8%	0.0055	↓ significativo
TAR2	4.2 %	2.3 %	-45.2%	0.0007	↓ significativo
TBR1	2.1 %	2.0 %	-4.8%	0.9512	Sin cambios
TBR2	0.3 %	0.2 %	-33.3%	0.3173	Sin cambios
GMI	6.9	6.7	-2.9%	0.0019	↓ significativo
CV	31.9 %	28.5 %	-10.7%	0.0327	↓ significativo

Tabla 1. Resultados comparativa pacientes con DM1 y aGLP1 basal y 3meses

CONCLUSIÓN

El tratamiento con agonistas del receptor de GLP-1 en pacientes con diabetes tipo 1 y obesidad se asoció con una reducción clínicamente significativa del peso, los requerimientos diarios de insulina y los parámetros de control glucémico, sin aumento de hipoglucemias. Por lo que estos fármacos representan una opción prometedora para optimizar el manejo metabólico en DM1 con obesidad.

TASA DE MORTALIDAD Y AMPUTACIONES EN 5 AÑOS EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE PIE DM. FACTORES PRONÓSTICOS.

Autores: Romero Gómez JR., Roldán A., Font C., Flores M., Sánchez-Ortiga R.

Department of Endocrinology and Nutrition. General University Hospital Dr. Balmis of Alicante. Institute of Health and Biomedical Research of Alicante (ISABIAL). Alicante, Alicante, Spain.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes con pie diabético (PD) presentan una mortalidad a los 5 años en torno al 30% y una probabilidad de amputación del 17%, con un incremento de la mortalidad hasta el 50%.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo observacional a 5 años de pacientes atendidos en una consulta monográfica de PD a cargo de Endocrinología de un hospital terciario entre los años 2016 a 2019. Variables: Edad, género, tipo de diabetes y años de evolución, factores de riesgo cardiovascular, control (HbA1c), complicaciones, necesidad de amputación a los 5 años de seguimiento, mortalidad a 5 años. Análisis estadístico con SPSSv.25: Test de K-Smirnov. Media \pm desviación estándar o mediana [p25-75]. Chi cuadrado, prueba T y test de Mann-Whitney.

Resultados: A los 5 años de la primera visita se amputaron 30 de 72 pacientes (70% hombres, 80% DM2, edad primera visita $56,6 \pm 12,5$ años), de los cuales precisaron más de una amputación el 70%. Tipos de amputación: transmetatarsiana 40%, digital 26,7%, mayor 13,4%. 7 de 11 pacientes en tratamiento con iSGLT2 en la primera visita necesitaron amputación (OR 1,6 IC95% 0,9-2,8, $p=0,2$).

A los 5 años de la primera visita fallecieron 21 de 72 pacientes (71,4% hombres, 85,6% DM2, edad primera visita $68,1 \pm 13,5$ años). Las causas de mortalidad fueron cardiovascular 29%, infección respiratoria 19%, infección relacionada con el pie DM 5%, demencia 9% y desconocida/otros 38%. Sólo 1 de los 11 pacientes en tratamiento con iSGLT2 en la primera visita falleció durante el seguimiento (OR 0,3 IC95% 0,0-1,9, $p=0,2$). Encontramos asociación con una mayor mortalidad respecto a la edad ($68,1 \pm 13,5$ vs $56,3 \pm 10,6$ años $p=0,01$) y la enfermedad renal crónica (OR 5,7 IC95% 1,8-17,7, $p=0,03$).

CONCLUSIONES: En nuestro centro se reportó una tasa de amputaciones de 41,7% y de mortalidad del 29,2% a los 5 años. Se precisa de una muestra más amplia para determinar el papel de los fármacos en la tasa de amputaciones y mortalidad en estos pacientes.

IMPACTO EN EL CONTROL GLUCÉMICO DEL USO DE LAS ALERTAS PREDICTIVAS

González-Blanco.C.; Ramos-Casamayor, I. ;El Nagar-Giménez, C.; Baños-Juan, L.; Sánchez-Juan, C.

Consortio Hospital General Universitario de Valencia.

INTRODUCCIÓN

La monitorización continua de glucosa (MCG) ha revolucionado el manejo de la diabetes demostrando una mejoría en numerosos parámetros relacionados con el control metabólico, así como en la reducción de complicaciones agudas y hospitalizaciones. En nuestra comunidad esta indicada en personas con diabetes bajo terapia basal-bolo. LA primera línea a la hora de prescribir los sistemas de MCG lo ocupan FreeStyle libre 2 plus® y Dexcom One +® y la segunda, los sistemas que incorporan alertas predictivas como Dexcom G7®, indicados ante persistencia de hipoglucemias graves o frecuentes a pesar de uso optimizado de los anteriores sistemas o bien cuando se busca un control más estricto (ej: gestación)

OBJETIVO

El objetivo primario de este estudio fue valorar el cambio el tiempo en hipoglucemia (TBR) nivel 1 y nivel dos tras cambio a Dexcom G7®. El objetivo secundario incluyó la valoración del cambio en el resto de los parámetros de la glucometría.

MATERIAL Y METODOS

Estudio en vida real en personas con Diabetes tipo 1 a los que se les cambio el sistema de MCG (FreeStyle libre 2 plus® o Dexcom One +®) a Dexcom G7®, siendo la indicación principal el exceso de TBR

RESULTADOS

Se incluyeron 12 personas con diabetes tipo 1. 8 llevaban previamente 4 llevaban previamente FreeStyle libre 2 plus® y 4 Dexcom One +®. La edad media fue de 42.08 +/- 17.80 años, con una duración media de la diabetes de 22.42 +/- 10.97 años; y presencia de retinopatía y nefropatía en el 33% y 8.3% respectivamente. En la tabla 1 se muestra el porcentaje de cambio de los diferentes parámetros de la glucometría a los 3 meses del cambio de sensor

En la figura 1 se muestran los cambios de cada parámetro por paciente.

VARIABLE	BASAL (MEDIA)	3 MESES (MEDIA)	DIFERENCIA (3 MESES-BASAL)	P-VALOR
TIR	55,83%	57,08%	1,25%	0,68
TBR 1	3,42%	2,17%	-1,25%	0,29
TBR 2	1,08%	1,08%	0,00%	1,00
TAR 1	22,92%	23,33%	0,41%	0,81
TAR 2	16,42%	16,33%	-0,09%	0,72
GMI	7,51%	7,55%	0,04%	1,00
CV	37,10%	37,41%	0,31%	0,68

Tabla 1. Comparativa de datos de la glucometría entre los datos basales y tras el cambio de sensor a los 3 meses. TIR: tiempo en rango; TBR: tiempo por debajo de rango; TAR: tiempo por encima de rango; GMI: glucosa media estimada; CV: coeficiente de variación.

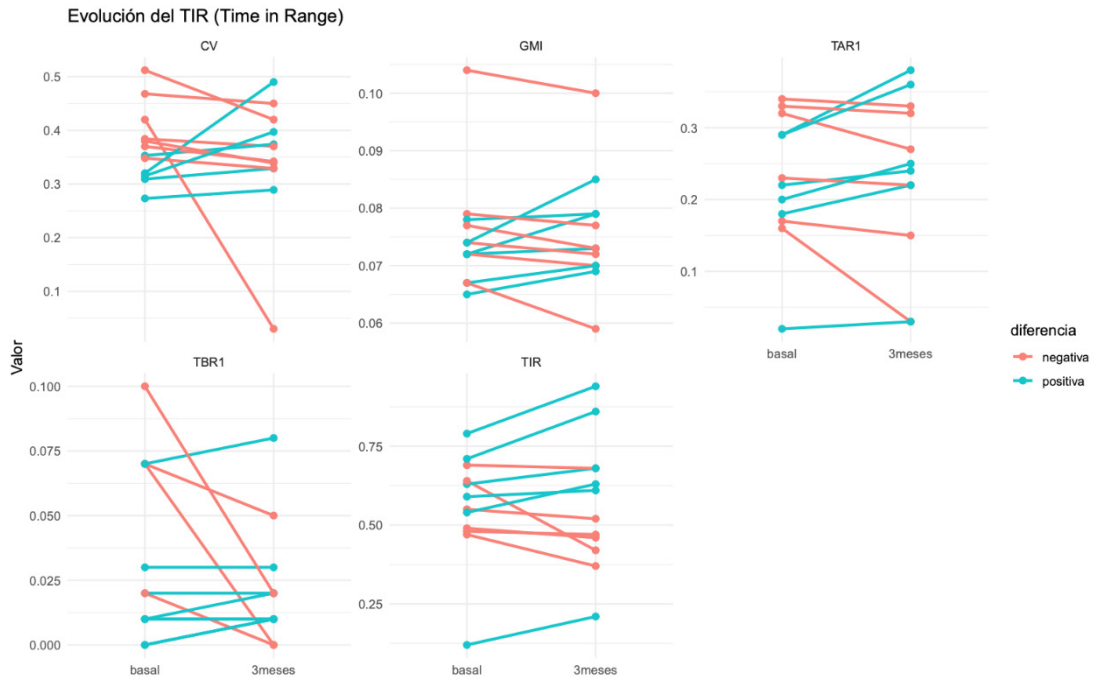


Figura 1. Evolución del TIR tras cambio de sensor.

CONCLUSIONES:

EL cambio a un sensor con alarmas predictivas muestra una tendencia hacia la mejora del TBR sin deterioro del TIR aunque sin diferencias estadísticamente significativas.

P-06

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD EN PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL DE FINERENONA EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: UN ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO EN EL ÁREA MEDITERRÁNEA (MEDFINE-RWD). RESULTADOS PRELIMINARES.

Roldán-Sánchez AM¹, Tejera-Muñoz A², Romero JR¹, Bedoya-Rodríguez M¹, Viana C¹, Agudo L¹, Moreno-Perez O^{1,2,3}.

1 Departamento de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante

2 Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). Alicante, Alicante, España.

3 Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández.

- INTRODUCCIÓN** De forma reciente se ha implementado el uso de Finerenona, para el tratamiento de las personas con diabetes tipo 2 (PCDT2) con ERC y cociente albumina-creatinina (UACR) ≥ 30 mg/g (categoría $\geq A2$) por su eficacia en la reducción del riesgo de progresión de la ERC y eventos cardiovasculares. Existe escasa evidencia acerca de su efectividad y seguridad en vida real.
- OBJETIVOS** Principal, evaluar el impacto de finerenona en la evolución del filtrado glomerular (eGFR) y el ratio albumina – creatinina urinario (UACR) en PCDT2 y ERC en un periodo de seguimiento mínimo de 6 meses. Secundario, evaluar la presencia de eventos adversos.
- MATERIAL Y METODOS** Estudio de cohortes multicéntrico retrospectivo, muestreo secuencial, de PCDT2 >18 años que hubiesen iniciado finerenona entre el 1 junio 2024 y 1 junio de 2025, según registro de prescripciones de farmacia. Prueba de los rangos de Wilcoxon (REDCap, SPSS software).
- RESULTADOS** En este análisis preliminar, limitados a un departamento de salud, se han incluido un total de 53 pacientes con una mediana de edad de 71 años, 28.3% mujeres, 14 años de evolución de DT2, HbA1c de 7.3% y un IMC 30.8 kg/m². El 26.4% presentan cardiopatía isquémica y 26.4% IC. En cuanto a la afectación renal: eGFR mediano de 45 (35 - 83), UACR de 145 (84 - 455) mg/g y categorías eGFR: G3a 21.6%, G3b 33.3%, y G4 15.7%. De forma basal 90.6% iSGLT2 y 60.4% aRGLP1.
- RESULTADOS RENALES** En la cohorte global cambios de UACR -9.3% (-38.9 a 45.6) (p=0.60) y -18.5% (-59.2 a 20.9)(p=0.13); cambios de eGFR en ml/min/m² de 0 (-4 a 2)(p=0.31) y -0.5 (-4.5 a 4.5) (p=0.97), al mes y los 6 meses, respectivamente. En la subpoblación con UACR ≥ 100 mg/dl cambios de UACR -12.2 (-47.0 a 66.1)(p=0.65) y -31.8 (-64.8 a 11.2)(p=0.07); cambios de eGFR en ml/min/m² de -0.5 (-4.8 a 1.8)(p=0.29) y -1.5 (-5.5 a 3.8)(p=0.79), al mes y los 6 meses, respectivamente.
- No se objetivaron cambios significativos en el seguimiento en los niveles de potasio (K 4.6, 4.8 y 4.8 mmol/L, basal, al mes y 6 meses). Durante el seguimiento se suspendió la terapia en 7 PCDT2 (13.7%), en 3 de ellas en el primer mes y sólo en 4 (7.8%) por hiperK. En el seguimiento se objetivó un evento renal y uno cardiovascular mayor (MARE (1.9%), MACE (1.9%)) y 5 requirieron ingreso hospitalario por motivos no relacionados con la terapia (9.4%).
- CONCLUSIONES** En práctica clínica habitual, la terapia con finerenona asocia a corto plazo un descenso de la albuminuria próximo al 20% en las PCDT2 y ERC, con un mayor beneficio en sujetos con albuminuria más marcada. En torno al 8% de los sujetos requiere la suspensión del fármaco por hiperpotasemia.

P-07

UTILIDAD DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL, CDC/AAP Y EFP/AAP, PARA DETECTAR ATEROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN SUJETOS CON DIABETES Y PERIODONTITIS GRAVE

Pérez-Fuster A, Montenegro-Gonzalez G, Hernando-Lloréns M, Enrique-Medina A, Marín-Santoja J, Real JT, Martínez-Hervás S.

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Universitat de València
CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas asociadas (CIBERDEM).
INCLIVA

- INTRODUCCIÓN:** La periodontitis es una enfermedad inflamatoria asociada con muchos trastornos sistémicos como la diabetes y la enfermedad cardiovascular. Varios estudios han sugerido la existencia de un vínculo bidireccional entre la salud periodontal, la diabetes y la enfermedad cardiovascular, considerando la enfermedad periodontal como un factor de riesgo para ambas. El objetivo fue evaluar la utilidad de los criterios diagnósticos de enfermedad periodontal (CDC/AAP y EFP/AAP) para detectar arteriosclerosis subclínica en sujetos con diabetes y enfermedad periodontal severa.
- MATERIAL Y MÉTODOS:** estudio transversal. La placa de ateroma se evaluó mediante ecografía carotídea y femoral. El protocolo de examen dental fue implementado por un periodoncista experimentado. Se realizó un examen clínico periodontal de boca completa en seis sitios por cada diente mediante sondaje periodontal automatizado con una sonda Florida. La enfermedad periodontal se definió según los criterios CDC/AAP y EFP/AAP.
- RESULTADOS:** Se incluyeron 98 pacientes (60,2% mujeres). El 50% tenía diabetes. La enfermedad periodontal fue muy prevalente. Las personas con diabetes mostraron una alta prevalencia de casos graves de enfermedad periodontal. Ambos criterios fueron útiles para detectar la presencia de placa de ateroma, pero solo en presencia de diabetes. Sin embargo, los criterios CDC/AAP presentaron una mayor correlación con la presencia de placas de ateroma que los criterios EFP/AAP ($r = 0,522$ frente a $r = 0,369$; $p < 0,001$).
- CONCLUSIONES:** Los criterios CDC/AAP y EFP/AAP constituyen una herramienta útil para identificar la arteriosclerosis subclínica en personas con enfermedad periodontal grave y diabetes. Estos resultados demuestran el papel potencial del equipo de salud bucodental para implementar en la consulta dental la identificación de sujetos con diabetes en riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular.

P-08

COMBINACIÓN DE LOS INHIBIDORES DEL COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 Y TERAPIAS REDUCTORAS DEL ÁCIDO ÚRICO EN PERSONAS CON GOTA: RESULTADOS DE UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA.

Agudo-Sáez L.^{1,3}, Doménech-Serrano J.^{2,3}, Andrés M.^{2,3}, Romero-Gómez JR.^{1,3}, Roldán-Sánchez A.^{1,3}, Rodríguez-Bedoya M.^{1,3}, Moreno-Pérez O.^{1,3,4}.

1 Sección de Endocrinología y Nutrición Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante.

2 Sección de Reumatología Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante.

3 Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL).

4 Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández.

INTRODUCCIÓN: La gota es una artritis inflamatoria frecuente asociada a hiperuricemia y a una alta carga de comorbilidades. A pesar de la eficacia de las terapias actuales, muchos pacientes no alcanzan los objetivos óptimos de ácido úrico sérico (AUS). Los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT2), han demostrado beneficios cardio-metabólicos y la reducción en los niveles de AUS. Sin embargo, hasta el momento no se conoce la eficacia de la combinación de los ISGLT2 con las terapias reductoras del ácido úrico (ULTs) en la mejoría de marcadores metabólicos e inflamatorios ni tampoco respecto al mejor control de los objetivos de AUS con gota.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio observacional retrospectivo en personas diagnosticados de gota, que hubiesen recibido ISGLT2 junto a fármacos hipouricemiantes durante al menos dos meses. Los objetivos primarios fueron la reducción del AUS y la consecución de los niveles recomendados por la EULAR (<6 mg/dl y <5 mg/dl). Los objetivos secundarios incluyeron la comparación de las dosis prescritas de alopurinol vs las dosis previstas "Easy-Allo", el uso de diuréticos y los cambios en otros marcadores biológicos (HbA1c, PCRus, glucemia en ayunas y función renal). El análisis estadístico incluyó test no paramétricos para comparar medianas y regresión logística para evaluar factores asociados a alcanzar los objetivos de AUS.

RESULTADOS: Se incluyeron 46 personas (75 años, 82% hombres, 91% DM2, 65% enfermedad renal crónica). La mayoría de los individuos recibieron como ULT alopurinol (66,7%) o febuxostat (28,9%), y dapagliflozina (58,7%) o empagliflozina (30,4%) como ISGLT2. El tratamiento combinado resultó en una reducción del AUS de 0,85 (RIQ 0.45 a -2.57) mg/dl ($p = 0,001$). El objetivo de AUS de <6 mg/dl se alcanzó en el 97,7% y de <5 mg/dl en el 79,5% de las personas. La reducción del AUS fue mayor en aquellos sin tratamiento hipouricemiante previo, pero el logro del objetivo fue independiente del tratamiento inicial, las comorbilidades (como el IMC o la enfermedad renal crónica) o el tipo de ISGLT2. Se observó una tendencia hacia menores dosis de alopurinol de las previstas, y el uso de diuréticos disminuyó significativamente. Se observaron mejorías en los niveles de HbA1c, glucosa en ayunas y niveles de PCRus.

CONCLUSIÓN: La combinación de inhibidores de SGLT2 y terapias reductoras del ácido úrico (principalmente alopurinol) en personas con gota logró reducciones significativas del ácido úrico en sangre y ayudó a alcanzar los objetivos del tratamiento. Estos resultados, junto con un menor uso de diuréticos y menores necesidades de dosis de alopurinol, apuntan hacia un interesante enfoque de tratamiento de la gota.

ESTUDIO DE CORRELACIÓN ENTRE LA PÉRDIDA DE PESO PREVIA A LA CIRUGÍA BARIÁTRICA Y LA PÉRDIDA POSTQUIRÚRGICA A LOS 12 Y 24 MESES

Masdeu López-Cerón P¹., Rossetti P¹., Palasí Gimenez R², Rubio Almanza M¹, Seguí Cotano O.¹, Sanchis Pascual D.¹, Lara Galvez D.¹, Merino Torres JF.¹

1 Endocrinología y Nutrición, Hospital La Fe
 2 Cirugía Endocrinometabólica, Hospital La Fe

INTRODUCCIÓN

La cirugía bariátrica (CB) es una de las estrategias más eficaces para el tratamiento de la obesidad. Históricamente se ha recomendado alcanzar una pérdida ponderal previa $\geq 5\%$ antes de la cirugía (pre-intensificación), pero la evidencia sobre su impacto en los resultados postoperatorios es limitada y heterogénea por lo que se ha retirado dicha recomendación de las principales guías. No obstante, en diversos centros todavía se siguen empleando dicho requisito para la intervención.

OBJETIVOS

Evaluar la correlación entre la pérdida de peso previa a la CB y la pérdida ponderal alcanzada al año y a los dos años tras la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio unicéntrico, analítico y transversal que incluyó a pacientes sometidos a CB entre 2020 y 2023. Se tomaron medidas antropométricas al inicio del seguimiento endocrinológico, visita previa a la intensificación prequirúrgica, y a los 12 y 24 meses post-CB. Se evaluó la asociación entre pérdida de peso postquirúrgica a los 12 y 24 meses y pérdida de peso prequirúrgica realizando: 1) un estudio de correlación; 2) la comparación de los resultados en función del porcentaje de pérdida de peso previa según las categorías $<5\%$, $5-10\%$, $>10\%$ (Kruskal-Wallis con pruebas post-hoc). (Jamovi®). Los resultados se expresan como media (DE) o porcentaje.

RESULTADOS

Se incluyeron 67 pacientes (65% mujeres), con una edad media de 48 (9,6) años, peso inicial de 127 (17,5) kg e IMC de 46,5 (4,9) kg/m². El peso medio fue de 120,2 (17,1) kg antes de la cirugía, 87,8 (13,9) kg al año y 89,5 (16,3) kg a los dos años.

No se halló correlación significativa entre la pérdida de peso prequirúrgica y la postquirúrgica ($R^2=0,0001$ al año; $R^2=0,0014$ a los dos años). El análisis por grupos mostró una menor pérdida postoperatoria en quienes habían perdido más peso previamente ($p=0,013$ y $p=0,023$, respectivamente).

PÉRDIDA DE PESO PRE-QUIRÚRGICA	N	PÉRDIDA DE PESO POSTQUIRÚRGICA AL AÑO (KG)	PÉRDIDA DE PESO POSTQUIRÚRGICA A LOS 2 AÑOS (KG)
<5%	26	-27,8 (10,8)	-24,8 (13,7)
5-10%	31	-33,1 (12,7)	-32,5 (16,2)
>10%	10	-20,6 (9,95)	-18,6 (12,7)

CONCLUSIONES

No se observó correlación positiva entre la pérdida de peso preoperatoria y la pérdida ponderal a 12 y 24 meses. Estos resultados sugieren que emplear la pérdida ponderal preoperatoria como criterio para la inclusión en lista de espera quirúrgica podría ser discriminatorio. Las personas con pérdidas $<5\%$ antes de la cirugía podrían representar un subgrupo más resistente al tratamiento no quirúrgico de la obesidad.

RELACIÓN ENTRE LA CALIDAD MUSCULAR Y LA FUNCIONALIDAD EN PACIENTES CON CÁNCER ESÓFAGOGÁSTRICO: UN ENFOQUE MORFOFUNCIONAL

Argente Pla, M.; Vieira Maroun, E; Ramos Prol, A.; Cebrián Vazquez, A; Gascó Santana, E; Martin Sanchis, S; Merino Torres, JF.

Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital La Fe

INTRODUCCIÓN

La funcionalidad es un componente esencial en la valoración integral del paciente oncológico, al reflejar tanto la masa como la calidad muscular. En el cáncer esófago-gástrico, la mioesteatosis, medida por la disminución de la radiodensidad muscular(RDM) en tomografía computarizada(TC), puede comprometer el rendimiento físico independientemente de la masa total. Este estudio evaluó la relación entre la calidad muscular y la funcionalidad en esta población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en 61 pacientes diagnosticados de cáncer esófago-gástrico. La composición corporal se valoró mediante diferentes técnicas: TC en L3, software (FocusedON-BC®); bioimpedancia eléctrica vectorial(BIVA); y ecografía del recto anterior del cúadriceps(RAC). La funcionalidad se evaluó mediante dinamometría(JAMAR®) y el test Short Physical Performance Battery(SPPB). Se diagnosticó la desnutrición según criterios GLIM y la sarcopenia según EWGSOP2. Se realizaron correlaciones de Pearson o Spearman, t-test o U de Mann-Whitney según normalidad de las variables y regresiones lineales ajustadas por sexo, tipo de neoplasia y estadio.

RESULTADOS

La edad media fue 63,6±9,7 años;78,7% hombres y 63,9% con cáncer esofágico. Se encontró una alta prevalencia de desnutrición (86,9%) y sarcopenia (59%). Un 62% de los pacientes presentaron baja RDM o mioesteatosis, donde solo un 55% tenía sarcopenia. Los pacientes con funcionalidad alterada presentaron menor AF, área del RAC, eje Y en relajación y contracción; y menor RDM, aunque el SMI no mostró diferencias significativas (Tabla1). El test de la silla se correlacionó negativamente con el área del RAC($r=-0,368$; $p=0,005$), eje Y en reposo($r=-0,354$; $p=0,005$) y en contracción ($r=-0,309$; $p=0,015$); RDM($r=-0,277$; $p=0,031$), ASMMI($r=-0,269$; $p=0,040$) y AF($r=-0,492$; $p<0,001$). El SPPB correlacionó positivamente con el eje Y en contracción ($r=0,311$; $p=0,016$), mejor que con el eje Y en reposo($r=0,258$; $p=0,045$) o el área ($r=0,280$; $p=0,032$). El modelo de regresión mostró que la RDM fue un predictor independiente del rendimiento físico tanto para SPPB($p=0,011$), test de la silla($p=0,009$) y dinamometría($p=0,033$).

CONCLUSIONES

La calidad muscular, evaluada por TC y ecografía, se asocia estrechamente con la capacidad funcional en pacientes con cáncer esofagogástrico. Estos resultados destacan la utilidad del enfoque morfofuncional para identificar precozmente un deterioro muscular clínicamente relevante.

Tabla 1.Diferencias en parámetros de valoración morfofuncional según la funcionalidad.

	FUNCIONALIDAD NORMAL (SPPB>8)	FUNCIONALIDAD ALTERADA (SPPB≤8)	p value
IMC(kg/m ²)	24,43±5,39	21,94 ± 3,95	0,090
Circunferencia de pantorrilla(cm)	34,76±4,20	31,34±2,70	<0,001***
AF(º)	5,14±0,81	4,32±0,70	<0,001***
BCM(kg)	26,51 ± 5,77	21,34±4,29	<0,001***
ASMMI(kg/m ²)	7,07 ± 1,20	6,22±0,69	0,001**
RAC-área(cm ²)	3,15 ± 1,01	2,64±0,82	0,028*
RAC-eje Y(cm)	0,96 ± 0,29	0,83±0,21	0,019*
RAC-eje Y en contracción(cm)	1,31 ± 0,42	1,104±0,41	0,048**
Índice músculo esquelético(cm ² /m ²)	47,15 ±7,71	43,64±6,77	0,078
Radiodensidad del músculo (UH)	38,60 ± 9,76	32,98 ± 9,91	0,032*
Dinamometría(kg)	31,38 ± 9,05	24,68 ± 7,5	0,006**

ESTUDIO DESCRIPTIVO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON EPILEPSIA REFRACTARIA SOMETIDOS A DIETA MEDITERRÁNEA

Martínez Puertes, A; Gómez Manrique, A; Ramos Prol, Agustín; Argente Pla, M; Merino Torres, JF; Gascó Santana, E; Cebrián Vázquez, A.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe

INTRODUCCIÓN

La epilepsia refractaria (ER) es aquella epilepsia mal controlada, con persistencia de crisis a pesar de tratamiento a dosis máximas tolerables de un fármaco o más de primera línea. Puede condicionar una gran repercusión física, mental y social, reflejándose en una menor calidad de vida (CV). La dieta mediterránea (DM) es una alimentación antiinflamatoria rica en antioxidantes, que podría influir en la salud y la CV de estos pacientes.

OBJETIVO

Describir la CV y los parámetros analíticos y antropométricos de los pacientes con ER remitidos a nuestras consultas para valorar inicio de dieta cetogénica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y retrospectivo, a partir de un registro de 20 pacientes con ER valorados entre enero de 2017 y abril de 2024. Se recogieron, junto a parámetros analíticos y antropométricos, datos acerca de la CV mediante la encuesta Quality Of Life In Epilepsy (QOLIE-10), clasificándose según el %EQ $[(QOLIE-10/40)*100]$ en mala (<60), regular (61-70), buena (71-80), muy buena (81-90) y excelente (>91). La adherencia a DM se valoró mediante el cuestionario PREDIMED, puntuando la frecuencia de consumo de alimentos y otros hábitos saludables, catalogándose como alta (12-14 puntos), intermedia (8-11,99) o baja (0-7,99). El análisis estadístico se realizó mediante PSPP®. Los resultados se muestran como media(DE) y porcentaje(%).

RESULTADOS

De los 20 pacientes analizados, 11(55%) eran hombres, de 33,25(12,69) años y 24,93(4,47) kg/m². La masa magra corporal de 22,93(4,47) kg, la masa grasa de 22,82 kg(DE 11,06) o 30,36%(DE 11,44). La CV fue del 40,9%(18,1), con un 90% de los pacientes presentando mala CV, un 5% regular y el 5% restante excelente. La adherencia a la DM fue alta en un 25% de los pacientes, intermedia en un 45% y baja en un 30%. Se realizó un estudio de cohortes teniendo en cuenta estas dos últimas variables, con $X^2 = 5,52$ ($p = 0,238$) y RR con IC95% que incluían 1, no significativos.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes tienen mala CV, sin encontrar una asociación significativa, clara ni consistente entre adherencia y CV en esta muestra. Al no hallarse resultados concluyentes respecto a las variables analizadas en este estudio, podrían ser necesarios nuevos trabajos, de tamaño muestral más amplio, pudiendo plantearse incluso comparar la CV de los pacientes, antes y después, sometiéndose a otras dietas, como la cetogénica, de interés por el efecto que podría inducir la cetosis sobre la excitabilidad neuronal.

PALABRAS CLAVE

Epilepsia refractaria, calidad de vida, QOLIE-10, composición corporal, alimentación antiinflamatoria.

P-12

CAMBIOS EN EL PERFIL LIPÍDICO TRAS 2ª DOSIS DE INCLISIRÁN EN UNA COHORTE DE VIDA REAL

Bono Velilla, A; González Alou, R.; Rizo Gellida A.; Serisuelo Meneu, E; Abellán Galiana P; Merchante Alfaro, A. A.

Hospital General Universitario de Castellón.

INTRODUCCIÓN

Inclisirán, un ARN pequeño de interferencia dirigido frente a PCSK9, ha demostrado reducciones sostenidas del colesterol LDL (cLDL) y buena tolerabilidad en ensayos clínicos. Su evaluación en práctica clínica real permite valorar su eficacia, seguridad y aplicabilidad en pacientes con dislipemia y riesgo cardiovascular elevado.

OBJETIVO

Evaluar los cambios en el perfil lipídico y la seguridad tras la administración de la segunda dosis de inclisirán en una cohorte de vida real.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en pacientes que iniciaron inclisirán en consultas de Endocrinología (29,2%), Cardiología (60%) y Medicina Interna (10,8%). Se recogieron variables como edad, sexo, IMC, tabaquismo, comorbilidades -enfermedad arterioesclerótica (EAC), enfermedad arterial periférica (EAP), enfermedad cerebrovascular (ECeV), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensión arterial (HTA), enfermedad renal crónica (ERC)-, y tratamiento hipolipemiente antes de iniciar inclisirán.

El perfil lipídico (cLDL, cHDL, cNO-HDL, colesterol total [CT], triglicéridos [TG]) se analizó al inicio y tras la 2ª dosis.

El análisis estadístico se realizó mediante pruebas t para muestras relacionadas.

RESULTADOS

Se incluyeron 65 pacientes (60% hombres): edad media, 63 años e IMC medio, 29,2 kg/m².

Las indicaciones fueron hipercolesterolemia pura en prevención secundaria (40%), dislipemia mixta en prevención secundaria (29,2%) e HFHe en prevención primaria o secundaria (26,2%). Otras causas, 5%.

Las comorbilidades: EAC 72,3%; EAP 9,2%; ECeV 6,2% DM2 27,7%; ERC 12,3%; HTA 53,8%; fumadores o exfumadores 43%.

El tratamiento previo incluía estatinas (75,4%), ezetimiba (66,2%), ácido bempedoico (27,7%), icosapento de etilo (3,1%) e iPCSK9 (16,9%). Los motivos de cambio de iPCSK9 a inclisirán fueron inadecuada respuesta (< 30% descenso cLDL; 36,4%), mala tolerancia (27,3%), preferencia clínico/paciente (18,2%), falta de adherencia (9,1%) y otros (9,1%).

El perfil lipídico se muestra en la tabla:

Perfil lipídico (N=65)	Al inicio (media ± DS) (mg/dl)	Post 2ª dosis (media ± DS) (mg/dl)	Diferencia media	p
cLDL	131,1 ± 45,2	77 ± 51,4	-54,1	0,000
cHDL	52,6 ± 12,7	52,5 ± 13	0,11	0,88
cNO-HDL	155,3 ± 47,3	94,1 ± 53,6	-61,2	0,000
CT	209,7 ± 50,9	148,3 ± 61,2	-61,4	0,000
TG	164,6 ± 106,6	136,3 ± 87,0	-28,3	0,027

Eventos adversos en 6 pacientes (9,2%): reacciones locales en el punto de inyección (n = 4), otras RAM (n = 1) y falta de respuesta (n = 1). Tres casos motivaron discontinuación del tratamiento.

No se registraron nuevos eventos cardiovasculares tras el inicio de inclisirán. Ninguno de los pacientes al inicio cumplió objetivos de cLDL según su nivel de riesgo. Tras inclisirán, 40% lo consiguieron.

CONCLUSIONES

Inclisirán produjo una reducción media del 42% del cLDL y descensos significativos de cNO-HDL y CT en práctica clínica real, con buena tolerancia y pocas discontinuaciones. Estos resultados respaldan su papel como estrategia eficaz y cómoda para optimizar el control lipídico en pacientes con alto riesgo cardiovascular.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGOTA ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE LÍPIDOS

Espinosa-Bellido, C.¹; Gutiérrez-Mora N.¹; Villaescusa Lage, M.¹; Toledo-Juan M.¹; Martínez-Hervas, S.^{1,2,3,4}; Real-Collado, J.^{1,2,3,4}.

1. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valencia.
2. Departamento de Medicina. Universidad de Valencia.
3. INCLIVA.
4. CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas asociadas (CIBERDEM).

INTRODUCCIÓN

La hipercolesterolemia familiar homocigota (HFHo) es una enfermedad rara caracterizada por niveles muy elevados de cLDL asociada a enfermedad cardiovascular precoz. Se debe a la presencia de dos variantes patogénicas en alguno de estos genes: RLDL, APOB, PCSK9 y LDLRAP1. El objetivo de este estudio es describir las características (diagnóstico, tratamiento, enfermedad cardiovascular) de los pacientes con HFHo atendidos en una Unidad de Lípidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal en pacientes con HFHo (confirmada por la presencia de dos variaciones patogénicas en los genes involucrados) en seguimiento en la Unidad de Lípidos de nuestro Centro.

RESULTADOS

Se han incluido 7 pacientes con HFHo, 2 mujeres y 5 hombres, todos adultos, con una media de seguimiento de 13 años. 4 de ellos son bialélicos monogénicos (RLDL: 3 con la misma variante y 1 con dos variantes diferentes), 2 son bialélicos digénicos (RLDL y APOB) y 1 presenta HFHo autosómica recesiva. El 42,85 % han presentado enfermedad cardiovascular. El 85,7% están en tratamiento con estatinas, el 100% con ezetimibe, el 42,85% con iPCSK9, 1 en aféresis, 2 con lomitapida, 1 con evinacumab y 1 en tratamiento combinado con lomitapida y evinacumab. El 71,42% están en objetivo de cLDL. Las cifras medias de cLDL son de 115,57 mg/dl.

CONCLUSIONES

Conseguir el objetivo de cLDL en los pacientes con HFHo es difícil, y aunque existe un porcentaje considerable de pacientes que no alcanzan dicho objetivo, gracias a los tratamientos actuales y sus combinaciones hemos podido reducir e incluso eliminar en algunos casos la necesidad de aféresis con lo que eso implica para la calidad de vida de los pacientes.

DE LA SOSPECHA CLÍNICA A LA CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA: DOS CASOS DE MIOPATÍA AUTOINMUNE NECROTIZANTE ASOCIADA A ESTATINAS

Esteve Vera J, Lorente Calvo RI, Tado Morant E, Sanz Arilla G, Arnau Pino P, Morillas Ariño C.

Departamento de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Doctor Peset

- INTRODUCCIÓN:** Las estatinas constituyen el tratamiento hipolipemiante de primera línea en la prevención cardiovascular. Aunque su perfil de seguridad es favorable, hasta un 30 % de los pacientes desarrolla intolerancia, habitualmente en forma de mialgias leves. En el extremo de estas manifestaciones se encuentra la miopatía autoinmune necrotizante asociada a estatinas (MANE), cuya prevalencia se estima en 2–3 casos por cada 100.000 habitantes. Esta entidad se caracteriza por debilidad muscular proximal, elevación persistente de creatin-kinasa (CK) ≥ 10 veces el límite superior de la normalidad (LSN) y presencia de anticuerpos anti-HMGCR. Su diagnóstico requiere un enfoque escalonado que integre datos clínicos, bioquímicos, de imagen e inmunológicos.
- OBJETIVO:** Describir las características clínicas, bioquímicas y terapéuticas de dos casos de MANE asociada al uso de estatinas.
- METODOLOGÍA:** Se realizó un reporte descriptivo de dos pacientes remitidos a la consulta de Endocrinología de un hospital de tercer nivel. Se recopilaron variables clínicas, niveles séricos de CK, perfil lipídico, autoinmunidad, hallazgos en resonancia magnética musculoesquelética, electromiografía y biopsia muscular. Adicionalmente se describió la evolución clínica tras la suspensión de estatinas e implementación de tratamiento inmunosupresor.
- RESULTADOS:** Se incluyeron dos varones con edad media de 65,5 años. Ambos habían recibido tratamiento prolongado con atorvastatina (40 mg durante 2,5 años y 80 mg durante 5 años) y presentaron debilidad muscular proximal progresiva como síntoma principal. Los niveles iniciales de CK fueron de 8.422 y 6.380 U/L, con positividad de anticuerpos anti-HMGCR en ambos. En uno de los casos, la resonancia magnética evidenció hallazgos compatibles con miopatía inflamatoria, mientras que en el otro la electromiografía mostró actividad de denervación difusa con descargas de alta frecuencia y patrón miopático. La biopsia muscular, realizada en un paciente, confirmó miopatía necrosante con afectación perimisial. El tratamiento consistió en prednisona asociada a inmunoglobulinas intravenosas en un caso y a metotrexato en el otro. Durante el seguimiento, ambos alcanzaron normalización de CK, con una media de resolución de 58,5 meses (66 y 51 meses, respectivamente); sin embargo, uno persiste con corticoterapia crónica para mantener la estabilidad clínica. Para el control lipídico se emplearon inhibidores de PCSK9 (evolocumab y alirocumab) más ezetimibe, logrando una reducción media de LDL del 61% (47 y 87 mg/dl, respectivamente). En el seguimiento actual, uno de los pacientes precisó intensificación terapéutica con ácido bempedoico para alcanzar objetivos.
- CONCLUSIONES:** La MANE, aunque infrecuente, debe sospecharse en pacientes con debilidad muscular proximal y elevación persistente de CK > 10 LSN. La aplicación de un enfoque diagnóstico escalonado; junto a la sospecha clínica, permitió integrar hallazgos clínicos, inmunológicos y de imagen, favoreciendo el diagnóstico precoz y el inicio oportuno del tratamiento inmunosupresor. Los inhibidores de PCSK9 representan una alternativa eficaz para el control lipídico en estos pacientes.

P-15

CARACTERÍSTICAS DE UNA SERIE DE 99 PACIENTES CON NIVELES DE C-HDL MUY ELEVADOS

Sanz Arilla G, Lorente Calvo R I, Acevedo León D, Tadeo Morant E, Esteve Vera J, Arnau Pino P, Morillas Ariño C.

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

- INTRODUCCIÓN** Tanto niveles bajos como excesivamente elevados de colesterol HDL (cHDL) se han relacionado con el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV) y con un aumento de mortalidad por todas las causas. Niveles muy elevados sugieren una posible asociación a otras condiciones clínicas como consumo de alcohol, neoplasias y fármacos.
- OBJETIVO** Valorar la prevalencia de condiciones clínicas potencialmente relacionadas con el aumento de los niveles de cHDL.
- MATERIAL Y MÉTODOS** Se realizó un estudio transversal y se registraron todos los pacientes con un nivel de cHDL >100 mg/dl detectado en muestras analizadas en un hospital de tercer nivel en septiembre y octubre de 2024 pertenecientes a todo el departamento de salud. Se recogieron los datos del perfil lipídico, niveles de TSH, transaminasas, volumen corpuscular medio (VCM), ECV (solo eventos isquémicos, no incluye insuficiencia cardíaca ni fibrilación auricular), neoplasia activa, consumo patológico de alcohol (CPA), enfermedad hepática no alcohólica (EHNA) y tratamiento con hipolipemiantes, terapia hormonal (TH) u otras circunstancias que pudieran aumentar los niveles de cHDL.
- RESULTADOS** Se incluyeron 99 pacientes (84% mujeres; mediana de edad, 59 años). La mediana de cHDL fue de 105 mg/dl (\bar{x} =109.6, DE=11.9) y la de cLDL de 119 mg/dl (\bar{x} =122, DE=38.7). El 32.3% estaba en tratamiento con hipolipemiantes. Cinco pacientes (5%) presentaban niveles de triglicéridos >150 mg/dl. Ningún paciente estaba en tratamiento con fibratos.
- El 23% presentaba CPA, que ascendía al 28% al añadir casos probables (dos hallazgos analíticos –GGT y VCM elevados– o uno más historia de consumo). La frecuencia de CPA fue mayor en hombres (68.8%) que en mujeres (14.5%) ($p < 0.001$). El grupo con CPA presentó niveles de cHDL más altos ($p < 0.001$).
- Tanto la prevalencia de neoplasia como de EHNA fue del 6%. De los 6 pacientes con neoplasia, 4 llevaban TH y 2 presentaban enfermedad hepática (metástasis hepáticas y hepatitis autoinmune). Diez pacientes (10%) estaban en tratamiento con TH. Se registraron dos casos de embarazo sin patología asociada.
- En conjunto, se encontró una causa de elevación de cHDL de las antes mencionadas en el 43.4% de los casos y un 20.2% adicional presentó como posibles causas el estar en tratamiento con fármacos (corticoides y otros inmunosupresores), la presencia de enfermedades inmunomediadas, enfermedad renal avanzada o síndrome nefrótico. En el resto (36.4%) no se encontró ninguna causa secundaria conocida.
- La presencia de ECV (6%) no se relacionó con el nivel de cHDL.
- CONCLUSIONES** Presentar niveles de cHDL muy elevados tiene habitualmente una causa secundaria y puede indicar la existencia de un proceso subyacente.
- En este estudio la frecuencia de CPA fue del 23% y se asoció a niveles más altos de cHDL.

P-16

EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES METASTÁSICO TRATADOS CON TERAPIAS DIRIGIDAS.

Varona Nuñez J¹, Hernández Rienda L¹, Del Olmo García MI¹, Segura Huerta A², Delgado Gutiérrez P¹, Merino Torres JF¹.

1 Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia

2 Servicio de Oncología Médica. Hospital Universitario y Politécnico la Fe, Valencia

- INTRODUCCIÓN** El carcinoma diferenciado de tiroides metastásico representa un desafío terapéutico. Los inhibidores de tirosina kinasa (ITK) han mejorado el pronóstico, aunque se asocian a toxicidades relevantes. La caracterización molecular mediante secuenciación masiva (NGS) podría optimizar la selección de tratamiento.
- OBJETIVO** Describir las características clínicas, toxicidad, respuesta terapéutica y hallazgos moleculares en pacientes con cáncer de tiroides metastásico tratados con ITK en nuestro centro (2022-2025).
- PACIENTES Y MÉTODOS** Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico. Se recogieron variables demográficas, clínicas e histológicas, grado de toxicidad CTCAEv5.0, dosis media y reducciones acumuladas, duración del tratamiento y tiempo hasta suspensión o progresión. La respuesta radiológica, que se evaluó mediante RECIST1.1, y la respuesta bioquímica (tiroglobulina o calcitonina). Se incorporó análisis NGS para detectar mutaciones driver.
- RESULTADOS** Se incluyeron 17 pacientes (58,8% varones), edad media 58 años. Los subtipos histológicos fueron el carcinoma folicular (41%), papilar (29%), medular (18%) y pobremente diferenciado (12%). El 82% (n=14) había sido sometido a cirugía del tumor primario y el 65% (n=11) presentaba enfermedad metastásica al diagnóstico. Los fármacos utilizados fueron lenvatinib, sorafenib, cabozantinib, dabrafenib y selpercatinib. El estudio NGS se realizó en el 47% (n=8), identificándose mutaciones driver en 6: BRAF V600 (2), RET (3) y RAS (1). En la primera evaluación radiológica, el 47% presentó respuesta parcial (n=8), enfermedad estable 35% (n=6), progresión de enfermedad en un 12% (n=2) y 1 exitus. La respuesta bioquímica mostró una reducción $\geq 50\%$ de tiroglobulina o calcitonina en el 53%. Las toxicidades más frecuentes fueron astenia (93%), hipertensión arterial (71% media 2,2 fármacos), mucositis (47%) y toxicidad gastrointestinal (41%). En su mayoría fueron de grado 1-2. La dosis media efectiva requirió ajuste en el 59% y el 58% requirió al menos una pausa terapéutica siendo la causa más frecuente la astenia.
- CONCLUSIONES** Los ITK demostraron eficacia clínica, bioquímica y radiológica en el control tumoral. La HTA y la astenia fueron los efectos adversos más frecuentes siendo esta última el principal motivo de interrupción terapéutica. El manejo coordinado entre endocrinología y oncología resulta esencial para optimizar la eficacia, minimizar toxicidades y ajustar la terapia de forma individualizada. La integración del NGS en la práctica clínica permite una mejor selección terapéutica y un seguimiento más personalizado.

PERFIL CLÍNICO Y CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ORBITOPATÍA TIROIDEA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE GRAVES

Paula Delgado Gutiérrez, María Huguet Ivars, Lorena Hernández Rienda, Marta Pérez López, Juan Francisco Merino Torres.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia

- INTRODUCCIÓN:** La orbitopatía tiroidea (OT) es la manifestación extratiroidea más frecuente de la enfermedad de Graves, con curso variable y potencial compromiso ocular severo. Su curso depende tanto de la actividad inflamatoria, evaluada mediante la escala Clinical Activity Score (CAS), como de la respuesta a las distintas terapias disponibles.
- OBJETIVO:** Describir las características demográficas y clínicas de una cohorte de pacientes con OT y analizar la distribución de variables relacionadas con severidad, actividad inflamatoria y estado tiroideo, así como las distintas estrategias terapéuticas.
- PACIENTES Y MÉTODO:** Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico en pacientes con OT, seguidos en consulta monográfica conjunta de Endocrinología y Oftalmología entre enero 2023 y junio 2025. Se recogieron datos demográficos, factores de riesgo, estado tiroideo, puntuación de actividad (CAS), presencia de diplopia (clasificación Gorman), exoftalmos, tratamientos recibidos y necesidad de intervención quirúrgica.
- RESULTADOS:** La edad media de los pacientes fue $48,3 \pm 15,5$ años, con predominio del sexo femenino (79%). El 27,4% eran fumadores activos y el 17,7% presentaban hipertiroidismo activo en el momento del diagnóstico. El tiempo medio desde el diagnóstico del hipertiroidismo hasta la aparición de orbitopatía en aquellos no diagnosticados al inicio, fue de 48,8 meses. La negativización de TSI se observó en el 41,9%, con niveles medios de TSI máximos más altos en los casos moderado-severos (13,8 en el caso OT leve y 17,6 en OT moderada-severa).
- Según la clasificación EUGOGO, la OT fue leve en el 51,6% y moderado-severa en el 45,2%. Existe una proporción relevante de pacientes con orbitopatía inactiva, ya que el 41,7% presentaron una puntuación CAS 0. Únicamente un 21,7% tenían una puntuación ≥ 3 .
- No se observaron diferencias significativas en la distribución de severidad según sexo, tabaquismo, hipertiroidismo activo ni negativización de TSI ($p > 0,05$ en todas las comparaciones). Se identificó, no obstante, una tendencia a mayor severidad en fumadores y en pacientes con TSI persistente.
- En cuanto al tratamiento recibido, el 51,8% de los pacientes con OT moderado-severa requirieron corticoides intravenosos y el 14,8% tratamiento biológico con inmunosupresores o anticuerpos monoclonales. Un 54,8% del total de pacientes requirieron algún tipo de cirugía orbitaria o palpebral durante el seguimiento.
- CONCLUSIONES:** La OT en nuestra cohorte afectó predominantemente a mujeres de mediana edad, siendo leve en la mitad de los casos. La proporción de fumadores y la persistencia de TSI positivos fueron mayores en las formas más graves, aunque sin alcanzar significación estadística. Estos hallazgos refuerzan el papel del tabaquismo y del control inmunológico como posibles factores pronósticos. El conocimiento del perfil clínico y de factores asociados a mayor severidad resulta esencial para mejorar el manejo multidisciplinar de estos pacientes.

ADENOMA QUÍSTICO PARATIROIDEO, UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE HIPERCALCEMIA GRAVE: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Agudo-Sáez L.^{1,2}, Romero-Gómez JR.^{1,2}, Roldán-Sánchez A.^{1,2}, Rodríguez-Bedoya M.^{1,2}, Viana-Vinaches C.^{1,2}, Santacruz-Cerdá E.^{1,2}, López-Mondéjar P.^{1,2}.

1 Sección de Endocrinología y Nutrición Hospital General Universitario Dr. Balmis Alicante.

2 Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL).

INTRODUCCIÓN: El hiperparatiroidismo primario (HPTP) es la causa más frecuente de hipercalcemia PTH dependiente. La causa más común del HPTP es el adenoma paratiroideo (en un 85% de los casos).

Sin embargo, los adenomas quísticos paratiroideos son poco frecuentes y representan menos del 1% de las lesiones paratiroideas. Según la presencia o ausencia de un aumento de la concentración sérica de PTH, los quistes paratiroideos se clasifican en funcionales o secretores (hemorragia o degeneración quística de un adenoma paratiroideo) y quistes paratiroideos no funcionales o no secretores (procedentes de restos embriológicos, coalescencia de microquistes o de una retención anormal de PTH).

CASO CLÍNICO: Mujer de 51 años que fue remitida a urgencias desde su centro de salud por hipercalcemia grave asintomática en una analítica rutinaria en julio de 2025. La paciente había consultado en varias ocasiones por dolor abdominal inespecífico. A su ingreso en endocrino, se solicitó una analítica sanguínea con niveles de calcio (14,3 mg/dL) y de PTH (1.032 pg/mL). La gran elevación de PTH hizo sospechar un carcinoma paratiroideo.

Tras obtener las determinaciones analíticas, se realizó una Eco-PAAF que mostró una lesión independiente del tiroides de bordes lisos y bien definidos, predominantemente quística, sin Doppler ni calcio en su interior, de 26x23x42 mm. Se realizó PAAF de zona sólida con salida de material de bloque citológico y se solicitó PTH del aspirado del quiste (alrededor de 6cc de líquido amarillento). La anatomía patológica mostró células paratiroideas compatibles con un adenoma quístico, y una PTH en el interior del quiste mayor de 3.000 pg/mL. Dados los resultados analíticos y radiológicos, se realizó el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario por adenoma quístico.

Durante el ingreso la hipercalcemia pudo controlarse con fluidoterapia, cinacalcet (hasta 60mg/día) y dosis única de pamidronato, alcanzando así valores normales en la analítica. Al alta, se mantuvo cinacalcet 30mg/día hasta próxima cita en endocrinología. Además, el servicio de cirugía general incluyó a la paciente en lista de espera quirúrgica para realización de paratiroidectomía selectiva.

CONCLUSIÓN: Los adenomas quísticos paratiroideos son una causa poco frecuente de HPTP (menos del 2% de los casos). Este tipo de adenomas se presentan con mayor frecuencia en mujeres en la quinta década de la vida, y se asocian con niveles muy altos de PTH y calcio sérico. Debido al mayor riesgo de hipercalcemia grave por rotura del quiste, este tipo de adenomas debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las alteraciones analíticas del calcio.

El número creciente de casos de hipercalcemia de etiología poco frecuente, como la de los adenomas quísticos paratiroideos, muestra la necesidad de continuar investigando las complejidades del metabolismo del calcio de cara a proporcionar un tratamiento precoz y eficaz en estos pacientes.

EXPERIENCIA EN VIDA REAL CON OSILODROSTAT EN SÍNDROME DE CUSHING PERSISTENTE O RECURRENTE

Cano Jiménez L, Pérez Cervantes V, Cámara Gómez R, Sanchis Pascual D, Varona Núñez J, Delgado Gutiérrez P, Merino Torres JF.

Hospital Universitario y Politécnico La Fe.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Cushing endógeno se asocia a una elevada morbimortalidad derivada de la exposición excesiva y crónica a cortisol. La cirugía es el tratamiento de elección; sin embargo, un número significativo de pacientes presenta persistencia o recurrencia del hipercortisolismo, lo que hace necesario el uso de fármacos inhibidores de la esteroidogénesis. Osilodrostat, inhibidor reversible de la 11β-hidroxilasa, ha mostrado ser eficaz en este control del hipercortisolismo. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia en vida real con osilodrostat en pacientes con síndrome de Cushing persistente o recurrente.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo que incluyó a seis pacientes con diagnóstico de síndrome de Cushing ACTH dependiente tratados con osilodrostat entre marzo de 2017 y la actualidad. Se recogieron variables demográficas, clínicas y bioquímicas. Los resultados se expresan como mediana y rango intercuartílico. El análisis estadístico se realizó con el programa Jamovi.

RESULTADOS

La muestra consta de seis pacientes (50% mujeres) con una mediana de edad de 54,0 años (RIQ 50,0-69,0 años). Cinco con enfermedad de Cushing hipofisaria y uno de origen ectópico. La dosis mediana inicial fue de 2mg/24h (RIQ 2-4 mg/24h) y con una dosis mediana máxima eficaz tolerada de 4mg/día (RIQ 3.5-7mg/24h). En la tabla 1 se describen la evolución del cortisol en estos pacientes. Los efectos adversos más frecuentes fueron síntomas leves de hipocortisolismo (n=2), manejados con reducción de dosis o tratamiento sustitutivo, y un caso de hepatotoxicidad grave que requirió retirada definitiva del fármaco.

CONCLUSIONES

Osilodrostat demostró una reducción rápida y sostenida del cortisol plasmático, salivar y urinario en pacientes con síndrome de Cushing persistente o recurrente. La dosis mediana efectiva fue baja y permitió alcanzar el control bioquímico en la mayoría de los casos.

Estos resultados sugieren el uso de osilodrostat como alternativa eficaz y segura en el manejo del hipercortisolismo persistente o recurrente. No obstante, es necesaria una estrecha monitorización clínica y bioquímica de estos pacientes.

Tiempo (meses)	Cortisol en sangre (µg/dL)	Cortisol salivar vespertino(µg/dL)	CLU 24 h (µg/dL)	DHEA (µg/dL)
0	25,0(24,2- 25,1)	0,6(0,4 - 0,8)	1.167,0 (612,8-3.522,0)	8.268,5 (1.485,0-15.052,0)
1	16,7(9,7-19,2)	0,2(0,1 - 0,3)	336,0(165,0-503,2)	2.735,5 (1.914,0 - 2.766,4)
3	9,8(8,4-13,5)	0,2(0,1- 0,4)	199,5(177,0 - 299,0)	1.695,1 (1.075,0-2.281,5)
6	8,2(8,0-8,7)	0,2 (0,1 - 0,3)	120,4 (91,9-195,4)	914,4 (287,0 - 1.060,0)

Tabla 1. Evolución de los parámetros bioquímicos durante el tratamiento con osilodrostat, expresado en mediana(RIQ).

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON ACIDURIA GLUTÁRICA TIPO 1

Gómez Manrique A, Martínez Puertes A, Argente Pla M, Ramos Prol A, Martín Sanchis S, Micó García A, Merino Torres JF

Hospital Universitario y Politécnico La Fe

INTRODUCCIÓN

La aciduria glutárica tipo 1 (AG1), un error innato del metabolismo (EIM) de lisina, hidroxilisina y triptófano, secundario al déficit de glutaril-CoA deshidrogenasa, provoca neurotoxicidad por acumulación de metabolitos. El cribado neonatal permite el diagnóstico precoz y evita secuelas neurológicas. Instaurar precozmente dieta restringida en lisina, aminoácidos exentos de lisina y suplementos de carnitina constituye el manejo habitual. El objetivo fue describir características clínicas, tratamiento y evolución de los pacientes con AG1.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico de pacientes con AG1 seguidos en consulta de EIM desde 2014 hasta la actualidad. Se recogieron variables clínicas, bioquímicas, terapéuticas y evolución neurológica. Se clasificaron como alto/bajo excretor según valores de ácido glutárico urinario. Los resultados se expresan como media (DE), mediana [RIC] o %. Test de Fisher y U-Mann-Whitney con SPSS.

RESULTADOS

Se incluyeron 12 pacientes (8 mujeres) de 22,0 [19-37,5] años y seguimiento 47,4 (25,2) meses. El 66,7% fue diagnosticado en edad infantil con 17,5 [10,3-76,5] meses, el 33,3% se diagnosticó con 41,3 (4,4) años tras el cribado de su hijo.

La Tabla 1 recoge datos bioquímicos al diagnóstico.

Parámetro (sangre, $\mu\text{mol/L}$)	ALTO EXCRETOR	BAJO EXCRETOR	U-Mann-Whitney
Carnitina libre	13,1 (9,7)	27,6 (6,5)	0,154
C5DC/C6OH Glutaril carnitina	1,7 (0,4)	1,1 (0,3)	0,368
Triptófano	51,5 (5,2)	42 (6)	0,048
Lisina	231,8 (23,7)	130, 3 (28,2)	0,570

El aporte proteico fue 1,3 [0,7-1,7] g/kg/día, proteína (g/día) natural 46,9 [27,6-59,1] y sintética 26,3 [3,4-47,5]. La carnitina suplementada fue 50 [37,7-63,5] mg/kg/día. El IMC actual es 21,4 (1,8) kg/m². 5 pacientes graves recibieron riboflavina sin diferencias evolutivas (Fisher 2,8; p=0,311). El 58,3% mostró buen cumplimiento terapéutico, mayor en asintomáticos (66,7%).

El 41,7% debutó de forma aguda, evolucionando a graves el 100%. En los de inicio insidioso, 42,9% permanecieron asintomáticos, 28,6% evolucionaron a moderado y 28,57% a grave. Se registraron 2 éxitos entre los diagnosticados en edad infantil. En adultos, todos los bajos excretores permanecieron asintomáticos, mientras que el 50% de los altos excretores evolucionaron a formas moderadas. De 26 ingresos totales, el 84,6% correspondió a pacientes graves.

CONCLUSIONES

La AG1 se diagnostica principalmente en la infancia, asociándose a mayor afectación neurológica y mortalidad. Los altos excretores presentan triptófano sanguíneo más elevado al diagnóstico y peor evolución solo si son diagnosticados en edad adulta. Los pacientes asintomáticos muestran mejor adherencia terapéutica. El tratamiento nutricional mejora la supervivencia y estabiliza la enfermedad.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA CONSULTA DE IDENTIDAD DE GÉNERO DE UN HOSPITAL TERCIARIO DESPUÉS DE LA DESCENTRALIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

Enrique-Medina A¹, Espinosa-Bellido C¹, Pérez-Fuster A¹, Gutiérrez-Mora N¹, Rubio O², García-Malpartida K¹, Real JT^{1,3}

1. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Clínico Universitario de Valencia
2. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Doctor Peset.
3. Universitat de València

- INTRODUCCIÓN:** el modelo asistencial a personas con incongruencia de género en la Comunidad Valenciana cambió en 2022, de un modelo centralizado en tres Unidades de Referencia (una en cada capital de provincia) a una asistencia en todos los departamentos de salud. En este contexto se instaura la atención a personas transgénero en el Departamento de Salud Clínic-Malvarrosa, que cuenta en el primer nivel con 4 Unidades de Salud Sexual y Reproductiva, en el segundo nivel con una consulta semanal de Endocrinología y Nutrición y en el tercer nivel, acceso a cirugías de afirmación de género.
- OBJETIVO:** describir la evolución de la consulta de identidad de género del Servicio de Endocrinología y Nutrición del HCUV.
- PACIENTES Y MÉTODOS:** estudio observacional y retrospectivo a partir de las historias clínicas de las personas trans atendidas en la consulta de identidad de género del Servicio de Endocrinología y Nutrición del HCUV.
- RESULTADOS:** se han atendido 189 personas en esta consulta. Durante 2015-2021 se atendieron 14 casos; a partir de la descentralización la demanda aumentó: en 2022, 12 nuevos casos; 2023: 46; 2024: 75; y en 2025 (hasta el 24/09): 42. De éstas, 93 (49,2%) se identifican como mujer trans, 80 (42,3%) como hombre trans y 16 (8,5%) como género no binario. La mayoría de pacientes provienen de Sexología (79, 41,8%), seguido de la derivación desde Endocrinología de otros centros (62, 32,8%) y el 25,4% procedía desde Atención Primaria. La edad es 27,9 (9,4) años, rango 15,8-66,6 años, siendo el grupo de 20-30 años el más numeroso (112, 59,3%). El 73,5% (139) continúan en seguimiento en la consulta; los motivos de alta de la consulta (50 casos) son: 52% (26) dejan de venir, 42% (21) paso a otro servicio de Endocrinología por sectorización, 2% (1) detransición y 4%(2)éxitus. El 0,5% de la serie presentó detransición. La cirugía más demandada es la mastectomía (45 intervenciones, 51,3%(41) de los hombres trans y el 25%(4) de las personas no binarias).
- CONCLUSIONES:** la demanda asistencial ha ido creciendo a lo largo de los años, sobre todo en los dos últimos años, cuando se evaluaron 117 casos (62% de la serie). Nuestra serie está formada aproximadamente por la misma cantidad de mujeres y hombres trans, siendo el porcentaje de género no binario del 8,5%. La mayoría de los pacientes tienen entre 20-30 años, aunque aparecen pacientes de hasta 66 años. El abandono de la consulta es del 14%.El porcentaje de detransición es muy bajo (0,5%). La cirugía más demandada es la mastectomía y también se realiza en personas no binarias.

P-22

EXPERIENCIA EN LA UTILIZACIÓN DE TESTOSTERONA SUBCUTÁNEA COMO TERAPIA HORMONAL DE AFIRMACIÓN DE GÉNERO EN HOMBRES TRANS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Tadeo Morant E¹, García Torres S¹, Rubio Puchol O¹, Cuñat Navarro E¹, García Malpartida K¹, Gómez Balaguer M¹, Morillas Ariño C^{1,2}

1. Hospital Doctor Peset, Valencia
2. Fundación Fisabio, Valencia

INTRODUCCIÓN

La terapia hormonal de afirmación de género en hombres trans (HT) se basa en el empleo de testosterona (T), bien intramuscular (IM) o tópica. La vía IM puede causar dolor, fluctuaciones en los niveles de T (fenómeno pico-valle) y requiere coordinar las inyecciones con personal sanitario. El uso tópico se asocia a olvidos frecuentes. La vía subcutánea (SC) puede ser una alternativa eficaz.

OBJETIVOS

Evaluar niveles de T y estradiol (E), tiempo en amenorrea, nivel de satisfacción y seguridad en HT que iniciaron tratamiento con T SC en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado en todos los HT que iniciaron tratamiento con cipionato de T SC 50 mg/semanal desde enero de 2024 hasta octubre de 2025. Se valoraron niveles de E y T a los 2 y a los 6 meses, el tiempo en amenorrea desde el inicio del tratamiento, nivel de satisfacción y seguridad en cada visita. Las analíticas sanguíneas se realizaron al 4^o-5^o día post-administración.

RESULTADOS

De 32 HT que iniciaron tratamiento SC se excluyeron 4. De los 28 restantes, 8 HT no llevaban previamente tratamiento con T.

La media de T a los 2 meses fue de $6,19 \pm 2,94$ ng/dL (rango 3-15,4); 3 HT (10,7%) requirieron reducción de dosis por niveles suprafisiológicos de T, y en tres casos (10,7%) se aumentó. A los seis meses la media de T fue de $5,14 \pm 1,54$ ng/dL (rango 2,8-7,7) con solo un aumento (3,6%) y una reducción (3,6%) de dosis.

Los niveles de E fueron mayores de 60 pg/ml en tres hombres trans (10,7%) a los 2 meses, normalizándose en todos a los 6 meses.

El 100% de los que no llevaban tratamiento previo con T alcanzó la amenorrea a los 6 meses y entre los pretratados 5 HT (17,8%) no habían alcanzado la amenorrea, reduciéndose esta cifra a 2 (7,14%) tras el inicio del tratamiento SC.

Los cuatro pacientes excluidos solicitaron volver a su tratamiento anterior. Los 28 analizados se sintieron satisfechos aunque 3 pacientes (10,7%) indicaron que por aversión requirieron ayuda para la inyección SC.

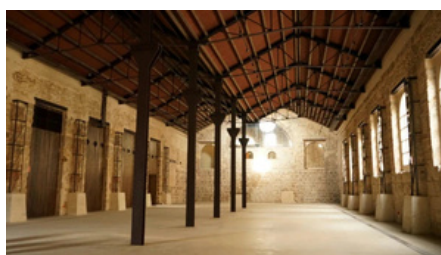
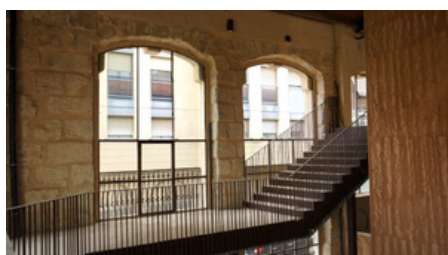
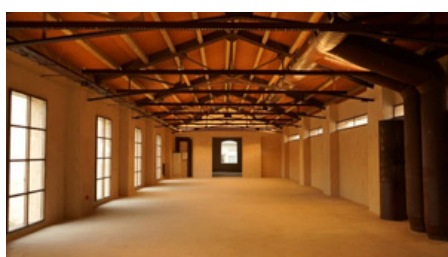
No se observaron reacciones locales en el lugar de inyección en ningún caso.

CONCLUSIONES

La T SC resultó eficaz y segura, con niveles estables de T y E. La vía SC puede constituir una alternativa válida, bien tolerada y aceptada por los HT.

SEDE:

FUNDICIÓ RODES
C/AGRES, 5 · ALCOI



SECRETARÍA TÉCNICA:



OPC CONGRESS
Escultor Octavio Vicent 3
Esc 2, 3ª · 46023 VALENCIA
Tel 96 328 65 00
congresos@opccongress.com

PATROCINADOR PLATINO



PATROCINADOR ORO



PATROCINADOR PLATA



PATROCINADOR BRONCE



COLABORADORES

