



SOCIEDAD PERUANA DE ENDOCRINOLOGIA
XIII Congreso Peruano de Endocrinología
Agosto 8 a 10, 2013

ENDO PERU 2013

Resúmenes de Trabajos de Investigación

Centro de Convenciones del Colegio Médico
Lima-Perú

1301

UTILIDAD DE 18 FLUORODEOXIGLUCOSA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES Y TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (18FDG-PET-CT) EN CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES CON GAMMAGRAFÍA NEGATIVA Y TIROGLOBULINA DETECTABLE EN PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL “LUIS N. SAENZ” DE LA POLICÍA NACIONAL DEL PERÚ. FEBRERO 2010- FEBRERO 2012.

Dra. Romina La Rosa Vásquez.

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

OBJETIVO

Determinar la utilidad de 18FDG-PET-CT para identificar y ubicar tejido tiroideo funcional en pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides, postoperados y con dosis ablativa de I131, con gammagrafía negativa y tiroglobulina (Ttg) detectable en pacientes del HN LNS PNP.

METODOLOGIA

Estudio descriptivo, retrospectivo, observacional. Se realizó identificando pacientes con diagnóstico de carcinoma diferenciado de tiroides, postoperados con tiroidectomía total o casi total y dosis ablativa de I131, en quienes encontramos gammagrafía negativa y valores de Tg detectables o en ascenso durante el seguimiento por consultorio externo en el Servicio de Endocrinología y Enfermedades Metabólicas del HNC LNS PNP en el periodo comprendido entre febrero 2010 y febrero 2012.

El problema se evaluó analizando resultados de Tg sérica, tirotropina (TSH) y 18FDG-PET-CT al momento del estudio.

RESULTADOS

Se encontraron 14 pacientes que cumplían los criterios del estudio. Se hallaron 5 casos en varones y 9 en mujeres. La edad promedio a la que se presentó fue de 39.64 años. La edad promedio fue 36,89 en mujeres y 44,60 en varones. Según el tipo histológico, 13 pacientes correspondían a Carcinoma papilar y 1 paciente a Carcinoma folicular. 10 pacientes (71,43%) presentaron 18FDG-PET-CT positivo, mientras que 4 pacientes (28,57%) lo presentaron negativo. Se presentaron 10% de imágenes compatibles con recidiva de la enfermedad sin metástasis, 60% compatibles con metástasis sin recidiva y el 30% sugestivas de recidiva y metástasis. De las imágenes sugestivas de metástasis, la mayoría (83.33%) tenían ubicación en ganglios linfáticos locorregionales. De los 18FDG-PET-CT positivos, se halló un SUVmax (Maximum Standardized Uptake Value) promedio de 5.53. Tanto el 18FDG-PET-CT positivo como el negativo pueden ocurrir cuando la TSH está alta. El 80% de pacientes con 18FDG-PET-CT positivo tenían el nivel de Tg >21ng/ml. La dosis media acumulativa de I131 recibida por los pacientes fue de 613.35 mCi. De los pacientes con 18FDG-PET-CT positivo la dosis promedio de I131 (624.70 mCi) fue mayor que la de los pacientes con 18FDG-PET-CT negativo (585 mCi).

CONCLUSIONES

El tratamiento de elección del carcinoma diferenciado de tiroides es la tiroidectomía total. La captación del yodo es fundamental para el diagnóstico, el seguimiento y el tratamiento, además disminuye el riesgo de recidivas y metástasis. El problema surge cuando se encuentran niveles elevados de Tg pero no hay evidencia de tejido tiroideo funcional, es aquí cuando debemos hacer uso de otros métodos de imagen como el 18FDG-PET-CT. Los sesgos del presente estudio son los propios de los estudios retrospectivos.

Financiamiento

Fondos propios del autor.

1302

SENSIBILIDAD INSULÍNICA EN OBESOS Y DIABÉTICOS DE TIPO 2 SOMETIDOS A HIPOXIA HIPOBÁRICA INTERMITENTE.

Oscar Castillo¹, Elizabeth Gonzales¹, Lida Tello², Christopher Cárdenas¹, Ángela Roncal², Edgar Florentini¹.
Instituto Nacional de Biología Andina, UNMSM, Hospital Nacional Arzobispo Loayza, MINSA.

Existen reportes de menor prevalencia de diabetes mellitus en residentes en las grandes altura, además el hallazgo de una menor cifra de glicemia basal y de mayor sensibilidad insulínica cuando se les compara con sujetos residentes a nivel del mar.

OBJETIVO

Determinar la sensibilidad insulínica en obesos y diabéticos de tipo 2, sometidos a hipoxia hipobárica intermitente en cámara hipobárica.

METODOLOGIA

Estudio comparativo clínico. 25 sujetos, sanos (8), obesos (5) y diabéticos de tipo 2 (12), fueron sometidos a hipoxia hipobárica intermitente a 3, 200 m.s.n.m. en cámara hipobárica, una hora semanal por 4 semanas. Se tomaron muestras de sangre al inicio y al final, midiéndose insulina, glucosa, colesterol, HDLc, LDLc, triglicéridos, HbA1c. HOMA-IR y QUICKI. El análisis estadístico utilizó la prueba t Student, y el programa SPSS 15.

RESULTADOS

Después de la cuarta semana de exposición, la sensibilidad insulínica se incrementó en los sujetos sanos: HOMA-IR: $3,17 \pm 0,49$ vs. $1,64 \pm 0,28$ ($p=,007$), QUICKI: $0,55 \pm ,025$ vs. $0,66 \pm ,028$ ($p=,008$) y en sujetos obesos QUICKI: $0,49 \pm ,038$ vs. $0,59 \pm ,015$ ($p=,035$).

CONCLUSIONES La hipoxia hipobárica mejoró la sensibilidad insulínica en sujetos sanos y obesos.

Financiamiento Consejo Superior de Investigaciones, UNMSM

1303

MALNUTRICIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN SERVICIO DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS DEL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL. ESSALUD. CALLAO.

Viviana Ulloa Millares¹. Ayar Nizama Via². Luis Miguel Toro Polo³.

Hospital Alberto Sabogal¹. Escuela de Medicina. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas^{2,3}.

OBJETIVO

Prevalencia de malnutrición en un servicio de hospitalización del Hospital Alberto Sabogal Sologuren provincia del Callao, departamento de Lima, Perú.

METODOLOGIA

Estudio analítico transversal en que se obtuvo información de las historias clínicas y se realizó el cuestionario de valoración global subjetiva (VGS) a todos los pacientes hospitalizados en el servicio de Enfermedades Sistémicas. Se correlacionó el estado nutricional según la VGS y las variables categóricas, utilizando la prueba de chi cuadrado o T de student según correspondiese y para las variables numéricas se usó la U de Mann Withney. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se evaluaron 250 historias clínicas, de los que sólo se consideraron 63 pacientes para la encuesta VSG. La edad media fue de $62,38 \pm 16,34$ años (rango de 21 a 88 años). El 55,6% eran varones. El peso promedio de los varones fue de 70.34 ± 13.99 kilos y el de mujeres fue 64.45 ± 14.06 kilos. El cuestionario de VGS arrojó que 34 pacientes (53.9%) no presentaban malnutrición, 28 pacientes (44.44%) presentaron riesgo de malnutrición y 1 paciente (1.59%) se encontraba con malnutrición severa. Se encontró relación entre el nivel bajo de hemoglobina ($p=0,02$; IC: 95% [10,37-11,98]) y el nivel bajo de albúmina ($p=0,001$; IC: 95% [3,11-3,65]) con riesgo de malnutrición y malnutrición severa. No hubo relación entre el valor de IMC y la VGS.

CONCLUSIONES

El 44% de la población evaluada se encontró en riesgo de malnutrición y 1.59% se encontró con malnutrición severa al momento de aplicar el cuestionario de VGS. Los valores de albúmina y hemoglobina fueron las variables que correlacionaron con el estado nutricional determinado por VGS.

Palabras clave: nutrición, estado nutricional, desnutrición, enfermedad crónica, valoración global subjetiva (fuente: DeCS BIREME).

1304

SÍNDROME DE CROUZON ASOCIADO A HIPERTIROIDISMO.

Sibyl Montero¹, Marcos Parimango, Oscar Castillo.

Servicio de Endocrinología. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. MINSA.

El síndrome de Crouzon es un tipo de craneosinostosis primaria que se presenta progresivamente en el periodo postnatal. Se caracteriza por manifestaciones clínicas craneofaciales tales como turricefalia, hipertelorismo, hipoplasia del tercio facial, exoftalmos.

OBJETIVO:

Reportar el caso clínico de una paciente con Síndrome de Crouzon que desarrolló un cuadro de hipertiroidismo primario autoinmune.

METODOLOGIA:

Descriptivo, Reporte de caso.

Paciente de 34 años diagnosticada con Síndrome de Crouzon a los 2 años de edad, Tiempo de enfermedad : 8 meses con temblor corporal, palpitations, intolerancia al calor, pérdida de peso aproximadamente 10 kg en 1 mes, hiporexia, aumento de la sed, dolor ocular, hiperemia conjuntival, ritmo defecatorio 3 a 4 veces por día.

Examen físico: pulso: 104 por min. P.Art: 140/70 mmHg. Cráneo turricefalo, exoftalmos bilateral a predominio izquierdo, lagofthalmía bilateral, piel fina, caliente, escaso vello corporal, tremor distal. No bocio palpable.

RESULTADOS

Exámenes auxiliares: T4L: >7.77 ng/dl; T3L: >30pg/ml; TSH: <0.01uU/ml. Gammagrafía tiroidea: bocio difuso hipercaptador y Captación de I-131 a las 2 horas de 25.5% (VN: 5-20%), y a las 24 horas 42.8% (VN: 15-30%). Anticuerpos antiperoxidasa >1000 UI/ml, anticuerpos antitiroglobulina 20.7UI/ml.

CONCLUSIONES

Se establece el diagnóstico de Hipertiroidismo Autoinmune (Enfermedad de Graves Basedow) en una paciente portadora de Síndrome de Crouzon, iniciándose tratamiento con tiamazol y propranolol. Se reporta este caso por lo inusual de la asociación.

1305

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DEL CÁNCER DE TIROIDES EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA DURANTE EL PERÍODO JULIO 2005-JUNIO 201

Chávez Milena, Castillo Oscar, Manrique Helard
Hospital Arzobispo Loayza

OBJETIVO Determinar la incidencia, características epidemiológicas y clínicas, así como la supervivencia al año de seguimiento del cáncer de tiroides en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el período Julio 2005 – Junio 2010.

METODOLOGIA Serie de casos, descriptiva, pacientes que fueron atendidos por el Servicio de Endocrinología del Hospital Arzobispo Loayza con diagnóstico de Cáncer de Tiroides durante el período Julio 2005 – Junio 2010.

Se estudiaron la totalidad de casos que cumplen con tener el diagnóstico de Cáncer de Tiroides. Por tratarse de un estudio descriptivo y no tener la intención de establecer relaciones de causalidad entre las variables a trabajar, solo se pretende tener una variable principal, el Cáncer de Tiroides, y una lista de variables secundarias, que serán los descriptores de los pacientes. Los datos fueron analizados en SPSS v 17.

RESULTADOS Entre Julio de 2005 y Junio de 2010 se encontraron 113 casos de Cáncer de Tiroides reportados en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Sin embargo, debido a que tres casos tuvieron información incompleta no fueron incluidos para el análisis del estudio, quedando 110 casos, en los que se basan los resultados que se presentan a continuación.

Para ese período de tiempo los pacientes vistos por primera vez en el Hospital Arzobispo Loayza fueron 671285, de los cuales 16834 correspondieron a pacientes nuevos en el Servicio de Endocrinología, lo que representa por tanto una incidencia hospitalaria para el periodo de cinco años de $1.68 \times 10,000$ y oscilo desde 0.43 hasta $2.65 \times 10,000$ al año. Bajo un cálculo similar, la incidencia de Cáncer de Tiroides en el Servicio de Endocrinología fue de $6.1 \times 1,000$ quinquenal y fluctuó de 1.80 hasta $10.23 \times 1,000$ por año.

La mediana de la edad fue 46 años (R15-84)años. El distrito de San Juan de Lurigancho es el que acumula más casuística. La distribución es a predominio del sexo femenino, 85.5% de los casos, el 4.5% de los pacientes refirió antecedentes familiares de algún tipo de cáncer y ninguno de los pacientes reportó antecedentes familiares de cáncer de tiroides en forma específica.

La evaluación de las características del examen clínico se inicia con el tiempo de enfermedad, el 80% de los casos reportó haber notado la sintomatología 6 meses antes pero que no despertó la necesidad de búsqueda de evaluación médica, 20% dolor a partir de la lesión tiroidea. En el examen clínico, solo en tres pacientes de los 110 casos no se evidencio bocio, y de los 107 con bocio, 97.3% tuvieron un tamaño fácilmente palpable (mayor a 1 cm), el 80% presento un bocio uninodular. Dentro de los casos presentados, el 25% de los pacientes tuvieron adenopatías cervicales presentes durante el examen clínico. La metástasis a otros órganos fue un 37.3% siendo el 91% ganglionar.

La tiroidectomía total fue el procedimiento más frecuente 61.8%, hemitiroidectomía 19.1%, tiroidectomía subtotal 17.3%.

Como complemento del tratamiento quirúrgico se consideró necesario dar tratamiento con Iodo radioactivo en un 61.5%.

Los resultados de la anatomía patológica estuvieron disponibles en 109 de los casos, el cáncer de tipo papilar 92.7%, folicular 4.5%, anaplásico 0.9%, linfoma de tiroides 0.9%. Se ha realizado rastreo corporal buscando focos de enfermedad subsecuentes a la cirugía y la radiación en un 34.5%. Un 66.4% de pacientes tuvo hipotiroidismo post tratamiento.

Finalmente en el seguimiento de los pacientes al año después de la intervención primaria, resultaron 6 casos fallecidos,. Teniendo en cuenta solo la información se puede inferir una tasa de letalidad del 6.3%

CONCLUSIONES El cáncer papilar de tiroides es el tipo más frecuente y la tiroidectomía total y el rastreo corporal deben incorporarse en los protocolos de tratamiento de cáncer tiroideo en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

ACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

Gonzales Nancy, Bruner Rister, Parimango Marco, Alegria Anabella, Casaretto Hugo, Montero Sibyl, Rodriguez Giovanna, Manrique Helard

OBJETIVO:

Identificar los factores predictores de mortalidad en los pacientes hospitalizados con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y sus características clínicas en los servicios de Medicina Interna, emergencia y cuidados intensivos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL).

METODOLOGIA Se realizó un estudio de tipo cohorte retrospectiva el cual fue aprobado por el comité de investigación y ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Se incluyeron los registros clínicos de todos los pacientes con diabetes tipo 2 hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna, Unidad de cuidados coronarios y Unidad de cuidados intensivos de Octubre del 2012 a Abril del 2013. Se realizó la estadística descriptiva según el desenlace de la hospitalización. Las variables cuantitativas debido a ser de distribución anormal fueron expresadas en mediana y rango y la diferencia estadística fue evaluada mediante el test de Mann-Whitney. Las variables cualitativas fueron expresadas en porcentajes y evaluadas con el test Chi-2. Todas aquellas variables en con $p < 0.05$ fueron analizadas por separado usando regresión logística.

RESULTADOS

Se incluyeron los registros clínicos de 424 pacientes (9.6% del total de hospitalizados), representando este número el total de los casos durante el periodo de estudio. Los pacientes fueron predominantemente de género femenino (63.2%) con una mediana de edad de 62 años. La edad en los pacientes fallecidos fue mayor en comparación a aquellos que sobrevivieron (68 vs. 61, $p < 0.001$). El 11,8% de los hospitalizados debutó con la enfermedad en la hospitalización actual. El tiempo de estancia hospitalaria fue menor en los pacientes que fallecieron (7 vs. 10 días, $p < 0.001$). Las causas de hospitalización fueron diversas, principalmente infecciosas (72%), siendo el pie diabético la patología con mayor estancia hospitalaria (17 vs. 9 días, $p < 0.001$). El 32.3% de los pacientes no usó ningún tratamiento hipoglicemiante antes de la hospitalización mientras que el 42% refirió usar algún tratamiento oral, 9.7% tratamiento oral combinado y 16% tratamiento con insulina.

El 10.6% de los pacientes presentó hipoglicemia al ingreso, ocurriendo esta principalmente en aquellos pacientes usuarios de tratamientos orales combinados ($p = 0.001$). El 18.6% tuvieron nefropatía diabética, 45.8 % retinopatía diabética y 73.7% hipertensión arterial. El análisis multivariado permitió identificar como factores predictores de mortalidad a la infección respiratoria aguda OR 5.67(2.69-11.92), $p < 0.001$, insuficiencia renal crónica OR 3.72 (1.85-7.49) y valor de $p < 0.001$, terapia con insulina esquema escala móvil OR 11.86 (4.22-33.27 $p < 0.001$), edad mayor a 65 años OR 2.43(1.23-4.82) $p = 0.01$ y hemoglobina glicosilada mayor a 10 OR 4.53 (1.36-15) $p = 0.014$.

CONCLUSIONES

El motivo de hospitalización de los pacientes de esta cohorte fue principalmente infecciosa y no a eventos cardiovasculares como lo refiere la literatura, siendo el pie diabético la patología con mayor estancia hospitalaria. Los factores predictores de mortalidad en la cohorte estudiada fueron tener un valor de hemoglobina glicosilada mayor a 10, tener enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, y manejo con escala móvil durante la hospitalización.

1307

UNA LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE DE UN TUMOR NEUROENDOCRINO

Manrique Helard, Arevalo Mariano, Aliaga Rolly

Hospital Arzobispo Loayza

OBJETIVO Describir las características clínicas de un tumor neuroendocrino de localización en el tracto genital femenino

METODOLOGIA Reporte de caso

RESULTADOS

Presentamos el caso de una paciente de 68 años de edad que fue admitido por dolor abdominal pélvico crónico, sangrado vaginal intermitente y pérdida de 15 kgs. de peso. El examen ginecológico reveló una masa sólida de 10 cm, irregular, fija a la pelvis. La Tomografía confirmó la presencia de una masa de 13 x 7 x 10 cm heterogénea proveniente del útero, al igual que la RMN (masa pélvica de 86 mm x 99mm x 112mm). La paciente fue sometida a una laparotomía exploratoria y biopsia. El examen histológico reveló tejido endometrial y células tumorales de pequeño tamaño o intermedio, con núcleos monomórficos. La muestra también demostró tinción sinaptofisina positivo. En el plasma la enolasa neuronal específica fue 365 ng / ml (N: 0.0 a 15.2), la cromogranina A:70,0 ng / mL (N: 1,9-5,0), lo que confirma el diagnóstico. Se realizó una prueba de radionúclidos marcado con somatostatina (Octreótido) y reveló una captación consistente con la masa uterina. .

En el tracto genital femenino, el carcinoma neuroendocrino de células pequeñas puede ocurrir en el endometrio, así como el cuello del útero, ovarios y vagina. Carcinoma de células pequeñas del endometrio es un tipo muy raro de tumor neuroendocrino, con una prevalencia estimada de <1% de los carcinomas endometriales.

Sangrado vaginal es el síntoma clínico principal. Histogenéticamente, este tumor presenta evidencia de diferenciación neuroendocrina y tiene un alto riesgo a la diseminación sistémica por lo que es considerado como uno de los tumores malignos más agresivos. Histopatológicamente, similar al carcinoma de células pequeñas en otros órganos, que presenta hojas, cordones, nidos y rosetas de pequeñas células de tamaño intermedio con escaso citoplasma, núcleos hiper cromáticos y mitosis. El diagnóstico diferencial incluye sarcoma del estroma, tumor mesodérmico mixto y homóloga los tumores neuroectodérmicos primitivos del útero. Los marcadores neuroendocrinos incluyen enolasa específica de neuronas, sinaptofisina, y cromogranina.

CONCLUSIONES

En el tracto genital femenino, el carcinoma neuroendocrino de células pequeñas puede ocurrir en el endometrio, cervix, ovarios y vagina. Carcinoma de células pequeñas del endometrio es un tipo muy raro de tumor neuroendocrino siendo el pronóstico pobre.

1308

CALIDAD DEL CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES AMBULATORIO CON DIABETES TIPO 2 DE UN HOSPITAL GENERAL 2012

Maria Lazo¹, Javier Loza¹, Celso de la Cruz¹, Diego Adrianzen¹, Ana Castañeda¹, Jessica Ricaldi¹, Miguel Pinto², German Málaga¹.

1. Unidad de Conocimiento y Evidencia, CONEVID, Lima, Peru 2. Servicio de Endocrinología. Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Peru

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica considerada actualmente un problema de salud pública, la cual afecta aproximadamente a 220 millones de personas. Estudios muestran que un buen control de la enfermedad, logra reducir de manera importante los efectos adversos, disminuyendo de forma significativa la morbi-mortalidad

OBJETIVO:

Estimar la frecuencia de pacientes con diabetes tipo 2 que no cumplen con los parámetros de presión arterial, perfil lipídico y control glicémico recomendados por la Asociación Americana de Diabetes (ADA).

METODOLOGIA

Se realizó un estudio descriptivo transversal en la consulta ambulatoria del servicio de endocrinología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, durante el período Marzo – Agosto 2012. El tamaño de la muestra fue calculado estimando una prevalencia de mal control metabólico de 56,7% y una significancia de 0,05. Se excluyeron los pacientes con: diabetes secundaria, enfermedades crónicas no metabólicas, hospitalización durante los 6 meses previos a la consulta o complicación mayor de DM-2.

Consideramos como parámetros recomendados el cumplimiento de las siguientes condiciones en ayunas: hemoglobina glicosilada (HbA1C) menor a 7%, presión arterial menor o igual a 130/80 y colesterol LDL menor a 100 mg/dL,

Se entrevistó a los pacientes usando un formato estandarizado para establecer antecedentes de importancia y datos demográficos, en el mismo lugar se realizó las mediciones clínicas, antropométricas y de laboratorio para análisis de hemoglobina glicosilada y perfil lipídico.

Para el análisis estadístico se utilizó medias para variables cuantitativas y se calculó la frecuencia de cumplimiento de las recomendaciones de la ADA y otras variables cualitativas usando proporciones

RESULTADOS

La edad promedio fue 61.6 +/- 11.1 años, 65.8% % fueron mujeres, el IMC promedio fue 28.4+/- 4.5.

El índice de masa corporal fue normal en 22 (18%) de los pacientes, mientras que 56 (47%) tenían sobrepeso y 42 (35%) fueron obesos.

Respecto a los recomendaciones de la ADA, encontramos que 78 (64%) pacientes no cumplieron con los parámetros de HbA1C, 73 (60.8%) no cumplieron las metas para LDL colesterol y 51 (42.5%) de los pacientes no alcanzaban los niveles de presión arterial recomendados. (Solo 4 (3.3%) pacientes alcanzaron las metas de tratamiento de la ADA.

Se buscó asociaciones de control glicémico con características de los pacientes y se halló que historia de diabetes de 20 años o más se asoció con mal control glicémico (OR 9.87), no se encontró correlaciones con tipo de tratamiento o presencia de complicaciones.

CONCLUSIONES

El estudio sugiere que los pacientes en su mayoría no cumplen las metas recomendadas por la ADA.

Por tratarse de un solo hospital, no podemos generalizar los resultados al país por lo que sugerimos conducir el estudio en más hospitales del país y en atención primaria para conocer la realidad del control metabólico en el Perú.

Financiamiento: Fondo concursable 2012 Universidad Peruana Cayetano Heredia

1309

EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LAS CRISIS HIPERGLICÉMICAS SEGÚN UNA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA EN UN HOSPITAL DOCENTE DE LIMA, PERÚ, DURANTE LOS AÑOS 2010-2012.

Ray Ticse Aguirre¹; Araceli Bonilla Fernandez²; Daniela Perez León Quinoso², Berenice Torres Terreros², Martín Alvarado Dulanto¹.

¹ Unidad de Conocimiento y Evidencia, Universidad Peruana Cayetano Heredia. ² Universidad Peruana Cayetano Heredia.

La diabetes es una enfermedad crónica muy prevalente en la actualidad. En Perú se ha encontrado hasta 8% de prevalencia. Una de las complicaciones más frecuentes son las crisis hiperglicémicas, las cuales deben tener un manejo adecuado en la emergencia, en el que se contempla terapéutica apropiada y monitoreo constante, para su resolución y para evitar mayor morbimortalidad. Este manejo está descrito en guías clínicas, como la presentada por la American Diabetes Association, cuya última versión es del 2009. Ésta es un referente para el personal del Hospital Nacional Cayetano Heredia ya que cuenta con fluxogramas didácticos que pueden ser aplicados en las salas de emergencia y explicados en las rondas médicas y de docencia. Se realiza la presente investigación para conocer el estado actual del tratamiento de pacientes que acuden a la emergencia de este nosocomio con diagnóstico de crisis hiperglicémica.

OBJETIVO:

Evaluar la adecuación del manejo que se les da a los pacientes que acuden con crisis hiperglicémica a la emergencia de un Hospital Docente, según lo recomendado por la guía de la American Diabetes Association.

METODOLOGIA:

Estudio observacional descriptivo, realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se hizo una revisión de las historias clínicas de pacientes mayores de 14 años que fueron hospitalizados en el HNCH con el diagnóstico de crisis hiperglicémica, las cuales debían contener el registro de glicemias, electrolitos, gasometrías y de terapéuticas indicadas.

Se identificó a los pacientes usando el cuaderno de registro del servicio de Endocrinología, de donde se apuntaron los números de historia clínica, luego se solicitó sus historias clínicas al servicio de Archivo, encontrándose 125 historias, de las cuales solo 98 cumplían los criterios de elegibilidad. Los criterios a evaluar fueron las características demográficas, factores descompensantes, comorbilidades, tiempo de estancia hospitalaria, los parámetros de monitoreo, el tipo y la cantidad de fluidos endovenosos administrados, el régimen de insulina y el manejo de electrolitos durante las primeras 48 horas. Esta información fue ingresada a una base de datos en Microsoft Excel, para luego ser trasladada al programa STATA 11 para su análisis y posterior interpretación. El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Comité de Ética en la Investigación del Hospital Nacional Cayetano Heredia.

RESULTADOS:

De las 98 historias clínicas revisadas, el 74 % correspondían a pacientes con Cetoacidosis diabética, el 9% a pacientes con Crisis hiperosmolar y el 16% a pacientes con Estado mixto. La edad promedio de los pacientes fue de 48 ± 17 años, 50% era de sexo masculino. 48% fueron debut de diabetes. Se evidenció que 82% recibieron hidratación inicial adecuada, 78% hidratación de mantenimiento y en 88% se agregó dextrosa en el momento indicado. En cuanto a la insulino terapia, 54% recibió el bolo inicial, 83% tuvieron la infusión continua. 88% recibieron tratamiento de potasio según lo recomendado. 97% tuvieron tratamiento con bicarbonato de acuerdo a lo recomendado.

Sobre la evaluación global del tratamiento, solo un 8% de los pacientes recibieron el tratamiento acorde a lo recomendado en la guía.

CONCLUSIONES

Se observó que en la evaluación global del tratamiento según una Guía de Práctica Clínica, solo una pequeña proporción de pacientes es tratada óptimamente, por lo cual se sugiere implementar un protocolo de tratamiento adaptado a las características de nuestra población.

1310**NÓDULO TIROIDEO CALIENTE EN PACIENTES HIPOTIROIDEOS POR TIROIDITIS DE HASHIMOTO**

Lorena Villena Yauck¹, Sofía Villanes Erquinio¹, Max Acosta Chacaltana¹, José Valera Chávez¹, María Del Pilar Valle Yopez²
 Departamento de Endocrinología y Metabolismo, Hospital Central de la Fuerza Aérea, Lima, Perú ² Departamento de Medicina Nuclear, Hospital Central de la Fuerza Aérea, Lima, Perú

OBJETIVO: Reportar dos casos de pacientes hipotiroideos, por tiroiditis de Hashimoto que presentan nódulo caliente en la gammagrafía

DISEÑO: Reprote de casos.

METODOLOGÍA:: Revisión de Historia Clínica y de la literatura correspondiente

RESULTADOS: Se reportan dos casos de mujeres con hipotiroidismo por tiroiditis de Hashimoto, de 43 y 48 años, con tiempo de enfermedad 15 y 9 años respectivamente. Que refieren incremento de peso cansancio, intolerancia al frío. La primera paciente sin antecedentes patológicos de importancia. FUP 2002. Al examen físico: PA 110/60 mmHg, FC: 70x', IMC 26,6 .Piel seca. Bocio aproximado de 80 gr, consistencia incrementada, multinodular. La segunda paciente acude principalmente por incremento de peso el último año de 10 Kg. FUR a los 41 años, luego de histerectomía total por miomatosis uterina. Al examen: PA 90/60 FC 64x' IMC 23,3 Tiroides palpable, nódulo en lóbulo izquierdo de 2cm, consistencia ligeramente incrementada. En ambos casos se realiza gammagrafía la misma que muestra nódulos calientes, y ambos casos la biopsia fue negativa para células neoplásicas. Luego de seis meses se repitió la Gammagrafía luego de suspender la Levotiroxina por 30 días que evidencia la presencia de nódulos calientes.

	Edad	Perfil Tiroideo inicial			Anti TPO (< 5.61 u/ml)	Anti Tiroglobulina (<34u/ml)	Ecografía	Gammagrafía Tc-99 *	BAAF
		T4 libre (0.70- 1.48 ng/dl)	T3 (60- 200 ng/dL)	TSH 0.35- 4.94 uIU/m L					
1	43	0.89	ND	25	46.8	186	Ecogenicidad heterogénea Nódulo en lóbulo derecho 11x9 mm	Nódulo caliente en lóbulo Derecho	Benigno
2	49	0.64	55	1.86	55	76.18	Nódulo lóbulo Izquierdo de 20X16 mm,	Nódulo caliente en lóbulo izquierdo y nódulos hipocaptadores en lóbulo derecho	Benigno

CONCLUSIONES:

La presencia de nódulos hipercaptadores en pacientes hipotiroideos no es frecuente. Los cambios gammagráficos encontrados en la Tiroiditis de Hashimoto son variables y pueden imitar una hiperplasia difusa, bocio nodular o multinodular. Estos nódulos pueden ser hipercaptadores al realizarse la gammagrafía con tecnecio 99 ó I131. Estos datos sugieren que la presencia de áreas hipercaptadoras corresponderían a zonas de hiperplasia debida a estimulación crónica por la THS. Asimismo la presencia de nódulos pueden observarse en los estadios iniciales o avanzados de la enfermedad de Hashimoto.

1311

ESTUDIO OBSERVACIONAL COMPARATIVO DE PACIENTES CON ACROMEGALÍA ACTIVA TRATADOS CON UNA NUEVA FORMULACIÓN DE OCTREOTIDE DE LIBERACIÓN PROLONGADA TRATADOS PREVIAMENTE CON LA PRESENTACIÓN ORIGINAL DE OCTREOTIDE LAR

Wilson Gallardo Rojas, Unidad de Neuro-Endocrinología, Hospital Nacional Guillermo Irigoyen

OBJETIVO: Reportar la Evolución Clínica, Bioquímica e Imagenológica de los Pacientes con Acromegalia tratados con la nueva presentación de Octreotide de Liberación Prolongada, se valora la Seguridad y Eficacia de esta nueva presentación.

METODOLOGIA: Estudio Observacional Comparativo Prospectivo No Aleatorizado de Etiqueta Abierta sobre la Seguridad y Eficacia de una nueva presentación de Octreotide de Liberación Prolongada (OLP) en el tratamiento de pacientes con Acromegalia Activa seguidos durante un año.

RESULTADOS: De los 18 pacientes evaluados, 10(55.6%) fueron masculinos y 8(44.4%) fueron femeninos. La edad en años fue en promedio 49.2 años con un rango entre 30 y 77 años. La desviación estándar de la edad fue de 13.6 años. El Tiempo de Enfermedad promedio de los 18 pacientes fue de 12.8 años con un rango de 4 a 25 años. La desviación estándar fue de 5.41 años. En cuanto a TAC y Resonancia Magnética, los 18 pacientes presentaron macroadenomas. Como tratamiento inicial 17(94.4%) pacientes fueron sometidos a cirugía, luego recibieron radioterapia previo al tratamiento con OLP.

Análisis descriptivo de IGF-I antes y después de recibir Octeotride LAR

	N	Valor Mínimo	Valor Máximo	Promedio ± D.S
OLP (Original) Inicial	18	274	1486	535 ± 291.8
OLP (Original) Final	18	110	392	273 ± 84.4

Porcentaje de pacientes que normalizaron los valores de IGF-I

OLP (Original) Inicial	OLP (Original) Final		Total N (%)
	Elevado N (%)	Normal N (%)	
Elevado, N=18	4 (22.2)	14 (77.08)	18 (100)

Luego este mismo grupo de pacientes recibió tratamiento con la Nueva Formulación de OLP.

OLP (Nueva Formulación) Inicial	OLP (Nueva Formulación) Final		Total N (%)
	Elevado N (%)	Normal N (%)	
Elevado, N=18	11(61.1)	7(38.9)	18(100)

Con la nueva formulación de OLP, de los 18 pacientes **8(44.4%)** presentaron Eventos Adversos y en estos 1 (5.6%) fue La nueva formulación de OLP presentó el doble de Eventos Adversos que el Octreotide Original (SAS-LAR): 8 Vs 4. Estos Eventos Adversos fueron rash cutáneo (02), dolor abdominal (02), cefalea (02), vómito (01) y broncoespasmo (01) con la nueva formulación.. Con la formulación original (Sandostatin-LAR) solo se observó dolor abdominal leve y transitorio posterior a la administración en 04 pacientes.

CONCLUSIONES. Los pacientes tuvieron mejor control de IGF-1 y experimentaron menos eventos adversos cuando fueron tratados con la formulación original de Octreotide LAR, comparado con la nueva formulación de octreotide LP. Debido al pequeño número de pacientes enrolados en este reporte, estudios adicionales son requeridos en orden a establecer mejor la eficacia y seguridad de esta nueva formulación de octreotide LP en pacientes con Acromegalia.

Financiamiento: Todo el Estudio se hizo en la seguridad social, no hubo financiamiento externo

1312**DETERMINACIÓN DEL VOLUMEN TIROIDEO EN POBLACIÓN ADULTA SIN PATOLOGÍA TIROIDEA RESIDENTE EN ZONA YODOSUFICIENTE****Autores:** Miluska Huachin Soto¹, Víctor Noriega Ruiz¹, Jessica Faustor Sánchez¹ Alfonso Ramírez Saba², Giovanna Rodríguez Lay³, Alberto Allemant Maldonado⁴, Lucy Damas Casani⁵¹ Servicio de Endocrinología, Hospital Nacional Cayetano Heredia ² Servicio de Endocrinología, Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión³ Servicio de Endocrinología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza⁴ Servicio de Endocrinología, Hospital Nacional Hipólito Unanue⁵ Servicio de Endocrinología, Hospital María Auxiliadora**OBJETIVO**

Determinar valores de referencia del volumen de la GT en población adulta sin patología tiroidea residente en un área yodosuficiente mediante la evaluación ecográfica.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal. Fueron invitadas a participar personas de ambos sexos, mayores de 18 años, sin antecedentes personales de enfermedad tiroidea, o ingesta de fármacos que alteren la función de la GT, no gestantes, de 5 hospitales nacionales de la ciudad de Lima. Se registraron en una ficha la edad, el sexo, el peso (referido) y la talla (referido) y se evaluó clínicamente el volumen tiroideo de acuerdo a la clasificación de la OMS. Se obtuvo muestras de sangre para determinar TSH (VN 0.3-5.00 mU/L) y anticuerpos antiperoxidasa (antiTPO) (positivo>80 IU/ml) mediante radioinmunoensayo La ecografía tiroidea fue realizada por tres operadores, se usaron dos ecógrafos, utilizando transductores lineales de 5.0 MHz y 7.5 MHz. Los sujetos fueron examinados en posición supina, con el cuello en ligera hiperextensión. Se evaluó ecográficamente en planos transversales y longitudinales; el volumen de cada lóbulo se calculó multiplicando diámetro anteroposterior x diámetro transversal x diámetro longitudinal (en milímetros) x factor de conversión ($\pi/6$ o 0.524), el volumen tiroideo se obtuvo de la suma de ambos lóbulos, no fue incluido el istmo. Se describieron hallazgos patológicos como alteraciones de la ecogenicidad en el parénquima o lesiones nodulares en caso sean evidenciadas. Para el análisis estadístico se utilizó la t de student y test de ANOVA para variables cuantitativas

RESULTADOS. Participaron 329 pacientes, 187 fueron excluidos por encontrarse patología tiroidea en la evaluación ultrasonográfica, valores alterados de TSH, o antiTPO positivo. 142 pacientes, 26 (18.3%) hombres y 116 (81.7%) mujeres, entre 18 años y 89 años fueron analizados. La media del volumen tiroideo en la muestra fue 6.42 cc, siendo mayor el volumen del lóbulo derecho que el izquierdo (p.008) (tabla) y mayor en hombres (8.0038 ± 4.43 cc) que en mujeres (6.0691 ± 2.90 cc) (p=0.007). No se encontraron diferencia estadística cuando se compararon el volumen tiroideo entre los diferentes grupos étnicos (p=0.35)

	Lóbulo derecho (cc)	Lóbulo izquierdo (cc)	Volumen total (cc)
N	142	142	142
Media \pm DE	2.02 \pm 2.031	1.94 \pm 1.93	6.42 \pm 3.30
Mediana	1.17	1.69	6.11
IQ	1.69, 3.60	1.62, 2.22	5.87, 6.97

CONCLUSIONES

El promedio del volumen de la GT evaluado por ecografía es de 6.42 cc siendo mayor en hombres que en mujeres en una población residente en zona yodosuficiente. No existe diferencia significativa del volumen tiroideo en los grupos étnicos evaluados

1313

USO DE MEDICAMENTOS PPAR γ PARA REDIFERENCIACION DE CANCER PAPILAR DE TIROIDES AGRESIVO EN EL HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI DESDE ENERO DEL 2008 HASTA DICIEMBRE DEL 2012

Tara -Britto, Susana; Uribe Tejada, Nancy, Pohl Torres Alfredo
Servicio de Endocrinología Hospital Edgardo Rebagliati Martins

El tratamiento con yodo radiactivo (I-131) es la terapia coadyuvante del cáncer de tiroides con metástasis. Variedades agresivas del cáncer papilar con fenotipo altamente metastásico con el tiempo presentan refractariedad al radioyodo por desdiferenciación y probablemente desde el inicio deberían ser tratadas como cánceres medianamente diferenciados. La capacidad de producir NIS y ubicarlo en la membrana celular permite el ingreso y acción terapéutica del radioyodo y la expresión de tiroglobulina (Tg) suele perderse luego de perder la capacidad de expresar NIS, lo que se verifica al encontrar rastreos con radioyodo negativos y Tg positivas. Los fármacos PPAR γ han sido asociados con rediferenciación de la célula folicular in vivo e in vitro.

OBJETIVO Evaluar el efecto de estos fármacos en una población de pacientes con cáncer de tiroides con características de desdiferenciación evaluada por captación de radioyodo post terapia con Yodo 131.

METODOLOGIA Se presentan 18 pacientes tratados en el Hospital Rebagliati y la Clínica Santa Mónica de enero 2008 a diciembre 2012 con cáncer de tiroides tipo papilar de diferentes variantes con rasgos de desdiferenciación para evaluar el efecto de los PPAR γ . Fueron 12 mujeres y 6 varones con edades entre 35-86 años., 13 pacientes (72%) con algún porcentaje de células altas (3-100%). El 88.8% habían sido diagnosticados como Alto riesgo de Recurrencia según Clasificación LATS. Se les califica como desdiferenciación cuando en el seguimiento fase 2 y 3 presentaron Rastreos con I-131 post terapia negativos y Tg mayor de 2ng/dl con AbTg negativos (n= 12), o con Tg no detectable y AbTg positivos usados como marcadores subrogados (n=6). 60% tenían metástasis pulmonares, 10% mediastinales y pulmonares, 2% óseas, el resto de pacientes no tenía metástasi Los que elevaron la Tg tuvieron valores en rango 100-5000 ng/dl. Los que elevaron los AbTg luego de la pérdida de la memoria genética estuvo en rango de 366- 2875ng/dl. Los pacientes recibieron ciclos de 8 y 12 semanas con Rosiglitazona 8mg/día (n= 8) o Pioglitazona 30mg/día (n = 10) previa a la Terapia con I-131. Dos pacientes recibieron adicionalmente TSHrh para coadyuvar la terapia de rediferenciación. Ambos tenían metástasis pulmonares detectadas por TEM. Se siguió el protocolo de 12 semanas con Rosiglitazona y luego se aplicaron dos dosis en días consecutivos de 0.9mg de TSHrh y se administró la terapia con I131 al tercer día. Los rastreos post terapia se realizaron en un promedio de 6 días (4-15).

RESULTADOS El 44% de pacientes presentaron captación de yodo post terapia, la principal captación fue a nivel pulmonar. No hubo diferencia significativa en la variación de Tg en el seguimiento. No hubo diferencia significativa al usar pioglitazona o rosiglitazona ni con el tiempo de tratamiento. Dos pacientes con AbTg captaron en pulmones. De los dos pacientes que recibieron TSHrh solo una captó pos terapia, la otra paciente, con dos metástasis pulmonares por TEM, el rastreo post terapia a los 15 días fue negativo. A los 18 meses de seguimiento las imágenes pulmonares no han crecido y se encuentra con Tg negativa y CYFRA 21 negativa.

CONCLUSIONES La terapia con PPAR γ tuvo un efecto positivo evaluada por la captación de I 131 en 44%, sin embargo dicha captación fue parcial, ya que en el 60% de pacientes la evolución de la enfermedad no fue buena pese a efecto de radioyodo, y parece depender más del fenotipo del cáncer y estadiaje. Una de las variables puede ser el tiempo que se espera para realizar una terapia de rediferenciación, la cual debe realizarse apenas se tiene el primer rastreo post terapia negativo con marcadores positivos. En algunos pacientes fue luego de 2 o 3 rastreos post terapia negativos. Algunos trabajos describen disminución importante de Tg, que no se observó en este trabajo probablemente por Ino diluir los valores >300ng/dl.El PET-scan en estos pacientes nos permite constatar rápidamente la desdiferenciación de la célula folicular. La terapia con PPAR γ puede ser una alternativa pero se necesitan mayores estudios. Consideramos que el adecuado seguimiento en sus tres fases permitirá aplicar terapias especiales en momentos oportunos que puedan tener un impacto positivo en el pronóstico de la enfermedad.

1314**TRATAMIENTO CON PEGVISOMANT EN PACIENTE CON ACROMEGALIA REFRACTARIA: A PROPOSITO DE UN CASO EN HOSPITAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS**

Tara -Britto, Susana; Uribe Tejada, Nancy, Ticona Bedia, Carlos.
 Servicio de Endocrinología Hospital Edgardo Rebagliati Martins

La acromegalia es una enfermedad crónica, que se asocia a comorbilidades que hacen que el paciente que la porta reduzca su esperanza de vida hasta en 10 años. La principal causa son los tumores hipofisarios secretores de Hormona de Crecimiento (GH), generalmente macroadenomas y la cirugía, principal terapia suele ser exitosa en 30% en macroadenomas y 97% en microadenomas. Por ello es necesario el uso de fármacos para controlar la actividad de esta enfermedad. La principal terapia médica por muchos años ha sido la asociación de Análogos de somatostatina con dopaminérgicos, pero algunas veces existe refractariedad o intolerancia a los mismos. Los análogos del receptor de GH como el Pegvisomant tienen un efecto muy bueno en controlar IGF1 y los síntomas y signos que de esta hormona derivan.

OBJETIVO Evaluar la efectividad y seguridad de Pegvisomant en una paciente con Acromegalia activa con refractariedad e intolerancia tardía a Terapia con Análogos de Somatostatina y Dopaminérgicos.

METODOLOGIA Caso clínico: Paciente Mujer de 70 años con tiempo de enfermedad 25 años, portadora de Macroadenoma hipofisario que fue operada en dos oportunidades en el año 2002 y 2004. En el año 2005 recibió Terapia con Acelerador Lineal. En el año 2006 inicia terapia con Octreotide LAR 20mg/mes por 3 meses por presentar IGF1 1050 ug/ml y RMN de silla turca indicando Silla Turca Vacía. Sin mejoría se le agrega Cabergolina 0.5mg 3 veces por semana, posteriormente se sube a Octreotide LAR 30mg/mes sin conseguir importante mejoría en IGF1. Se complica con hiperglicemia, cólicos abdominales y deshidratación que necesita internamiento. Se debe retirar medicación mencionada y se le indicó Pegvisomant 15mg/día subcutáneo. Se realizaron evaluaciones de Actividad de Acromegalia (1 a 5), Acroqualy, herramienta que evalúa Calidad de Vida de paciente con Acromegalia (1-100/100), IGF1, GH basal, quincenal, mensual y RMN semestral.

RESULTADOS Los resultados fueron positivos y se muestran en el cuadro 1.

Evaluación del tratamiento con Pegvisomant

	Basal	Sem 2	Sem 4	Sem 8	Sem12	Sem 16	Sem 24	Sem 30	Sem 48
Actividad	5	4	4	3	3	3	2	2	2
ACROQUALY	0.26	0.36	0.46	0.46	0.56	0.9	0.9	0.9	0.9
IGF1 (70-290)	901	628	600	286	228	220	200	199	200
GH	3.5	6.5	6.0	5.8	4.69	5.4	5.44	3.88	4.9
RMN	STV						STV		STV
TGP	16				20		21		22
TGO	12				13		22		22

CONCLUSIONES El tratamiento con antagonistas del receptor de GH es una alternativa de segunda línea, en nuestra paciente redujo notablemente IGF1 en pocas semanas de tratamiento y mejoró la calidad de vida evaluada por AcroQualy. No presentó graves complicaciones en el año de terapia; sin embargo el paciente debe ser adecuadamente elegido ya que los riesgos son el persistente aumento de GH y posibilidad de recrecimiento tumoral.

Financiamiento Autofinanciado y donación de medicamento

1315

TRATAMIENTO CON EVEROLIMUS EN PACIENTE CON NEOPLASIA ENDOCRINA MULTIPLE TIPO 1. A PROPOSITO DE UN CASO.

Tara -Britto, Susana; Zea Núñez Carlos.

Servicio de Endocrinología Hospital Edgardo Rebagliati Martins. Clínica Santa Mónica – Hospital ESSALUD Cuzco

La Neoplasia Endocrina Múltiple Tipo 1 (NEM1) presenta como principales componentes el Hiperparatiroidismo, tumores neuroendocrinos gastro enteropancreáticos y tumores hipofisarios. La característica de estos tumores es que son sincrónicos o metacrónicos. Son autosómicos dominantes con penetrancia variable. El gen de las meninas permite hacer la localización molecular. Dado que la presentación de tumores puede ser no sincrónica, y la gravedad diferente debemos mantener una conducta expectante y brindar a los pacientes las terapias en forma oportuna y eficiente. Los tumores neuroendocrinos avanzados con primario pancreático y metástasis regional tienen una supervivencia a los 5 años de 62%, pero esta baja a 27% cuando la metástasis es a distancia según el Registro Epidemiológico SEER (1973-2004) Siendo siempre la mejor opción para los pacientes un eficiente tratamiento quirúrgico. Everolimus es un fármaco inhibidor del mTOR que ha demostrado efectos positivos en los tumores neuroendocrinos pancreáticos, efectos que han sido demostrados en los estudios Radiant I, II y III.

OBJETIVO Presentar la experiencia de tratamiento con Everolimus en un paciente con NEM1 con tumor pancreático y metástasis hepática. Evaluar tamaño de lesiones por Resonancia magnética nuclear usando RECIST. Captación de imágenes con Octreoscan y marcador tumoral Cromogranina A (CgA)

METODOLOGIA **Caso clínico:** Paciente varón de 69 años que fue evaluado luego de cirugía por Tumor neuroendocrino pancreático de 2.5 cm.

Con Cg (+) Sinaptofisina (+) Ki 67 3.5

Sin evidencia de metástasis regional ni a distancia según informe quirúrgico. Se evaluó en consultorio de Endocrinología por ser referido encontrándose un individuo adulto mayor, IMC 24Kg/mt2, disminución de vello púbico y masa muscular con tono conservado. Los exámenes detectaron hipercalcemia con hipofosfatemia, osteopenia en Densitometría ósea; Prolactina 180ng/dl, PTH 122 pg/dl, RMN hipófisis con dos tumores hipofisarios de 4 y 5mm. Gamagrafía Paratiroidea negativa a tumores paratiroideos. Resto de exámenes negativos. Catalogado como NEM 1, Tumor neuroendócrino pancreático G2, con Cg A 15ng/dl . Se inició terapia con Cabergolina 0.5mg tres veces por semana, Octreotide LAR 20mg/mes y Alendronato 70 mg/semana. En el control de 12 meses se encontró en Octreoscan presencia de 2 metástasis hepáticas y recrecimiento tumoral pancreático, aumento de Cg 64ng/dl. Se planteó al paciente la terapia quirúrgica, quimioembolización y o de radioablación.

El paciente no aceptó terapias propuestas y se inició Everolimus 10mg/día . La evolución por resonancias y Octreoscan a los 6 meses indicó no captación en lecho pancreático corroborado por RECIST en RMN y remisión de Cg a 34ng/dl. El control al año demuestra disminución de tamaño de metástasis usando RECIST y Cg 15ng/dl.

Sin embargo en el tiempo de la medicación el paciente ha bajado notablemente de peso (13Kg), IMC 18 kg/mt2, presentó signos carenciales que necesitaron soportes de nutrientes y micronutrientes. Molestias neuropáticas dolorosas que mejoran levemente con aportes vitamínicos. Igualmente anemia y leucopenia. No se asoció a neumonitis. La evolución de los otros componentes del NEM1 se han mantenido estables. Tiene estudio de Gen de las Meninas en curso.

CONCLUSIONES El tratamiento con Everolimus puede ser usado en Tumores neuroendocrinos pancreáticos avanzados, cuando no es posible optar por la terapia quirúrgica de elección. Nuestro paciente logró disminución en el tumor neuroendocrino evaluado por imágenes y marcador tumoral pero presentó notables efectos de deterioro del estado general. La literatura actual sugiere asociación con otras quimioterapias. Nuestro paciente se mantuvo estable en los otros tumores de la neoplasia endocrina múltiple.

1316

CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES PRODUCTOR DE MELANINA EN UN PACIENTE CON HIPERTIROIDISMO. A PROPOSITO DE UN CASO

Sáenz Bustamante, Sofía*; Paz Ibarra, José*; Pino Godoy, Pavel**; Yábar Berrocal, Alejandro***

*Servicio de Endocrinología y Metabolismo - Hospital Edgardo Rebagliati Martins **Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y MáxiloFacial - Hospital Edgardo Rebagliati Martins ***Departamento de Anatomía Patológica - Hospital Edgardo Rebagliati Martins

OBJETIVO: Presentar un caso de Carcinoma Medular de Tiroides (CMT) productor de melanina, en coexistencia con un Carcinoma Papilar de tiroides (CPT).

METODOLOGIA: Presentación de Caso interesante. Se presenta las características clínicas y para-clínicas de una paciente con coexistencia de CMT y CPT.

RESULTADOS: Mujer de 64 años, acude al Consultorio de Endocrinología con un tiempo de enfermedad de 3 meses, refiriendo notar un tumor palpable en zona cervical anterior a predominio derecho, niega disfagia, disnea, disfonía, odinofagia y diarrea. No antecedentes familiares de importancia. Analítica: TSH: 0.055 μ U/mL, T4L: 2.23ng/dL, AbTg: 21.3IU/ml, Tg: <0.2ng/ml, Ecografía Tiroidea: LTD 38x10x14mm, con parénquima homogéneo de ecogenicidad conservada. Se observa lesión focal hipoecogénica de 4 mm en el tercio medio compatible con quiste denso, sin representación vascular. LTI ocupado por lesión nodular que mide 41x41x43mm de morfología esférica, contenido heterogéneo con vascularidad difusa con bordes definidos. No se observa adenomegalias cervicales que sugieran secundarismo. BAAF de nódulo LTI: Tumor quístico con atipia sospechosa; Gammagrafía tiroidea (no disponible). Luego de compensación preoperatoria fue sometida a tiroidectomía total con resección de compartimiento ganglionar central cuya evaluación patológica informó: Carcinoma Medular de Tiroides, productor de melanina, que compromete LTI en el 98% de la superficie (6x4.5x4cm), con extensión a cápsula tiroidea. Embolia tumoral linfática: +/+++; embolia vascular venosa (-), infiltración perineural (-), bordes quirúrgicos libres, sin margen de seguridad. IHQ: Calcitonina (+), Tiroglobulina (-), TTF-1 (-), CK de alto peso molecular (-); Rojo Congo (+) focal. En el LTD se encontró un microcarcinoma papilar de variedad clásica (100%) no encapsulado de 0.3 cm de diámetro que infiltra parcialmente cápsula. Tiroides remanente: Tiroiditis Crónica Folicular. Ganglios 0/6 sin compromiso metastásico; Se solicita exámenes pre-ablativos: TSH: >75 μ U/mL, Tg: <0.20ng/ml, AbTg-AbTPO (negativos), PTH: 7.75pg/ml, Calcitonina: 33.3pg/ml (0-13); CEA: 4.5 (0-3.0); Al momento tiene pendiente realización de estudios de imágenes a fin de localizar enfermedad medular residual.

DISCUSION y CONCLUSIONES: El CMT corresponde al 0.3% de los bocios nodulares y al 3% de la neoplasias tiroideas diagnosticadas. En la mayoría de casos, el diagnóstico preoperatorio es seguro, basado en BAAF (Sensibilidad: 30-50%), determinación de calcitonina y con el estudio del proto-oncogen RET (no disponible para nuestra población). El 10-15% de los casos de CMT, el diagnóstico se realiza en la patología de la tiroidectomía total, como en nuestro caso. Si bien es cierto la presencia de un CMT en pacientes con hipertiroidismo es infrecuente; la concurrencia de CMT y CPT es mucho más rara, se han reportado en la literatura inglesa 20 casos. El CMT tienen una habilidad confirmada de diferenciación multidireccional, sus células tumorales pueden secretar sustancias hormonales y no hormonales, productos que incluyen mucina, péptido y aminos. El CMT productor de melanina es extremadamente raro, desde el año 1982 hasta el 2008 se han reportado en la literatura 10 casos. El pronóstico de esta variante no se conoce exactamente, debido a la escasez de presentación, de los casos reportados, aún no se puede colegir un comportamiento determinado. El último caso reportado tuvo mala evolución con pobre pronóstico, no pudiéndose determinar si la agresividad fue por la actividad mitótica del CMT *per se* o si la presencia de melanina contribuye a ésta. Se realizará el seguimiento respectivo con la finalidad de contribuir al conocimiento del comportamiento de esta variante del CMT.

1317

GERMINOMA SELAR EN UN VARON DE 26 AÑOS CON SINDROME QUIASMATICO SEVERO Y PANHIPOPIUTARISMO

Sáenz Bustamante, Sofía*; Paz Ibarra, José*; Álvarez Simonetti Luis**; La Torre Zuñiga, Alan***; Pachas Peña, Melchor***

*Servicio de Endocrinología y Metabolismo - Hospital Edgardo Rebagliati Martins**Departamento de Neurocirugía - Hospital Edgardo Rebagliati Martins ***Departamento de Anatomía Patológica - Hospital Edgardo Rebagliati Martins

OBJETIVO: Describir un caso de germinoma selar con alto índice mitótico. Reconocer diagnóstico diferencial de todo engrosamiento hipofisiario.

MÉTODO: Presentación de Caso interesante. Se presentan las características clínicas y para-clínicas de un paciente con germinoma selar.

RESULTADOS: Varón de 26 años, procedente de Chimbote-Ancash. Primo con meduloblastoma. Refiere un padecimiento de 3 años de evolución caracterizado por poliuria, polidipsia e hiporexia; posteriormente se agrega disfunción eréctil y disminución de libido de 1 año de evolución; fue evaluado en su lugar de origen diagnosticando microadenoma hipofisiario en RMN (Febrero 2011). Viajó a Lima por cefalea persistente y disminución de la visión, siendo evaluado en hospital nacional donde evidencian hipopituitarismo y le prescribieron LT4 100µg/d, y prednisona 10-30mg/d), además de derrame pleural compatible con TBC pleural confirmado con biopsia, recibió tratamiento específico sólo por 2 meses por mala tolerancia a medicación. Fue evaluado en institución particular con nuevo estudio de RMN siendo sometido a cirugía transesfenoidal por presencia de proceso expansivo selar y supraselar (Octubre 2012) cuya histopatología concluyó “adenoma cromóforo”; por trastorno de sensorio e hiperpirexia fue transferido a otra institución donde colocan sistema de derivación ventrículo peritoneal por hidrocefalia e hipertensión endocraneana, siendo posteriormente sometido a resección transcraneal (Noviembre 2012), y por complicaciones postoperatorias ventilatorias e infecciosas es transferido a la UCI del HNERM. El estudio histopatológico concluyó tumor de células germinales. Paciente ingresa a endocrinología del HNERM (Enero 2013) con persistencia e intensificación de sintomatología descrita desde hace 3 años (poliuria, polidipsia, cefalea y fiebre), además de tendencia al sueño, bradialia y disminución de campos visuales. Analítica: β-hCG y AFP (-); TSH: 0.029 µU/mL, LH: 0.111mU/mL, FSH: 0.312mU/mL, Cortisol: <1.00µg/dL. GH: 0.179ng/mL, IGF-1 <25.0ng/mL, PRL: 9.64ng/mL, Testo libre: 2.34pg/dL. Luego de compensación hemodinámica y metabólica fue sometido a resección subtotal de tumor supraselar transcraneal; encontrando extenso tumor infiltrante de toda la estructura opto-quiasmática, con lesión severa del quiasma y ambos nervios ópticos; dimensiones tumorales ±4.5x4.0x3.5cm. Histopatología: tumor de células germinales con presencia de citoplasma claro, nucleolo prominente y linfocitos dispersos: Germinoma extra-gonadal, PLAP (+), CD117 (+), Ki-67: 50%, EMA (-), PGAF (-). Luego de superar múltiples intercurrencias el paciente fue sometido a 25 sesiones de Radioterapia con acelerador lineal. Se obtienen los controles por RMN, con disminución importante del volumen tumoral, paciente en mejoría clínica progresiva pero queda con amaurosis bilateral, recibe Prednisona, levotiroxina, testosterona y desmopresina.

DISCUSION Y CONCLUSIONES:

Los germinomas del SNC corresponden al 0.4-3.4% de los tumores intracraneales primarios. Afecta principalmente a prepúberes y suelen localizarse en la glándula pineal o en la región supraselar. Pueden manifestarse con diabetes insípida, hipopituitarismo y alteraciones visuales. Los germinomas cerebrales son β-HCG y AFP negativos en el 85-90% de los casos. Son radiosensibles y potencialmente curables. El engrosamiento del tallo hipofisiario en RMN sugieren lesiones inflamatorias, granulomatosas y neoplásicas. A pesar de que en la mayoría de casos con masas intraselares y engrosamiento hipofisiario, los exámenes clínicos y para-clínicos pueden orientar al diagnóstico; se debe realizar una biopsia que permitirá un diagnóstico certero y un tratamiento adecuado.

1318

FORMAS ATÍPICAS DE PRESENTACIÓN Y COMPORTAMIENTO DEL INSULINOMA EN DOS PACIENTES

Sáenz Bustamante, Sofía*; Paz Ibarra, José*; Castillo Visa, Elizabeth*; Garrido Peñaloza, Ana*; Guevara Cruz, Miguel** Targarona Modena, Javier***; Alva Muñoz, José****; Somocurcio Peralta, José ****; Yábar Berrocal, Alejandro.

*Servicio de Endocrinología y Metabolismo - Hospital Edgardo Rebagliati Martins** Servicio de Medicina Interna 6°C – Departamento de Medicina Interna - Hospital Edgardo Rebagliati M ***Servicio de Cirugía de Páncreas – Departamento de Cirugía General - Hospital Edgardo Rebagliati M. ****Departamento de Anatomía Patológica - Hospital Edgardo Rebagliati Martins

OBJETIVO: Describir dos pacientes con insulinomas, que se presentaron con manifestaciones clínicas y comportamiento atípico.

Caso1: Mujer de 59 años, Sin antecedentes familiares de relevancia. Diagnóstico de “epilepsia” desde 1993 recibe fenitoína 100mg bid; refiere episodios de crisis tónico-clónicas y crisis de ausencia, relacionadas con ayuno y estados de estrés emocional. HTA tratada con enalapril 20mg/d. Sometida a lumpectomía derecha y radioterapia externa por cáncer de mama el 2004. Fue referida a HNERM por persistencia de convulsiones; y por hallazgo de glicemia de 57mg% referida a Endocrinología. Presenta episodios de sudoración profusa, seguido de confusión, que se presenta con el retraso en hora de comidas y remite con ingesta de alimentos. En ocasiones, asociado a movimientos tónico-clónicos generalizados con post-ictal de 30min, y episodios descritos como “crisis de ausencia” de 1 minuto de duración. Asimismo refiere que con estados de estrés emocional presenta “bochornos”, asociado a aumento de PA, niega palpitaciones, además, refiere alteración en comportamiento, se torna más irascible y ansiosa, y presenta “olvidos” frecuentes. Al examen: paciente lúcida, alerta, taquilálica, ansiosa, Peso: 67kg, IMC: 23.73kg/m². PA:150/90mmHg, FC: 64x’. Analítica: Glucosa ayunas: 45-67mg%, Insulina ayunas: 53.6-72μU/dL (VN:9.3-29.1); Péptido C ayunas: 2.49 ng/mL (VN:0.9-7.1). Hb:13.1; Anticuerpos anti- Insulina: <0.5 U/mL. PTH:36pg/ml, PRL:18ng/dl. Debido a TEM pancreática dinámica trifásica no concluyente, fue sometida a Cateterismo Pancreático Ultraselectivo con estimulación intra-arterial de calcio (CPUS+EIACa) que concluyó en hipersecreción de insulina en la región correspondiente a la arteria esplénica. Siendo sometida a pancreatectomía distal más esplenectomía, El estudio histopatológico reportó: Insulinomas sincrónicos de 13mm y 35mm de diámetro, ubicados en cuerpo y cola de páncreas respectivamente, Ki67(+) en 1%. Fue dada de alta con glicemia (ayunas) entre 100-140mg/dl, Insulina:4.46μUI/mL y Péptido C:1.52ng/mL. Estudio del gen de menina (no disponible).

Caso N°2: Mujer de 45 años, con antecedentes de HTA, Hipotiroidismo subclínico recibe LT4 50 ug/d desde Feb 2012. Síndrome ansioso depresivo en 2012, manejo con sertralina y alprazolam. Hospitalizada en Mayo 2012, por episodios de hipoglicemia sintomática caracterizado por sudoración profusa y trastorno de conducta; Se realizó test de ayuno presentando hipoglicemia a las 06 hs de iniciado el ayuno sin hiperinsulinemia, se evidencia hipoglicemia sintomática a la tercera hora del TTOG) y con TEM pancreático normal, fue dada de alta con diagnóstico de hipoglicemia reactiva. Persiste con episodios de trastorno de conducta sin causa aparente, precedidos por cefalea occipital, mareos y sialorrea predominantemente nocturnos con remisión espontánea, visión borrosa varias veces al día, que remiten con la ingesta de “comida dulce”. En Octubre 2012 reingresó con trastorno de sensorio asociado a glicemia de 27mg/dL. Estudios revelaron Glicemia(ayunas) 50-62mg/dL, Insulina(ayunas): 7.39-9.82 μUI/mL, Péptido C(ayunas): 2.67-3.72 ng/mL, Anticuerpos anti-Insulina: 0.2 (Negativo), TSH: 0.66μUI/mL, T4L: 1.36ng/dL, Cortisol: 26.8 μg/dL, PTH: 27.1 pg/mL. Se realizó RMN de páncreas que no fue concluyente por lo que fue sometida a CPUS+EIACa donde se reveló una hipersecreción de insulina en la región correspondiente a la arteria esplénica. Fue sometida a Pancreatectomía distal + esplenectomía luego de encontrar lesión tumoral en la cara pósterio-inferior del cuerpo pancreático de 1x1cm. La histopatología reportó: Insulinoma en cola de páncreas, único, de 16x12mm. Ki67(+) en 1%. Fue dada de alta con glicemia de ayunas entre 100-150mg/dL, Insulina 2.94 μUI/mL y Péptido C: 1.59 ng/mL.

DISCUSION Y CONCLUSIONES: Los insulinomas son tumores neuroendocrinos poco frecuentes, usualmente benignos; debido a la inespecificidad de sus síntomas el diagnóstico suele ser tardío.

1319

GIGANTISMO POR TUMOR HIPOFISIARIO.

Parimango Alvarez Marcos, Montero Navarrete Sibyl, Sifuentes Julio, Manrique Hurtado Helard.

Servicio de Endocrinología. Hospital Arzobispo Loayza

OBJETIVO: Describir las características clínicas, diagnóstico, tratamiento y evolución de una paciente con tumoración hipofisiaria productora de hormona de crecimiento.

METODOLOGIA: Reporte de caso

RESULTADOS: Paciente acude a consultorio externo de endocrinología en julio 2010 a la edad de 9 años 11 meses, con un tiempo de enfermedad de 2 años con cuadro clínico caracterizado por incremento acelerado en la talla, además de cambios de rasgos faciales e incremento de tamaño de manos y pies, también presentó cefalea bitemporal, episódica, de moderada a severa intensidad, no asociado a náuseas ni vómitos y, disminución progresiva de agudeza visual.

Padre 47 años, talla 155. Madre 31 años, talla 160 cm.

Al examen físico: Peso: 67,5 kg Talla: 157 cm (percentil > 97), IMC: 27.38 kg/m²; facies tosca, manos y pies aumentadas de tamaño, Tanner: M1 – P2. Impresiona alteración de campo visual bitemporal.

El resultado del IGF-1 fue de 1288 ng/ml (117 -771 ng/ml). La Resonancia de hipófisis con gadolinio reveló macroadenoma hipofisiario de 5x5x4.8 cm que comprime quiasma óptico. Fue evaluada por oftalmología en agosto del 2010 presentando diagnóstico hemianopsia bitemporal.

Tras el diagnóstico de gigantismo secundario a macroadenoma hipofisiario productor de hormona de crecimiento con alteración de agudeza visual y campos visuales, la paciente fue preparada para ser intervenida quirúrgicamente en el Instituto de Enfermedades neoplásicas (INEN), realizando procedimiento consistente en resección parcial macroadenoma hipofisiario, presentando complicaciones post cirugía caracterizada por diabetes insípida asociado a rinorraquia, cefalea y vómitos (hidrocefalia comunicante) por lo que fue reintervenida por neurocirugía para realizar una derivación ventrículo-peritoneal.

Dos meses post cirugía se realiza resonancia de hipófisis con gadolinio donde se evidencia tejido hipofisiario residual asociado a efecto de masa en quiasma óptico, con IGF-1 control: 1467 ng/ml (117 -771ng/ml), cortisol AM: 2.35 ug/dl, T4 libre: 0.916 ng/dl, prolactina: 0.362 ng/ml.

Se inicia tratamiento de hipopituitarismo postcirugía de hipófisis: Prednisona 7.5mg/día + Levotiroxina 100 ug/d + carbamazepina 200mg/8h + Desmopresina 10µg, 01puff c/12h Un nuevo control en junio 2011 se realiza resonancia hipofisiaria, el estudio permitió apreciar la presencia de tejido neoformativo a nivel supraselar que mide aproximadamente 24x1819mm en sus dimensiones transversal, cráneo caudal y antero-posterior, esta lesión muestra realce heterogéneo con la sustancia de contraste lo que sugiere corresponder con un remanente de neoformación conocida. Presencia de válvula de derivación ventricular a nivel parietal derecha. El IGF-1 progresó de 1288 ng/ml a 1467 ng/ml en octubre 2010, 1943 ng/ml en marzo 2011 y 1787 ng/ml en junio 2011. Paciente actualmente con 12 años, 11 meses de edad, con peso de 82 kg y altura de 173 cm, persiste con cefalea, con control IGF-1 1800 ng/ml. Nuestra paciente recibió tratamiento quirúrgico, evidenciándose 2 meses post cirugía, mediante RMN de hipófisis, tejido hipofisiario residual, presentado complicaciones post cirugía como diabetes insípida e hidrocefalia comunicante e hipopituitarismo. El 2011 la paciente recibió radioterapia y actualmente se encuentra en tratamiento con análogos de la somatostatina (octreótide) y agonistas dopaminérgicos (cabergolina); en quién no se evidencia cura bioquímica.

CONCLUSIONES: El gigantismo es una entidad que ocurre antes de la pubertad, una vez diagnosticada debe ser tratada con cirugía, terapia médica y según la evolución de los pacientes, con radioterapia. La paciente no tiene buen pronóstico es importante plantear nueva cirugía y tratamiento crónico con pegvisomant o análogos de somatostatina (lanreotida o octreotida) para evitar una muerte prematura.

1320

NEUROPATÍA DIABÉTICA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON DIABETES TIPO 2 DE UN HOSPITAL GENERALMaria Lazo Porras¹, Antonio Bernabé Ortiz¹, Miguel E Pinto², Ray Ticse Aguirre², Jaime J Miranda¹, Robert H. Gilman⁵

1. CRONICAS Center of Excellence in Chronic Diseases, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru. 2. Servicio de Endocrinología, Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Peru. 3. Department of International Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore,

Pie diabético es una de las complicaciones más importantes en los pacientes con Diabetes Mellitus y puede tener un gran impacto negativo no solo en el paciente, sino también en la familia y la sociedad

OBJETIVO: Describir la frecuencia y factores de riesgo de neuropatía diabética en pacientes ambulatorios de un hospital general**MÉTODOS:** Estudio transversal, de Julio – Agosto del 2012 en la consulta ambulatoria. Se recolectó los datos usando un cuestionario estandarizado, se realizó medidas antropométricas, y se examinó los pies usando una lista de chequeo para evaluar (deformidades, callos, hipotrofia interósea, onicogriposis, onicomiosis, infección y fisuras), evaluación vascular y neurológica y se tomó muestras de sangre para análisis de hemoglobina glicosilada en cada paciente. Para el diagnóstico de neuropatía se utilizó el monofilamento Semmes – Weinstein (SWF) de 10-g en dos puntos, uno a nivel de la cabeza del primer metatarsiano y el otro en el área plantar del talón, se consideraba respuesta negativa si uno de los puntos no era percibido. Se utilizó el Score de síntomas de neuropatía diabética (DNS score), que es un autoreporte de síntomas a 4 preguntas, una respuesta afirmativa o más fue considerado como positivo. Se consideró diagnóstico si cualquiera de las dos pruebas era positiva para neuropatía. Se calculó la frecuencia de neuropatía y los intervalos de confianza al 95%. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para explorar potenciales factores de riesgo relacionados a neuropatía. Se realizó el análisis multivariado con análisis de Poisson para hallar los ratio de prevalencia (PR).**RESULTADOS:** Se enrolaron 129 pacientes (73 mujeres y 56 varones). La edad media fue 59.2 años (DS 8.6). El promedio de años de enfermedad fue 8.6 años (DS 6.5). La frecuencia de neuropatía fue 73/129 (56.6% 95%CI: 47.9% - 65.2%). Entre ellos encontramos 49 (37.9%) pacientes con DNS score positivo y 51 (39.5%) con respuesta negativa al SWF. Solo 27 (20.9%) pacientes tienen ambas pruebas positivas. Las características de la evaluación de la apariencia de los pies, evaluación vascular y neurológica son como sigue:

	Derecha (n = 129)	Izquierda (n = 129)		Derecha (n = 129)	Izquierda (n = 129)
Deformidades	24 (18.6%)	19 (14.7%)	Pulso popliteo ausente	2 (1.6%)	1 (0.8%)
Piel seca, callos	94 (72.8%)	93 (72.0%)	Pulso tibial posterior ausente	45 (34.8%)	46 (35.7%)
Hipotrofia interosea	33 (25.6%)	30 (23.2%)	Pulso pedio ausente	3 (2.3%)	1 (0.8%)
Onicogriposis	21 (16.3%)	22 (17.1%)	Reflejo aquiliano ausente	19 (14.7%)	21 (16.3%)
Onicomiosis	75 (58.1%)	71 (55.0%)	Sensibilidad dolorosa ausente	1 (0.8%)	1 (0.8%)
Infección	-	1 (0.8%)	Apalestesia	11 (8.5%)	10 (7.8%)
Fisuras	24 (18.6%)	17 (13.2%)	Ulceración	1 (0.8%)	2 (1.6%)

El análisis univariado halló asociación de neuropatía con retinopatía ($p=0.048$), más de 10 años de enfermedad ($p=0.008$), tratamiento con insulina ($p=0.039$) y tratamiento con metformina e insulina ($p=0.008$). El análisis multivariado, usando regresión de Poisson ajustando por sexo y edad, más de 10 años de DM y tratamiento con insulina y metformina fueron factores independientes asociados a mayor prevalencia de neuropatía, PR de 1.4 (IC95% 1.07 – 1.88) y 1.4 (IC95% 1.02 – 1.93) respectivamente.**CONCLUSION:** La frecuencia de neuropatía es entre moderada y alta comparando con otros reportes. Se debe vigilar a los pacientes con factores de riesgo y realizar evaluación anual para diagnosticar a tiempo y tomar las medidas de prevención de ulceración.

1321

SINDROME PARANEOPLASICO EN UN PACIENTE CON CARCINOMA RENAL DE CÉLULAS CLARAS AVANZADO Y TUMORES PANCREATICOS CAPTADORES DE SOMATOSTATINA

Sáenz Bustamante, Sofía*; Paz Ibarra, José*; Carpio Chanamé, César**; Targarona Modena, Javier***; Garatea Grau, Rafael***; Yábar Berrocal, Alejandro****

*Servicio de Endocrinología y Metabolismo - Hospital Edgardo Rebagliati Martins **Médico Residente – Servicio de Medicina Interna – Hospital A. Aguinaga A. – Chiclayo. ***Servicio de Cirugía de Páncreas – Departamento de Cirugía General - Hospital Edgardo Rebagliati M.

****Departamento de Anatomía Patológica - Hospital Edgardo Rebagliati Martins

OBJETIVO: Describir una forma particular de síndrome paraneoplásico del carcinoma renal de células claras (CRCC).

MÉTODOS: Presentación de caso. Se presentan las características clínicas y para-clínicas de un paciente con CRCC metastásico a páncreas.

RESULTADOS: Varón de 58 años, procedente de Lima, administrador. Antecedentes familiares: padre con NM pulmonar, madre con NM piel, hermano con NM próstata y hermana con NM tiroides. Antecedentes personales: nefrectomía izquierda por trauma renal hace 45 años, Gota hace 6 años, nefrectomía radical derecha por Carcinoma renal de células claras, grado histológico: 2-3, con infiltración focal de la cápsula y extensión focal a tejido graso perirrenal; desde entonces en Hemodiálisis, se desconocen datos de manejo posterior del CRCC. Sometido a tumorectomía pulmonar izquierda por presencia de nódulo pulmonar en TEM de seguimiento (AP: metástasis de CRCC con extensas áreas de necrosis). Ingresa al hospital con un tiempo de padecimiento de 3 meses caracterizado por deposiciones líquidas sin moco, sin sangre, con frecuencia de 8-12 cámaras al día, no asociadas a ingesta de alimentos, además presenta dolor abdominal difuso tipo cólico e hiporexia. Estudio gastroenterológico concluye colitis crónica, diarrea crónica no infecciosa indicando sintomáticos. Además cursa con episodios de crisis hipertensivas llegando a requerir infusión IV de nitroglicerina. El estudio tomográfico abdominal trifásico con ventana adrenal y pancreática reveló una formación nodular localizada entre cabeza y cuello de páncreas de 37x32mm, con mayor realce de contraste durante la fase arterial precoz. Con la presunción diagnóstica de tumor neuroendocrino se solicitó: VIP: 45.6ng/L (VN: 0-50), cromogranina A: 23 U/L (hasta 13), calcitonina: 2.59 (VN: <18.2), PTH: 71pg/ml (11-67), TSH: 1.74uUI/ml (0.4-4); Octreoscan: positivo para lesiones patológicas captadoras de somatostatina en cabeza y cola de páncreas. Fue sometido a Pancreatectomía Total + Esplenectomía, el estudio histopatológico concluyó: Metástasis de CRCC con ganglios peri-pancreáticos comprometidos por la neoplasia. Paciente falleció a los 10 días de la intervención quirúrgica por falla multi-orgánica.

DISCUSION Y CONCLUSIONES: El CRCC tiene una incidencia de 4-6 casos /100mil habitantes y representa más del 90% de los tumores del parénquima renal. El 40-50% hacen metástasis después de la nefrectomía, siendo la sobrevida, con metástasis, a los 5 años de 10-15%. Las metástasis pancreáticas son muy raras, con rango de 2-5% de los tumores malignos pancreáticos. Históricamente, ésta neoplasia es conocida como “el gran enmascarador de la medicina”. Existen diversas formas de presentación, con manifestaciones clínicas derivadas del tumor, la presencia de metástasis o síndromes paraneoplásicos. En el caso de la diarrea crónica, como síndrome paraneoplásico, ocurre por la secreción de hormonas (glucagón, CCK, calcitonina), sustancias neuroendocrinas (VIP, sustancia P, serotonina, Ach) y otras sustancias (histamina, bradikinas, prostaglandinas). Dentro de los estudios de imágenes en el seguimiento de CRCC, algunos centros consideran al Octreoscan, debido a que un grupo de algunos CRCC expresan receptores de somatostatina; por lo que puede ser utilizado en la detección de metástasis a distancia.

En cuanto al manejo de los CRCC en este contexto, las recomendaciones varían; algunos sugieren pancreatectomía total, otros rechazan la posibilidad de tratamiento quirúrgico, debido a que la presencia de metástasis pancreáticas múltiples implica una señal incipiente de enfermedad metastásica fatal. De los 12 estudios que incluyeron datos de supervivencia a largo plazo, siete (58,3%) informaron las tasas de sobrevida a los 5 años desde el momento de la metastasectomía pancreatectomía, superior al 80%.

1322

MASAS ADRENALES EN DOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ADDISON

Paz-Ibarra, José*; Churampi López, María*; Velarde Ponce, Luis**; Coras Álvarez, Natalia***; Somocurcio Peralta, José***; Quintana Pinto, Oscar*.

* Servicio de Endocrinología y Metabolismo – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; **Departamento de Urología – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; *** Departamento de Anatomía Patológica – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

OBJETIVO: Describir las características de dos pacientes con Adrenalitis Tuberculosa (AdTB) activa.

CASO 1: Mujer de 47; hermana con TBC pleural hace 10 años. Un año antes de su ingreso presenta pigmentación de piel y mucosas, asociada a episodios de dolor abdominal cólico a predominio del flanco izquierdo, náuseas, vómitos y deposiciones líquidas esporádicas. Posteriormente se agrega pérdida ponderal, debilidad generalizada e hiporexia, ingresando a emergencia. Al examen: presentaba hTA, hiperpigmentación de piel y mucosa oral; abdomen algo doloroso. Hemograma normal, Glucosa:84mg%, U/Cr: normales, Sodio:135mEq/L, Potasio:5.6mEq/L; VSG:55mm/h; Cortisol(am):<1.00ug/dl; Aldosterona<28pg/ml; DHEAS<15.0ug/dl, ACTH(am):180pg/ml; PRL:0.71ng/ml, IGF-1:182.7ng/ml, TSH:0.37uUI/ml, AbTPO-AbTG(-), FSH: 1.75mUI/ml, E2:84pg/ml; BK en esputo y lavado gástrico (-); Ab Anti-Adrenales (-). ELISA–HIV1y2 (-). La USG y la TEM abdominal, revelaron adrenal derecha de 22x18mm, y la izquierda de 30x26mm con formaciones nodulares, hipoeoicas, de características heterogéneas con escasa vascularización en la fase contrastada sin evidencia de adenopatías retroperitoneales. La Rx y TEM de tórax: Normal; Ante el cuadro de EA y por la presencia de lesiones tumorales en ambas adrenales se decidió realizar resección laparoscópica de la adrenal derecha, la cual terminó siendo bilateral por decisión del cirujano urólogo. A la microscopía se observó, proceso inflamatorio crónico granulomatoso con extensas aéreas de necrosis caseosa en relación a AdTB bilateral. La tinción de Ziehl Neelsen (ZN) para BAAR fue positiva (+/+++); no se realizó cultivo ni PCR. La paciente recibió el esquema 1 según las normas nacionales, presentó RAFA a Rifampicina, por lo cual recibió ciprofloxacino según normas institucionales; además del tratamiento para insuficiencia adrenal inicialmente parenteral con hidrocortisona 150mg – 300mg diarios, y posteriormente, y hasta la actualidad recibe prednisona (5 – 15mg/día) y fludrocortisona (0.05-0.1mg/día).

CASO 2: Mujer de 75 años, procedente de Iquitos, con antecedente de VHB e histerectomía por miomatosis; 6 meses antes de su ingreso presenta hiperpigmentación de piel y mucosas asociado a dolor abdominal intermitente, hiporexia, debilidad generalizada, y disminución de peso de 8 Kg, siendo transferida a nuestro hospital con náuseas, vómitos de contenido alimentario c/3 días, dolor abdominal, tipo cólico y sensación de debilidad generalizada. Al examen presentó hTA y ortostatismo, hiperpigmentación a nivel de piel y mucosas. Hemograma normal, glucosa: 97mg/dl, U/Cr: normales, Sodio:126mmol/L, Potasio:5.8mmol/L, PCR:1.4mg/dl, VSG:76mm/h, DHL:1751U/L, ANA (-); TSH:3.27uUI/ml, AbTPO-AbTG (-), DHEAS:<15ug/dl; Androstenediona:0.58ng/ml, cortisol:1.06ug/dl, ACTH: 211.8pg/ml, Aldosterona<28 pg/ml, PRL:6.41ng/ml, ELISA–HIV1y2(-); BK en esputo, orina y jugo gástrico (-). No se realizó PPD y la Rx de tórax no mostró hallazgos patológicos. La USG abdominal reveló adrenal derecha de 27x13mm y la izquierda de 34x30mm, con formaciones nodulares, hipoeoicas, con bordes regulares. La TEM tóraco-abdominal: mostró en pulmones pequeñas densidades de aspecto cicatricial, algunas bronquiectasias, mediastino normal. Incremento de ambas adrenales con imagen nodular en el lado izquierdo de 19.8x14.6 mm, y en el lado derecho imagen ovoidea bilobulada que mide 36.4 x 29.6 mm, no se evidencia calcificaciones, ni adenopatías retroperitoneales. Ante la presencia de lesiones tumorales se realizó la resección laparoscópica de la adrenal derecha. A la microscopía se observó: proceso inflamatorio crónico granulomatoso que compromete casi toda la estructura glandular, con extensas aéreas de necrosis caseosa. La tinción de ZN para BAAR resultó positiva (+/+++). El caso fue catalogado como AdTB; la paciente recibió el esquema 1 según normativa nacional, con evolución clínica favorable. Actualmente recibe prednisona 5-7,5mg/día y fludrocortisona 0,05-0,1 mg/día por vía oral y mínimas dosis de andrógenos IM.

DISCUSION y CONCLUSIONES: En países como el nuestro, debemos seguir considerando las causas infecciosas, especialmente TBC.

1323

PANHIPOFISITIS LINFOCITARIA CON COMPROMISO RECURRENTE DEL VI NERVIU CRANEAL IZQUIERDO EN UN VARON DE 35 AÑOS

Paz-Ibarra, José*; Álvarez Simonetti, Luis**; Sáenz-Bustamante, Sofía*; Fernández-Rojas, Maritza***; Jorge-Cuba, Melissa***; Carbajal-Chávez, Tomás****; Somocurcio-Peralta, José****; Quintana-Pinto, Oscar*.

* Servicio de Endocrinología y Metabolismo – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; **Departamento de Neurocirugía – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; *** Estudiantes de Medicina – Facultad de Medicina “San Fernando” – UNMSM. **** Departamento de Anatomía Patológica – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

OBJETIVO: Describir el caso de un paciente con pan-hipopituitarismo secundario a pan-hipofisitis linfocitaria.

CASO: Varón de 35 años con antecedentes personales de sarampión, varicela y parotiditis en la niñez. Inicia padecimiento de 1 año de evolución caracterizado por episodio de cefalea tipo punzada en región frontal izquierda, de intensidad 8/10 irradiado a zona orbitaria ipsilateral, asociado a diplopía horizontal; fue hospitalizado en otro centro con diagnóstico de Encefalitis herpética (PCR en LCR + para VHS), no se evidenció ninguna alteración en RMN ni en EEG; recibió corticoterapia y aciclovir EV durante 2 semanas con remisión completa del cuadro. Cinco meses después presentó nuevo episodio de cefalea de las mismas características asociada nuevamente a diplopía horizontal, se inició corticoterapia VO por 2 semanas, con remisión de cuadro. Un mes después, reaparece la cefalea de las mismas características, agregándose fatiga, aumento del consumo de agua (aproximadamente 3-4 L/día), disminución de libido, cambios en el estado de ánimo (irascible y tendencia a la depresión). Fue hospitalizado en Neurología de nuestro hospital debido a persistencia de sintomatología descrita, además de reaparición de diplopía horizontal, con dificultad para lateralización externa del ojo izquierdo. Diuresis horaria: 180ml/h; examen físico especializado: fuerza muscular conservada, con paresia del recto externo izquierdo, no presenta ptosis palpebral y pupilas isocóricas fotorreactivas. El estudio de RMN de encéfalo y región selar muestra marcado engrosamiento del tallo hipofisiario con efecto de masa sobre el quiasma óptico izquierdo siendo transferido a Endocrinología. La analítica mostró: Biometría sanguínea: 9290 leucocitos, Neutrófilos 70%, Linfocitos 21%; Hto-Hb: 34%-11.3g%; TSH:1.59uUI/mL; T4L:0.36ng/dl; AbTPO-AbTg (-); LH: 0,29mIU/ml; FSH: 1.3mIU/ml; Testo libre: <0.1pg/ml; PRL:13.4ng/ml; ACTH am: 11.4pg/ml; Cortisol am: 5.92ug/dl; DHEAS:29.9ug/dl; GH:1.03 ng/ml; IGF1:95.8. Sodio: 162.8mEq/L; Potasio: 3.68mEq/L, osmolaridad urinaria: 87 mOsm/kg. TORCH/ RPR/VHB-VHC/ELISA VIH1-2(-); PCR: (-); VSG:22mm/h; ANA/AntiDNA/FR/ Anticardiolipina/ANCA(-). LCR: incoloro, transparente, recuento celular: cero células; proteínas:3,7g; glucosa:59mg; Pandy: negativo. Tinta china(-); BK(-); ADA:5.4 (-); Citometría de flujo: Linfocitos Totales: NK 92%; Linfocitos T: 86% CD4:63.5% CD8 18%. Fue sometido a Biopsia escisión de lesión del infundíbulo hipofisiario hallándose éste engrosado y deformado por tejido sólido grisáceo, que protruye desde su interior, lesión lateralizada a la derecha; además de presencia de tejido grisáceo en toda la meninge basal abarcando diafragma selar, base de canal óptico derecho y zona de tubérculo anterior de la silla turca; el estudio histopatológico concluyó: muestras constituidas por tejido fibroso con marcado infiltrado linfoplasmocitario, compatible con hipofisitis linfocitaria. Inicia tratamiento con Metilprednisolona 500 mg/día EV por 3 días, posteriormente Prednisona 30 mg VO por 3 meses con posterior disminución de la dosis hasta una dosis de mantenimiento de 5 mg/día o suspensión de la misma según evaluación del eje adrenal.

DISCUSION Y CONCLUSIONES: La hipofisitis linfocitaria es una enfermedad autoinmune poco frecuente, inicialmente se describió el embarazo o en el postparto con afectación única de la adenohipófisis. En la actualidad, se ha comprobado que afecta a los dos lóbulos de la hipófisis, a cualquier edad y en ambos sexos. La forma de presentación clínica más frecuente oscila entre un panhipopituitarismo y un déficit hormonal aislado y en algunos casos un comportamiento pseudo-tumoral con compromiso de estructuras vecinas.. El tratamiento es controversial y en algunos casos puede revertir la deficiencia hormonal.

TUMOR FOSFATURICO EN UNA MUJER DE 20 AÑOS. PRIMER CASO DOCUMENTADO EN EL PERU

Paz-Ibarra, José*; Sáenz Bustamante Sofía*; Castillo Visa, Elizabeth*; Churampi López, María*; Silva Barandiarán, José**; Quiñones Avila, María***; Quintana Pinto, Oscar*; Reza Albarrán, Alfredo****.

* Servicio de Endocrinología y Metabolismo – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; **Departamento de Traumatología y Ortopedia – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins; *** Departamento de Anatomía Patológica – Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

**** Clínica de Paratiroides y Hueso – Departamento de Endocrinología – INCMNSZ – México DF.

OBJETIVO: Presentar el primer caso documentado de Osteomalacia inducida por Tumor (TIO) en nuestro medio.

CASO: Mujer de 20 años, enfermedad de 4 años de evolución, con trastorno de la marcha “caminaba como cansada y arrastraba los pies” y polimialgias, seis meses después presenta dolor en ambas plantas, sin antecedente traumático, que correspondieron a fracturas patológicas en 2° metatarsiano del pie izquierdo y 4° metatarsiano del pie derecho; hace 1 año presenta dificultad para levantar los hombros, y una mayor dificultad para deambular con necesidad de apoyarse en las barandas para subir escaleras, con leve dificultad para asir objetos pesados, niega disfagia y/o disnea. Es al servicio de Neurología del HNERM en Julio del 2012, de donde fue transferida a Endocrinología en Marzo del 2013. Al Examen: despierta, conectada con entorno, ventila espontáneamente, usa muletas, se incorpora con apoyo, dientes incisivos superiores cariados, con pieza dentaria rota; aumento de la cifosis dorsal, limitación en flexión de la cadera por dolor, no déficit focal. ROT rotuliano +/- simétrico, cuadriparesia proximal 3/5, atrofia y deformidad escapular. 2009: PTHi: 30.99pg/mL, Calcio corregido: 7.8mg/dL, Fósforo: 1.4mg/dL; Biopsia de 2° metatarsiano: no evidencia de lesión maligna. 2010: Electromiografía normal. Biopsia muscular: sin alteraciones significativas. 2012: RMN Columna vertebral: normal, RMN Tórax: Miopatía inflamatoria de músculos infraespinosos, CPK, TGO normales. RMN Pelvis: artropatía inflamatoria, sacroilíaco bilateral y coxofemoral. EMG: denervación de bíceps, tríceps, extensor común de los dedos y flexor común compatible con Distrofia Muscular de cinturas. Hierro sérico y % saturación de transferrina bajas; HTLV1, HIV1-2, ANA, ANCA (-); 25OHVitD: 5.9ng/ml; 1,25-OH2VitD (no disponible) y DMO: Z-score columna lumbar y cuello femoral: -4.5 a -5.5, recibió vitamina D (ergocalciferol mensual y calcitriol bid) con 25OHVitD posterior de 56ng/ml, sin mejoría clínica y persistencia de hipofosfatemia. Luego Calcio corregido: 9.26mg/dL, Fósforo: 1.7mg/dL, Calciuria 24hs: 149mg/24h, Fosfaturia 24hs:1.157g; Cr:0.38mg/dL, Creatininuria: 25.45mg/dL, %TRP: 98.6%, TmP/TFG: 2.38mg/dl (3.18-6.41 en mujeres de 16-25 años). Rx pelvis: disminución de la densidad ósea a predominio de fémur bilateral y ramas isquio-pubianas. Octeoscan: actividad metabólica incrementada en cabeza de peroné derecho; TEM rodillas: genuvaro bilateral, formación nodular que realza con contraste ubicado en el espesor de los tejidos blandos por delante de la diáfisis proximal del peroné derecho de 17x12mm, presenta aporte vascular y drenaje venoso. Angio-RMN pierna derecha: Formación “en ovillo” de 20x14mm de diámetro a nivel de la pierna proximal derecha, dependiente de la arteria tibial anterior.

Inició terapia con suplementos de fosfatos VO, carbonato de calcio VO (1500 mg/día de calcio elemental) y calcitriol VO (1 mg/día). En Mayo del 2013 fue sometida a resección de tumor vascular en tercio proximal de peroné derecho, encontrándose tumor sólido bien vascularizado. La histopatología informó: proliferación mesenquimal fuso-celular de aspecto benigno, asociada a proliferación vascular predominantemente capilar y dispersas células gigantes tipo osteoclasto compatible con tumor tipo fibroma osificante.

Evolución: Mejoría evidente del metabolismo del fósforo desde la primera semana postoperatoria; al mes de cirugía: marcada disminución de polimialgias y moderada aumento de la fuerza muscular, la paciente permanece en rehabilitación y fisioterapia.

DISCUSION y CONCLUSIONES: Los tumores fosfatúricos son usualmente benignos, de origen mesenquimal, causan osteomalacia oncogénica, con caracteres histológicos heterogéneos, difíciles de localizar,. Producen el factor de crecimiento fibroblástico 23 (FGF-23). El tratamiento es quirúrgico con lo cual revierten las alteraciones bioquímicas y clínicas.

1325

FRECUENCIA DE DISFUNCIÓN TIROIDEA EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA.

Mariano Arévalo Oropeza*, José Solís Villanueva**

* Médico Residente Endocrinología, Hospital Nacional Arzobispo Loayza.** Médico Endocrinólogo del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

La disfunción tiroidea y la presencia de autoanticuerpos tiroideos son comunes durante la gestación y se encuentran asociados a resultados adversos maternos y fetales. En nuestro medio no se tienen datos al respecto.

OBJETIVO El objetivo del presente estudio es determinar la frecuencia de disfunción tiroidea y su relación con la enfermedad tiroidea autoinmune en gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

METODOLOGIA: Este es un estudio observacional, descriptivo, transversal realizado en 138 gestantes (entre las 7 y 40 semanas) durante el mes de diciembre 2012. Fueron excluidas del estudio gestantes menores de 18 años, aquellas que referían el antecedente de enfermedad tiroidea previa y aquellas que no brindaron su consentimiento informado. En una ficha personal se recogieron los datos del examen físico preferencial para detectar bocio. Se tomó una muestra de sangre venosa para la determinación cuantitativa de TSH sérico por (IRMA) A aquellas gestantes quienes presentaron un nivel de TSH >2.5 mUI/L (si se encontraban en el primer trimestre) ó un nivel de TSH >3.0 mUI/L (si se encontraban en el segundo o tercer trimestre) se les realizó la determinación sérica de T4 libre (RIA). Se consideraron niveles normales de T4L entre $11.5 - 23.0$ pmol/L. Se determinó AbTPO (ELISA). Se consideró como niveles elevados de Anti-TPO $>6 = 30$ AU/mL. Se definió hipotiroidismo subclínico a niveles elevados de TSH para su respectiva edad gestacional y con niveles normales de T4L. Se consideró como gestantes con disfunción tiroidea autoinmune a aquellas quienes presentaron niveles elevados de TSH para su respectiva edad gestacional y que a su vez presentaron niveles elevados de Anti-TPO. Se definió como casos de hipertiroidismo subclínico a aquellas gestantes con niveles disminuidos de TSH y niveles normales de T4L, y Triyodotironina y (T3L) por el método de RIA. Se consideró como niveles normales de T3L entre $0.2 - 0.57$ ng/dL. EL SPSS versión 11.5 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) fue utilizado para el análisis de los datos. El coeficiente de correlación de Pearson fue utilizado para evaluar las asociaciones entre los niveles de TSH y los niveles de T4L y Anti-TPO en aquellas gestantes con niveles de TSH elevado para su respectivo trimestre.

RESULTADOS _ 138 gestantes con una edad promedio de 27.8 años participaron del estudio. La edad gestacional estuvo entre las 7 y 40 semanas. De éstas, 8 (5.8%) se encontraban en el primer trimestre, 15 (10.87%) en el segundo trimestre, y 115 en el tercer trimestre (83.33%). 47 (34.06%) de las participantes refirieron haber presentado caída de cabello, 42 (30.43%) piel seca y 34 (24.64%) intolerancia al calor en algún momento de la gestación. Tuvieron bocio 12 pacientes.(8.7%) de las participantes presentó bocio, 25 (18.12%) refirieron el haber sufrido al menos un aborto, 15 (10.87%) enfermedad hipertensiva del embarazo, 6 (4.35%) infertilidad y 30 (21.74%) refirió el antecedente familiar de enfermedad tiroidea. 117 (84.78%) presentaron niveles de TSH normales, siendo consideradas como eutiroides. 19 (13.76%) presentaron niveles de TSH elevados. Los niveles séricos de T4L de estas participantes fueron normales, siendo como hipotiroidismo subclínico. 3 participantes con niveles elevados de TSH presentaron Anti-TPO elevado (>30 AU/mL) y fueron consideradas como casos de disfunción tiroidea autoinmune representado el 2.17% del tamaño muestral. 2 participantes (1.45%) presentaron niveles de TSH < 0.015 mUI/L. Los niveles de T4L, T3L y Anti-TPO de estas 2 participantes se encontraban dentro de los valores normales siendo consideradas como casos de hipertiroidismo subclínico. En el subgrupo de gestantes con TSH elevado se encontró una correlación positiva moderada entre el nivel sérico de TSH y el nivel de Anti-TPO ($r: 0,529, p<0.05$) y una correlación negativa débil entre el nivel sérico de TSH y el nivel sérico de T4L ($r:-0.484, p<0.05$).

CONCLUSIONES _Encontramos una alta frecuencia de hipotiroidismo subclínico durante la gestación, sugerimos por tanto que se realice el tamizaje de hipotiroidismo en las gestantes en general para el manejo oportuno de la disfunción tiroidea durante el embarazo.

INDICE DE AUTORES

<u>APELLIDO</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>RESUMEN</u>	<u>APELLIDO</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>RESUMEN</u>
Acosta	Max	1310	De la Cruz	Celso	1308
Adrianzen	Diego	1308	Faustor	Jessica	1312
Alegria	Anabella	1306	Fernandez	Maritza	1323
Aliaga	Rolly	1307	Florentini	Edgar	1302
Allemant	Alberto	1312	Gallardo	Wilson	1311
Alva	Jose	1318	Garatea	Rafael	1321
Alvarado	Martin	1309	Garrido	Ana	1318
Alvarez	Luis	1317 , 1323	Gilman	Robert	1320
Arevalo	Mariano	1307, 1325	Gonzales	Elizabeth	1302
Ayar	Via	1303	Gonzales	Nancy	1306
Bernabe	Antonio	1320	Guevara	Miguel	1318
Bonilla	Aracelli	1309	Huachin	Miluska	1312
Carbajal	Tomas	1323	Jorge	Melissa	1323
Cardenas	Christopher	1302	La Torre	Alan	1317
Carpio	Cesar	1321	Lazo	Mariana	1308, 1320
Casaretto	Hugo	1306	Málaga	German	1308
Castañeda	Ana	1308	Manrique	Helard	1305-06, 1307, 1319
Castillo	Oscar	1302, 1304, 1305	Miranda	Jaime	1320
Castillo	Elizabeth	1318,1324	Montero	Sybil	1304, 1306, 1319
Chavez	Milena	1305	Noriega	Victor	1312
Churampi	Maria	1322,1324	Pachas	Melchor	1317
Coras	Natalia	1322	Parimango	Marcos	1304, 1306, 1319
Damas	Lucy	1312	Paz	Jose	1316-18 , 1321-24,

INDICE DE AUTORES

<u>APELLIDO</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>RESUMEN</u>	<u>APELLIDO</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>RESUMEN</u>
Pinto	Miguel	1308, 1320	Tello	Lida	1302
Pohl	Alfredo	1313	Ticona	Carlos	1314
Quintana	Oscar	1322, 1323,1324	Ticse	Ray	1309, 1320
Quiñones	Maria	1324	Toro	Luis	1303
Ramirez	Alfonso	1312	Torres	Berenice	1309
Reza	Alfredo	1324	Ulloa	Viviana	1303
Ricaldi	Jessica	1308	Uribe	Nancy	1313, 1314
Rodriguez	Giovanna	1306, 1312	Valera	Max	1310
Roncal	Angela	1302	Valera	Jose	1310
Saez	Sofia	1316-18, 1321, 1323-24	Valle	Maria	1310
Sifuentes	Julio	1319	Vasquez	Romyna	1301
Silva	Jose	1325	Velarde	Luis	1322
Solis	Jose	1325	Villanes	Sofia	1310
Somocurcio	Jose	1318, 1321-23	Villena	Lorena	1310
Tara	Susana	1313, 1314, 1315	Yabar	Alejandro	1316,1318.1321
Targarona	Javier	1318, 1321	Zea	Carlos	1315