

# **35 CONGRESO de la SOCIEDAD GALLEGA de ENDOCRINOLOGÍA, NUTRICIÓN y METABOLISMO**

**Santo Estevo (Ourense)**

**25 y 26 de Noviembre de 2022**



**WWW.SGENM.ES**  
**#SGENM2022**

## **JUNTA DIRECTIVA**

**Presidente:**

**Vicepresidente:**

**Vicepresidente 2º:**

**Secretario - Tesorero:**

**Vocal A Coruña:**

**Vocal Ourense:**

**Vocal Lugo:**

**Vocal Santiago:**

**Vocal de residentes:**

**Vocal Pontevedra:**

**Dr. Antonio Gippini Pérez**

**Dr. Eduardo Pena González**

**Dra. María Luisa Seoane Camino**

**Dr. Alfonso Vidal Casariego**

**Dra. Laura Cotovad Bellas**

**Dra. Eva Fernández Rodríguez**

**Dra. Patricia Pérez Castro**

**Dr. Roberto Peinó García**

**Dra. Raquel Miguel Toquero**

**Dra. Paula Sánchez Sobrino**

## **COMITÉ ORGANIZADOR**

**Dra. Carmen Díaz**

**Dra. Teresa Fernández**

**Dra. Eva Fernández**

**Dr. Castor Gil**

**Dr. Antonio Gippini**

**Dra. Cristina Guillín**

**Dra. Iciar Solache**

**Dra. Iria Pinal**

**Dra. Teresa Rivero**

**Dra. Inés Seoane**

## **COMITÉ CIENTÍFICO**

**Dra. Teresa Fernández**

**Dra. Eva Fernández**

**Dr. Antonio Gippini**

**Dr. Federico Mallo**

**Dra. Luisa Seoane**

**Dra. Inés Seoane**

**Dra. Iciar Solache**

## INFORMACIÓN GENERAL

- Sede:** Parador de Santo Estevo
- Fechas:** 25 y 26 de Noviembre de 2022
- Organiza:**  
- Acreditación:** Solicitada la acreditación a la Comisión Autónoma de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Galicia
- Ponentes mesas redondas:** Una hora antes de su intervención, todos los ponentes deberán entregar su presentación en la sala.
- Comunicaciones:** Se podrá acceder a las comunicaciones pósters a través de una pantalla situada en la sede.
- Certificados:** Los certificados de ponente, moderador, comunicaciones y asistencia se enviarán por correo electrónico una vez finalizado el congreso.
- Cena:** Tendrá lugar el viernes 25 a las 21.30 hrs en el Salón dos Reis.
- Comunicación Redes Sociales:** Tw: @SoGENM  
#sgenm2022
- Secretaría técnica:** ★I Océano Azul Comunicación  
congresos@oceano-azul.es •  
Tlf: 981 90 90 12





# **PROGRAMA**

10:00-12:00

**LA ENFERMERÍA EN ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN**

10:00-10:45

**TERAPIA EDUCACIONAL EN DIABETES**

**Modera: M<sup>a</sup> José Menor**

**Subdirectora de Humanización y Atención al Ciudadano. Área Sanitaria Santiago de Compostela -Barbanza**

**Mónica Ares**

**Enfermera. Área Sanitaria de Lugo. A Mariña y Monforte de Lemos**

**Rosa M<sup>a</sup> Nogueira**

**Enfermera. Área Sanitaria de Ferrol**

**José Peña**

**Enfermero. Área Sanitaria da Coruña e Cee**

10:45-11:00

**Discusión**

11:00-11:45

**TERAPIA EDUCACIONAL EN OBESIDAD**

**Modera: M<sup>a</sup> José Crespo**

**Enfermera. Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras**

**Rocío Rodríguez**

**Enfermera. Área Sanitaria da Coruña e Cee**

**Lidia Cumplido**

**Enfermera. Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras**

**Uxía Rodríguez**

**Nutricionista. Área Sanitaria da Coruña e Cee**

11:45-12:00

**Discusión**

16:00-16:30

**SIMPOSIO PRE-CONGRESO  
NUEVA ESTRATEGIA EN PREVENCIÓN  
SECUNDARIA CARDIOVASCULAR:  
INCLISIRAN**

**Dr. José Luis Díaz**

**Medicina Interna. Unidad de Lípidos. CHUAC**

16:30-18:00

**NUTRICIÓN CLÍNICA**

# VIERNES 25 Noviembre

REFECTORIO

- 16:30-16:50** **ACTUALIZACIÓN EN VALORACIÓN Y SOPORTE NUTRICIONAL EN ONCOLOGÍA**  
**Moderadora: Dra. Rosa Argüeso**  
Endocrinóloga. HULA
- 16:50-17:10** **ABORDAJE NUTRICIONAL DEL PACIENTE CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO**  
**Dr. Alfonso Vidal**  
Endocrinólogo. CHUAC
- 17:10-17:30** **FARMACONUTRIENTES EN CÁNCER: EVIDENCIA CIENTÍFICA**  
**Dra. Ana Cantón**  
Endocrinóloga. CHUS
- 17:10-17:30** **UTILIDAD DE LAS TÉCNICAS DE VALORACIÓN DE COMPOSICIÓN CORPORAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**  
**Dra. Ana Sánchez**  
Endocrinóloga. CHUF
- 17:30-18:00** **Discusión**

**18:00-18:30** **Pausa – Café**

REFECTORIO

- 18:30-19:45** **ENDOCRINOLOGÍA CLÍNICA (I) AVANCES EN EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES Y LA OBESIDAD.**  
**Moderador: Dr. José Cabezas**  
Endocrinólogo. CHUS
- 18:30-18:50** **TRATAMIENTO DE LA DIABETES CON FÁRMACOS INCRETÍNICOS**  
**Dr. Manuel Botana**  
Endocrinólogo. HULA
- 18:50-19:10** **ÚLTIMAS EVIDENCIAS EN PROTECCIÓN CARDIORRENAL CON ISGLT2**  
**Dr. David Dobarro**  
Cardiólogo. CHUVI

# VIERNES 25 Noviembre

REFECTORIO

19:10-19:30

**PRESENTE Y FUTURO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA OBESIDAD**

**Dr. Diego Bellido**

Endocrinólogo. CHUF

19:30-19:45

**Discusión**

SALÓN DOS MONXES

18:30-19:45

**ENDOCRINOLOGÍA BÁSICA (I)  
MATERNIDAD Y LACTANCIA EN LA OBESIDAD**

**Moderada: Dr. Federico Mallo**

Universidad de Vigo

18:30-18:50

**COMPOSICIÓN DE LA LECHE HUMANA EN LA OBESIDAD**

**Dr. Carlos Spuch**

IISGS. Vigo

18:50-19:10

**LACTANCIA Y OBESIDAD**

**Dra. M<sup>a</sup> Luisa Seoane**

CHUS

19:10-19:30

**VESÍCULAS EXTRACELULARES EN LA OBESIDAD**

**Dra. Tamara Camino**

CHUS

19:30-19:45

**Discusión**

REFECTORIO

20:00

**Inauguración Oficial**

20:30

**Asamblea Anual de la SGENM**

21:45

**Cena**

09:00-10:30

### COMUNICACIONES ORALES

**OC1** RABDOMIOLISIS HIPOKALÉMICA E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: PRESENTACIÓN EXTREMADAMENTE RARA DEL HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

**OC2** CARACTERÍSTICAS DE NÓDULOS TIROIDEOS CAPTANTES EN PET EN UNA CONSULTA DE NÓDULO TIROIDEO

**OC3** EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS ANÁLOGOS DE INSULINA BASAL EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN VIDA REAL.

**OC4** EXPERIENCIA DE LA ACTIVIDAD ATENDIDA MEDIANTE E-CONSULTA POR LA UNIDAD DE LÍPIDOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

**OC5** INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS EN UN GRUPO DE ADULTOS CON OBESIDAD

**OC6** CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS Y CITOLÓGICAS DE NÓDULOS TIROIDEOS CAPTANTES EN PET: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA EN UNA CONSULTA DE NÓDULO TIROIDEO.

**OC7** ASOCIACIÓN ENTRE POLIMORFISMOS DE GENES RELACIONADOS CON EL METABOLISMO DEL ÁCIDO FÓLICO Y LA COBALAMINA Y EL DESENLACE DEL EMBARAZO EN MUJERES DEL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

**OB1** AVANCES EN EL NUEVO MODELO MURINO PARA LA ENCEFALOPATÍA DE CELIA (PELD)

**OB2** IMPACTO DE LA RECLASIFICACIÓN DE NIFPT EN EL PORCENTAJE DE MALIGNIDAD DE LOS NÓDULOS BETHESDA

10:30-11:45

**ENDOCRINOLOGÍA CLÍNICA (II)**  
**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE TUMORES HIPOTÁLAMO HIPOFISARIOS. PAPEL DE ESPECIALIDADES DISTINTAS DE LA ENDOCRINOLOGÍA.**

**Modera: Dr. Ignacio Bernabeu**  
Endocrinólogo. CHUS

10:30-10:50

**DIAGNÓSTICO POR IMAGEN**

**Dr. Pedro Prieto**  
Radiólogo. CHUOU

REFECTORIO

10:50-11:10

**CIRUGÍA****Dr. Julián Castro**

Neurocirujano. CHUOU

11:10-11:30

**RADIOTERAPIA****Dr. Iñigo Nieto**

Onco-Radioterapeuta. CHUVI

11:30-11:45

**Discusión**

SALÓN DOS MONXES

10:30-11:45

**ENDOCRINOLOGÍA BÁSICA (II)****ENDOCRINOLOGÍA EN LA FRONTERA DEL CONOCIMIENTO****Modera: Dra. María Pardo**

CHUS

10:30-10:50

**COMPOSICIÓN CORPORAL, EJERCICIO FÍSICO Y MORTALIDAD****Dr. Adriano Sánchez**

NESS. Oslo

10:50-11:10

**PROTEÍNA ALIMENTARIA EN EL S. XXI****Dra. Camila Jiménez**

Universidad de Vigo

11:10-11:30

**CARCINOMA ANAPLÁSICO DE TIROIDES (ATC): ¿NUEVAS TERAPIAS POSIBLES?****Dra. Clara Álvarez**

USC

11:30-11:45

**Discusión**

11:45 12:15

**Pausa – Café**

11:45-13:00

**ENDOCRINOLOGÍA CLÍNICA (III)  
EJES HIPOTALAMO-HIPOFISARIO-  
GONADAL Y SUPRARRENAL**

**Modera: Dra. Rosa Burgo**

Endocrinóloga. CH Monforte

11:45-12:05

**INDUCCIÓN DE FERTILIDAD EN EL  
VARÓN CON HIPOGONADISMO  
SECUNDARIO**

**Dra. Paula Sánchez**

Endocrinóloga. CHUP

12:05-12:25

**HIPOGONADISMO MASCULINO DE  
INICIO TARDÍO**

**Dra. Elena Outeiriño**

Endocrinóloga. CHUAC

12:25-12:45

**DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL  
HIPERANDROGENISMO FEMENINO**

**Dra. Beatriz Mantiñán**

Endocrinóloga. CHUVI

12:45-13:00

**Discusión**

13:30-14:15

**CONFERENCIA DE CLAUSURA  
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS  
TUMORES NEUROENDOCRINOS NO  
HIPOFISARIOS**

**Dr. Angel Díaz**

Endocrinólogo. H.C. San Carlos. Madrid

**Presenta: Dr. Antonio Gippini**

**CHUOU**

14:15

**Cierre**

14:30

**Cóctel de despedida**



The background of the page is a faded, sepia-toned photograph of a grand architectural interior. It features a series of pointed Gothic-style arches supported by tall, slender columns. The perspective is from a low angle, looking up into the vaulted ceiling, creating a sense of depth and scale. The overall tone is warm and historical.

# **COMUNICACIONES ORALES BÁSICAS**

## CB - 1

### AVANCES EN EL NUEVO MODELO MURINO PARA LA ENCEFALOPATÍA DE CELIA (PELD)

S. COBELO-GÓMEZ; S. SÁNCHEZ-IGLESIAS; A. FERNÁNDEZ-POMBO; T. PRADO-MORAÑA; E.J. DÍAZ-LÓPEZ; D. ARAÚJO-VILAR

UETEM-GRUPO DE PATOLOGÍA MOLECULAR, DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, RADIOLOGÍA, SALUD PÚBLICA, ENFERMERÍA Y MEDICINA, IDIS-CIMUS, UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA; UETEM-GRUPO DE PATOLOGÍA MOLECULAR

**INTRODUCCIÓN:** La encefalopatía de Celia o encefalopatía progresiva con/sin lipodistrofia (PELD), es una enfermedad neurodegenerativa con un pronóstico fatal en la infancia. PELD es causada por la variante c.985C>T en el gen BSCL2, en homocigosis o heterocigosis compuesta, que conduce a la omisión del exón 7 y da como resultado una proteína seipina aberrante, seipina-celia. Esta enfermedad podría considerarse como una variante de la lipodistrofia congénita generalizada de tipo 2 con un devastador cuadro neurológico.

**OBJETIVOS:** Para definir con precisión los mecanismos moleculares implicados en la encefalopatía de Celia, nuestro grupo generó un modelo murino knock-in (KI) para el transcrito humano seipina-celia (C57BL/6 BSCL2<sup>Celia/Celia</sup>). La estrategia utilizada para generar este modelo murino nos permitió, en un paso anterior, generar también un ratón knock-out (KO) para seipina (C57BL/6 Bsc12<sup>-/-</sup>).

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un seguimiento de los ratones, tanto a nivel fenotípico, con el fin de seguir el proceso neurodegenerativo, como a nivel bioquímico, habiendo analizado un amplio espectro de parámetros. Simultáneamente, se realizaron pruebas de comportamiento para examinar la libre locomoción, la fuerza, la coordinación motora y la memoria.

**RESULTADOS:** Los ratones homocigotos (KO y KI) presentaron una lipoatrofia generalizada desde las primeras semanas de vida, que afectaba tanto a la grasa blanca como a la parda, y hepatomegalia como consecuencia de una esteatohepatitis no alcohólica grave. Algunos ratones KI, tanto heterocigotos como homocigotos, desarrollaron signos de neurodegeneración, como estancamiento ponderal, cruce anormal de las extremidades posteriores, cifosis, temblor/mioclono, espasticidad de la cola, paraparesia/paraplejía y tetraparesia. Los ratones homocigotos mostraron resistencia a la insulina, hipoleptinemia grave y una acumulación significativa de triglicéridos en el hígado, pero no hipertrigliceridemia. Las pruebas comportamentales están siendo analizadas.

**CONCLUSIONES:** El principal objetivo de este proyecto fue generar un modelo de ratón transgénico que recapitulara la encefalopatía de Celia. El resultado de la evaluación clínica es concluyente en cuanto a al fenotipo adiposo y hepático. Además, los estudios bioquímicos recapitulan la enfermedad humana en casi su totalidad. En cuanto al fenotipo neurológico, hemos conseguido un fenotipo grave que acorta la esperanza de vida, pero presente en menos de un 21% de los ratones KI. Por tanto, estos modelos murinos nos permitirán realizar futuros estudios para conocer la evolución temporal de la enfermedad, profundizar en el conocimiento de los mecanismos moleculares implicados en la neurodegeneración y la lipodistrofia, así como ensayar diferentes abordajes terapéuticos.

# COMUNICACIONES ORALES BÁSICAS

## CB - 2

### IMPACTO DE LA RECLASIFICACIÓN DE NIFPT EN EL PORCENTAJE DE MALIGNIDAD DE LOS NÓDULOS BETHESDA 3

J COSTAS EIMIL; J LAGO GARMA; P SÁNCHEZ SOBRINO; R BOENTE VARELA; C TRIGO BARROS; A MATEOS MARTÍN; M.L. CARPINTERO SAINZ

CHUP; HOSPITAL POVISA; CHUP; HOSPITAL POVISA; HOSPITAL POVISA; CHUP; CHUP

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:** El Sistema Bethesda es el estándar actual para interpretar la citología de punción aspiración con aguja fina (PAAF). A la categoría III (B3) se le ha atribuido un riesgo de malignidad del 10-30%<sup>1</sup>.

Al clasificar la variante folicular no invasiva del carcinoma papilar de tiroides (NIFPT) como una neoplasia no maligna, sino indeterminada, se ha descrito que este porcentaje disminuye al 6-18%, lo que podría cambiar el manejo de estos nódulos<sup>2</sup>.

**Objetivo:** determinar el porcentaje de malignidad de B3 en los centros en los que se realiza el estudio (Hospital Povisa de Vigo y Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra-CHOP) y el impacto de la reclasificación de NIFPT en este

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo, multicéntrico, observacional. Se recogen las PAAF con resultado citológico B3 realizadas en ambos centros. Las muestras histológicas con resultado "carcinoma papilar variante folicular" son revisadas por una especialista en anatomía patológica para determinar cuáles pueden re-clasificarse como NIFPT.

**RESULTADOS:** Sumando ambos hospitales, la muestra se compuso de 206 PAAF B3 en 193 pacientes. Se operaron 112 pacientes (58% del total), siendo mayor este porcentaje en Povisa (69%) que en el CHOP (46%). Se encontró malignidad en 48 de los nódulos intervenidos, lo que hace una malignidad sobre el total de nódulos de un 25% (en Povisa 29% vs 19% en el CHOP) y sobre los operados de un 42% (42% para Povisa y del 41% para el CHOP). Tras la revisión de las muestras, en Povisa se encontraron 3 NIFPT y en el CHOP ninguno. Al reclasificar los NIFPT como neoplasia, la muestra queda con un 23% de malignidad sobre el total y de un 40% sobre los operados.

**DISCUSIÓN:** El porcentaje de malignidad de ambos centros es mayor al referido por el sistema Bethesda; también al restar los NIFPT de este porcentaje, dado que se encontraron solo 3 entre las muestras con resultado maligno (6% del total de tumores). Las diferencias del porcentaje de NIFPT entre ambos centros se pueden explicar por las diferencias interobservador para evaluar las muestras histológicas y en el manejo clínico, ya que en Povisa este es más agresivo con los nódulos Bethesda III

**CONCLUSIÓN:** La re-evaluación de NIFPT como neoplasia apenas varía los porcentajes de malignidad de la categoría B3 en ambos hospitales, por lo que la actitud ante un nódulo con este resultado citológico debería seguir siendo la misma.





# **COMUNICACIONES ORALES CLÍNICAS**

## CC - 1

### RABDOMIOLISIS HIPOKALÉMICA E INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: PRESENTACIÓN EXTREMADAMENTE RARA DEL HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO

EJ DÍAZ-LÓPEZ; MG RODRÍGUEZ-CARNERO; A HERMIDA-AMEIJEIRAS; A FERNÁNDEZ-POMBO; R VILLAR-TAIBO; R SUÁREZ-FUENTETAJA; A PENA-DUBRA; T PRADO-MORAÑA; MA MARTÍNEZ-OLMOS

CHUS; CHUS; CHUS; CHUS; CHUS; CHUS; CHUS; CHUS; CHUS

**INTRODUCCIÓN:** El hiperaldosteronismo primario (HAP) es la forma más frecuente y modificable de hipertensión arterial (HTA) secundaria(1). Se han descrito casos muy raros de rabdomiólisis por hipokalemia como presentación del hiperaldosteronismo primario(2).

**CASO CLÍNICO:** Paciente masculino de 68 años, con antecedentes de esquizofrenia, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial de 8 años de evolución es evaluado en urgencias por caída tras episodio de debilidad muscular. Presenta presión arterial de 183/101 mmHg, y frecuencia cardiaca 40 latidos/minuto. Índice de masa corporal de 29.8 m<sup>2</sup>/kg. Analíticamente con hipokalemia severa 2.1 mmol/L, glicemia 459 mg/dl, creatinina 2.15 mg/dl, mioglobulinemia 10453 ng/ml, creatina quinasa 3616 UI/L. Electrocardiograma con prolongación del intervalo QT. Cuatro meses antes presentaba potasio sérico de 3.9 mmol/L y creatinina de 0.97 mg/dl. Tratamiento antihipertensivo domiciliario con beta-bloqueante, antagonista de aldosterona e inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina. Se revisa historia clínica encontrando en una tomografía abdominal computarizada hace 11 años un nódulo suprarrenal derecho de 10 mm, que se desconocía al momento del ingreso. La concentración de aldosterona plasmática fue de 188.0 ng/dl y la actividad de renina plasmática fue de 0.18 ng/mL/hora, con un cociente aldosterona/renina de 1074.29. ng/dl El potasio correspondiente fue de 4.1 mmol/L. Los niveles de cortisol plasmático, testosterona, DHEAS, cortisoluria y metanefrinas en orina de 24 horas fueron normales. Se solicita tomografía computarizada suprarrenal observando un nódulo en la glándula suprarrenal derecha de 27 mm, que muestra atenuación menor a 10 unidades Hounsfield (figura 1). Se decide dar alta médica por mejoría clínica, normalización de la función renal, del potasio sérico, de la creatina quinasa y del electrocardiograma (figura 2). Se cambian antihipertensivos por aquellos que no interfieren con las mediciones de renina y aldosterona para solicitar estudio hormonal a las 6 semanas. En el seguimiento en consulta externa presenta hipokalemia de 2.9 mmol/L y un cociente aldosterona/renina de 866.67 nd/dl. Por la presencia de hiperaldosteronismo primario franco no fue necesario realizar estudios confirmatorios, ya que este patrón no se observa en otras entidades(2). El paciente será evaluado en el comité multidisciplinar de tumores endocrinos para decidir conducta quirúrgica.

**CONCLUSIÓN:** La rabdomiólisis por hipokalemia, es extremadamente rara (2), y puede ser la primera presentación del HAP por lo que es importante realizar tamizaje en pacientes con HTA resistente. El tratamiento con fluidoterapia y potasio intravenoso es esencial para el manejo de las complicaciones como la insuficiencia renal aguda y QT prolongado.

# COMUNICACIONES ORALES CLÍNICAS

## CC - 2

### CARACTERÍSTICAS DE NÓDULOS TIROIDEOS CAPTANTES EN PET EN UNA CONSULTA DE NÓDULO TIROIDEO

MATÍAS ALBERTO MORALES POSADA; CRISTINA GIL MOUCE

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI, LUGO; HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI, LUGO

**INTRODUCCIÓN:** El uso del PET-TAC ha aumentado el número de incidentalomas tiroideos que son remitidos a consultas de nódulo tiroideo. Sobre el 15-50% pueden ser de naturaleza maligna aunque es compleja su diferenciación basándose únicamente en el SUVmax.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo sobre 23 pacientes con captación en PET-TAC y estudio ecográfico y citológico mediante PAAF/BAG, excluyendo pacientes con patología tiroidea maligna previa. Analizamos características de pacientes, SUVmax, características ecográficas (según ACR-TIRADS), citología según sistema Bethesda y anatomía patológica.

**RESULTADOS:** La mediana de edad fue 68 años, la mayoría mujeres, la neoplasia más frecuente de colon 30.43%. La media de tamaño de nódulo era 19mm. La mediana de captación SuvMax era 6.4, la máxima de 35.6 y la mínima de 3.4. La mayoría de los nódulos eran TIRADS 3 35.46%, TIRADS 4 30.76% y TIRADS 5 23.07%. Al 100% de los pacientes se les realizó una PAAF y en 5 de ellos se realizó una BAG. La citología Bethesda fue tipo II 34.61%, seguido del III 30.76%, el IV y V (7.69% cada uno) y VI 3.89%. En nódulos con captación Suvmax >7 se encontraron las Bethesda más altas IV, V y VI; la más elevada (35.5) resultó citología VI. Los nódulos TIRADS 5 obtuvieron citologías grado IV, V, VI. De las 5 BAG que se realizaron, 1 de ellas resultó una lesión sugestiva de un carcinoma oncocítico (Suvmax 15.6). Durante el estudio 2 pacientes fallecieron, 3 se intervinieron y 18 están en seguimiento. De los intervenidos, 1 paciente presentó un NIFTP en un nódulo TIRADS 3 con citología III y Suvmax 5.5; otro un Carcinoma papilar clásico en nódulo TIRADS 5, citología V y Suvmax 14.

**DISCUSIÓN:** El aumento de captación en PET TAC se relaciona con aumento de riesgo de patología tiroidea maligna, TIRADS más alto y citologías más sospechosas. En nódulos con > 7 de Suvmax encontramos citologías de IV a IV en un 42%, y en los nódulos con >10 un 85.7%

## CC - 3

### EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS ANÁLOGOS DE INSULINA BASAL EN ADULTOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN VIDA REAL.

CRISTINA TEJERA PÉREZ; LAURA COTOVAD BELLAS; ALMUDENA PITA HUETE; MARTA TOIMIL HERMIDA; ALMA PRIETO TENREIRO; ANA SÁNCHEZ BAO; DIEGO BELLIDO GUERRERO

CHUF; CHUF; CHUF; CHUF; CHUF; CHUF; CHUF

# COMUNICACIONES ORALES CLÍNICAS

**INTRODUCCIÓN:** Los datos de los ensayos clínicos indican que los análogos basales de segunda generación, degludec y glargina U300 proporcionan un mejor control glucémico, con menos hipoglucemias en las personas con diabetes tipo 1 (PCDM1) frente a glargina U100. Sin embargo, son escasos los datos en vida real sobre el impacto de ambas insulinas en el control glucémico. Para ello, hemos analizado la eficacia de degludec y glargina U300 en relación a tiempo en rango (TIR: 70-180 mg/dL) y otros datos de glucométrica, en PCDM1 con monitorización flash de glucosa.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional transversal, en un único centro. Se incluyeron PCDM1 con más de 80% uso de sensor flash, a tratamiento en pauta multidosis de insulina y al menos 6 meses de evolución de la DM1. Los datos clínicos se obtuvieron de los registros historia clínica electrónica y los datos de glucometría de LibreView®. El estudio ha sido aprobado por el Comité Local de Ética.

**RESULTADOS:** En total, se han incluido 304 PCDM1 (47,3 13,5 años; 22,6 12,4 años evolución DM1, 42,5% mujeres). 41,1% recibían glargina U300 y 58,9% recibían degludec. El TIR 70-180 mg/dL fuera similar en ambos grupos, 39,1 16,2 vs. 40,3 16,8% glargina U300/degludec, respectivamente. El coeficiente de variación fue inferior con deglucec, 34,4 6,3 vs. 37,7 6,5%,  $p=0,003$ . El tiempo  $< 70$  mg/dL % fue significativamente mayor con glargina U300 vs deglucec: 4,9 3,3 vs. 1,9 2,5%,  $p=0,005$ . El número de eventos de glucosa baja fue también superior en las personas a tratamiento con glargina U300 vs deglucec: 6,62 6,2 vs. 4,3 4,7,  $p=0,001$ . El resto de parámetros glucométricos fueron comparables en ambos grupos.

**CONCLUSIONES:** Este trabajo en vida real muestra que el uso de degludec en PCDM1 se relaciona con menos eventos hipoglucémicos, tiempo por debajo de rango  $< 70$  mg/dL %, medidos por sensor flash de glucemia y menor variabilidad glucémica.

## CC - 4

### EXPERIENCIA DE LA ACTIVIDAD ATENDIDA MEDIANTE E-CONSULTA POR LA UNIDAD DE LÍPIDOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR DEL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

MG RODRIGUEZ-CARNERO; JM CABEZAS AGRÍCOLA; A FERNANDEZ POMBO; S CINZA-SANJURJO; D REY-ALDANA; E FERANDEZ-HERMIDA-CADAHÍA; LM GONZÁLEZ ROMARÍS; N LAMPÓN FERNÁNDEZ; MA RIVEIRO CRUZ; MA MARTÍNEZ-OLMOS

ENDOCRINOLOGÍA E NUTRICIÓN ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA E BARBANZA;  
ENDOCRINOLOGÍA E NUTRICIÓN ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA E BARBANZA;  
ENDOCRINOLOGÍA E NUTRICIÓN ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA E BARBANZA

**INTRODUCCIÓN:** Desde noviembre de 2021 el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela cuenta con una Unidad de Lípidos y Riesgo Cardiovascular acreditada por la Sociedad Española de Aterosclerosis. Dicha Unidad tiene como objetivo dar respuesta a aquellos pacientes con niveles elevados de colesterol y/o triglicéridos que presentan además unas características que exigen un tratamiento especializado. El objetivo del presente estudio fue describir la actividad atendida por la Unidad de Lípidos desde enero de 2022 hasta septiembre de 2022.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo observacional. Se incluyeron 224 e-consultas realizadas a la Unidad de Lípidos desde 1-1-2022 hasta 30-09-2022.

# COMUNICACIONES ORALES CLÍNICAS

**RESULTADOS:** 224 e-consultas fueron atendidas por la Unidad de Lípidos. Tras una valoración inicial el 44,2% fueron dadas de alta, el 31,6% se indicó valoración presencial y al 24,2% seguimiento mediante e-consulta. El 34,7% de los casos provenían del cribado de hipercolesterolemia familiar establecido en nuestra área (LDL > 230mg/dl tras descartar causas secundarias de dislipemia). El motivo de solicitud fue el siguiente: 52,6% hipercolesterolemia severa, el 29,6% intolerancia a estatinas, el 9,5% dislipemia mixta, el 7,4% hipertrigliceridemia, el 4,2% dislipemia aterogénica y el 4,2% otras causas.

**CONCLUSIONES:** Los resultados obtenidos muestran la necesidad de la creación de Unidades de Lípidos para dar respuesta a la atención especializada de los pacientes con dislipemias, que son uno de los factores que aportan más riesgo para el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares.

## CC - 5

### INFLUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS EN UN GRUPO DE ADULTOS CON OBESIDAD

PAULA ANDÚJAR PLATA; CRISTINA PORCA FERNÁNDEZ; CRISTINA TEJERA PÉREZ; ROCIO VILLAR TAIBO; DIEGO BELLIDO GUERRERO

CHUS; CHUF; CHUF; CHUS; CHUF

**INTRODUCCIÓN:** La obesidad es un trastorno de origen multifactorial asociado con mayor morbimortalidad. Las modificaciones del estilo de vida son el pilar del tratamiento, siendo la actividad física (AF) un factor clave en la pérdida y mantenimiento de peso.

**OBJETIVOS:** Valorar la influencia de la AF mediante el cuestionario internacional de actividad física (IPAQ) en los cambios antropométricos en un grupo de adultos con obesidad incluidos en un programa estructurado de educación grupal –programa IGOBE- (grupo intervención- GI).

**MÉTODOS:** Análisis prospectivo de un grupo de adultos con obesidad aleatorizados a educación grupal (GI) vs práctica clínica habitual (grupo control-GC). Se evaluó el IPAQ, peso, perímetro de cintura (PC) e índice de masa corporal (IMC) al inicio, a los 6 meses y al año.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 437 pacientes, sin diferencias en características basales entre grupos. En el GI el peso inicial fue  $107,2 \pm 22,5$  kg, a los 6 meses  $99,18 \pm 20,2$  kg y al año  $99,1 \pm 23,2$  kg. El IMC también se redujo significativamente:  $40,3 \pm 7,2$  kg/m<sup>2</sup> al inicio,  $37,5 \pm 6,6$  kg/m<sup>2</sup> a los 6 meses y  $37 \pm 6,3$  kg/m<sup>2</sup> al año. El PC pasó de  $115,1 \pm 15,5$  cm a  $107,3 \pm 15,6$  cm a los 6 meses y  $107,3 \pm 15,4$  cm al año. Los datos antropométricos fueron significativamente menores en el GI vs GC.

Según el IPAQ inicial, el 35,4% de los pacientes del GI refería un nivel de AF leve, un 46,7% moderado y un 17,1% intenso. Al año, un 17,7% presentaba un nivel leve, aumentando aquellos con nivel moderado (51,9%) e intenso (30,4%). En el GC no hubo diferencias en el nivel de AF realizado al finalizar el estudio.

En el GI el peso descendió un 6,6% en pacientes con AF intensa, un 6,3% en AF moderada y un 4,4% en AF leve (p=0.382). El IMC se redujo 3,2 kg/m<sup>2</sup> si AF intensa, un

# COMUNICACIONES ORALES CLÍNICAS

2,6 kg/m<sup>2</sup> si AF moderada y un 2,1 kg/m<sup>2</sup> en AF leve. El descenso del PC fue superior en los de AF intensa. En el GC no se observó ninguna tendencia en los cambios antropométricos según la AF.

**CONCLUSIONES:** En el GI se observó un descenso significativo del peso, IMC y PC al final del estudio, y un cambio significativo en el nivel de AF. En el GI el descenso de peso, IMC y PC fue superior a mayor nivel de AF, aunque sin diferencias significativas.

## CC - 6

### CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS Y CITOLÓGICAS DE NÓDULOS TIROIDEOS CAPTANTES EN PET: EXPERIENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA EN UNA CONSULTA DE NÓDULO TIROIDEO.

MATIAS ALBERTO MORALES POSADA; CRISTINA GIL MOUCE

HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI; HOSPITAL UNIVERSITARIO LUCUS AUGUSTI

**INTRODUCCIÓN:** El uso del PET-TAC ha aumentado el número de incidentalomas tiroideos que son remitidos a consultas de nódulo tiroideo. Sobre el 15-50% pueden ser de naturaleza maligna aunque es compleja su diferenciación basándose únicamente en el SUVmax.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio observacional descriptivo, retrospectivo sobre 23 pacientes con captación en PET-TAC y estudio ecográfico y citológico mediante PAAF/BAG, excluyendo pacientes con patología tiroidea maligna previa. Analizamos características de pacientes, SUVmax, características ecográficas (según ACR-TIRADS), citología según sistema Bethesda y anatomía patológica.

**RESULTADOS:** La mediana de edad fue 68 años, la mayoría mujeres, la neoplasia más frecuente de colon 30.43%. La media de tamaño de nódulo era 19mm. La mediana de captación SuvMax era 6.4, la máxima de 35.6 y la mínima de 3.4. La mayoría de los nódulos eran TIRADS 3 35.46%, TIRADS 4 30.76% y TIRADS 5 23.07%. Al 100% de los pacientes se les realizó una PAAF y en 5 de ellos se realizó una BAG. La citología Bethesda fue tipo II 34.61%, seguido del III 30.76%, el IV y V (7.69% cada uno) y VI 3.89%. En nódulos con captación Suvmax >7 se encontraron las Bethesda más altas IV, V y VI; la más elevada (35.5) resultó citología VI. Los nódulos TIRADS 5 obtuvieron citologías grado IV, V, VI. De las 5 BAG que se realizaron, 1 de ellas resultó una lesión sugestiva de un carcinoma oncocítico (Suvmax 15.6). Durante el estudio 2 pacientes fallecieron, 3 se intervinieron y 18 están en seguimiento. De los intervenidos, 1 paciente presentó un NIFTP en un nódulo TIRADS 3 con citología III y Suvmax 5.5; otro un Carcinoma papilar clásico en nódulo TIRADS 5, citología V y Suvmax 14.

**DISCUSIÓN:** El aumento de captación en PET TAC se relaciona con aumento de riesgo de patología tiroidea maligna, TIRADS más alto y citologías más sospechosas. En nódulos con > 7 de Suvmax encontramos citologías de IV a VI en un 42%, y en los nódulos con >10 un 85.7%

# COMUNICACIONES ORALES CLÍNICAS

## CC - 7

### ASOCIACIÓN ENTRE POLIMORFISMOS DE GENES RELACIONADOS CON EL METABOLISMO DEL ÁCIDO FÓLICO Y LA COBALAMINA Y EL DESENLACE DEL EMBARAZO EN MUJERES DEL ÁREA SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

G RODRIGUEZ-CARNERO; P M-LORENZO; A CANTÓN-BLANCO; MA MARTÍNEZ-OLMOS; F F-CASANUEVA; AB CRUJEIRAS

EPIGENOMICS IN ENDOCRINOLOGY AND NUTRITION GROUP, EPIGENOMICS UNIT, INSTITUTO DE INVESTIGACION SANITARIA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (IDIS), COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (CHUS/SERGAS) ENDOCRINOLOGY AND NUTRITION DIVISION

**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:** El embarazo es un periodo crítico durante el cual la nutrición y el estilo de vida de la madre tienen una influencia decisiva en los resultados de la madre y el neonato. La nutrición materna, la genética y las interacciones genético-ambientales son algunos de los factores que pueden afectar a la salud del embarazo. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de las variantes genéticas de los genes relacionados con el metabolismo del folato y la cobalamina en mujeres embarazadas y su asociación con la salud de las madres y de los neonatos.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** 149 mujeres nulíparas con embarazos únicos del área sanitaria de Santiago de Compostela fueron incluidas en el estudio. Se registraron variables sociodemográficas y obstétricas, y a todas las pacientes se les realizó el genotipo de los polimorfismos de los genes MTHFR, MTR, CUBN y SLC10A1.

**RESULTADOS:** La distribución de genotipos detectada en esta cohorte fue similar a la distribución poblacional reportada en Europa, destacando que más del 50% de las mujeres eran portadoras de alelos de riesgo de los genes estudiados. En las mujeres portadoras del alelo de riesgo MTHFR, se observó una mayor frecuencia estadísticamente significativa de fecundación asistida y una mayor frecuencia de preeclampsia y parto prematuro. Además, las portadoras del polimorfismo CUBN (rs1801222) mostraron una frecuencia estadísticamente significativa menor de complicaciones durante el parto.

**CONCLUSIONES:** La prevalencia de variantes genéticas relacionadas con los genes metabólicos del ácido fólico y la vitamina B12 en mujeres embarazadas está relacionada con los resultados maternos y neonatales. Conocer la prevalencia de estos polimorfismos puede conducir a una prescripción personalizada de los suplementos vitamínicos.





# **PÓSTERS BÁSICOS**

## PB - 1

### MECANISMOS MOLECULARES DE LA ACANTOSIS NIGRICANS EN EL SÍNDROME DE RABSON-MENDENHALL Y BERARDINELLI-SEIP

T. PRADO-MORAÑA; S. COBELO-GÓMEZ; S. SÁNCHEZ-IGLESIAS; A. FERNÁNDEZ-POMBO; E.J. DÍAZ-LÓPEZ; D. ARAÚJO-VILAR

UETEM-GRUPO DE PATOLOGÍA MOLECULAR, DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, RADIOLOGÍA, SALUD PÚBLICA, ENFERMERÍA Y MEDICINA, IDIS-CIMUS, UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA, 15782 SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA;UETEM-GRUPO DE PATOLOGÍA MOLECULAR

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de Rabson-Mendenhall (SRM) está causado por variantes bialélicas en el gen del receptor de insulina (INSR). Mientras que el síndrome de Berardinelli-Seip (SBS) es una lipodistrofia generalizada causada por variantes bialélicas en el gen BSCL2.

Ambas patologías cursan con resistencia a la insulina extrema, siendo una de sus características la acantosis nigricans (AN). La evidencia hasta el momento apunta a que la sobreactivación de IGF1-R por la hiperinsulinemia sería la causa de la sobreproliferación de fibroblastos y acantocitos.

**OBJETIVOS:** En el presente estudio se evaluó si la causa de este sobrecrecimiento celular es la activación de las vías de proliferación dependientes del IGF1-R en condiciones de hiperinsulinemia, lo que incluye la activación de las rutas PI3K/Akt/mTOR, SHC-ERK, SHC-JNK, MAPK o WNT-? Catenina.

**SUJETOS Y MÉTODOS:** Se emplearon líneas de fibroblastos primarios de 2 pacientes con SRM y de 3 pacientes con SBS, de los que dos de ellos eran gemelos univitelinos y tratados con leptina recombinante humana. Los cultivos se llevaron a cabo bajo tratamiento con insulina, insulina y un inhibidor de IGF-1R (Linsitinib) e insulina y un inhibidor de GSK-3 $\beta$  (CHIR99021). Posteriormente se evaluó, mediante RT-qPCR, la expresión génica de diversos genes implicados en las mencionadas rutas: MAP2K1, MAP3K5, PI3KR1, GSK3B, ELK1, CCNC, CTNNB1 y MTOR.

**RESULTADOS:** En los fibroblastos de los pacientes con SRM y del paciente con SBS no tratado con leptina recombinante humana, la insulina incrementó significativamente la expresión de los genes de la ruta MAPK, sobre todo cuando fue inhibido GSK-3 $\beta$ , demostrando la implicación de esta ruta en la AN. También se objetivaron incrementos significativos en los genes relacionados con la ruta WNT-? Catenina (PIK3R1, CTNNB1, MTOR y GSK3B).

Por el contrario, en las células de los pacientes con SBS tratados con leptina recombinante humana, que normaliza la insulinemia, se observó un descenso en la expresión de todos los genes estudiados y en todas las condiciones.

**CONCLUSIONES:** Pese a que se observaron diferencias en la expresión entre las distintas líneas celulares estudiadas se puede concluir que la AN, tanto en Rabson-Mendenhall como en Berardinelli-Seip, parece ser consecuencia de la acción de la hiperinsulinemia crónica sobre IGF-1R, activando la ruta Ras-MAPK. Y que el tratamiento previo con leptina recombinante humana reduce drásticamente la expresión de estos genes, explicando la mejora de estas lesiones cutáneas.

# PÓSTERS BÁSICOS

## PB - 2

### DESARROLLO DE NUEVOS ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D PARA SU USO FARMACOLÓGICO

SAMUEL SEOANE; LEANDRO AVILA; SANDRA RODRIGUEZ; MANUEL MACIA; MARIA E ARIAS; ANTONIO MOURIÑO; ROMAN PEREZ-FERNANDEZ

CENTRO SINGULAR DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA MOLECULAR Y ENFERMEDADES CRÓNICAS;  
CENTRO SINGULAR DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA MOLECULAR Y ENFERMEDADES CRÓNICAS;  
CENTRO SINGULAR DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA MOLECULAR Y ENFERMEDADES CRÓNICAS

La 1 $\alpha$ ,25-dihydroxyvitamin D3 (1,25D) constituye la forma más activa de vitamina D. Numerosos estudios indican que la 1,25D y algunos de sus análogos sintéticos poseen propiedades anti-proliferativas, inhibiendo el ciclo celular y promoviendo la apoptosis. Su uso solo o combinado con quimioterapia ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de líneas celulares y modelos animales de cáncer. Sin embargo, los efectos hipercalcémicos de estos compuestos hacen que los estudios clínicos en humanos estén limitados por su toxicidad a dosis terapéuticas. En este estudio, evaluamos los efectos biológicos tanto *in vitro* como *in vivo* de una serie de análogos de vitamina D de nueva generación.

## PB - 3

### PAPEL DEL ETANOL EN LA LIPOMATOSIS EN PACIENTES LIPODISTROFICOS CON VARIANTES EN EL GEN LMNA Y MFN2

MG RODRÍGUEZ-CARNERO; S COBELO-GÓMEZ; S SÁNCHEZ-IGLESIAS; A FERNÁNDEZ-POMBO; T PRADO-MORAÑA; EJ DÍAZ-LÓPEZ; D ARAÚJO-VILAR

DIVISIÓN DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN, COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (CHUS/SERGAS), 15706 SANTIAGO DE COMPOSTELA, ESPAÑA; UETEM-GRUPO DE PATOLOGÍA MOLECULAR, DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA, RADIOLOGÍA, SALUD PÚBLICA

**INTRODUCCIÓN:** Ciertos tipos de lipodistrofias están asociadas a la generación de lipomas. Es el caso de la lipodistrofia parcial familiar tipo 2 (FPLD2) causada por variantes en el gen LMNA, pero también de la lipodistrofia asociada a variantes en el gen MFN2 (MFN2-L). Otras enfermedades como la lipomatosis múltiple simétrica con frecuencia se asocian a un consumo excesivo de etanol.

**OBJETIVOS:** Todos estos datos sugieren que existen mecanismos que, además del etanol, favorecen la formación de estos tumores. Así pues, se evaluó cómo la exposición a etanol de preadipocitos de lipomas y grasa normal de los mencionados subtipos de lipodistrofias influye en la expresión de genes relacionados con el control del ciclo celular y la proliferación celular, además de la diferenciación adipocitaria.

**SUJETOS Y MÉTODOS:** Se analizaron líneas celulares de preadipocitos derivados de grasa normal y lipomas de un sujeto control, de una paciente con FPLD2 y de una paciente con MFN2-L, que fueron cultivados al 0%, 0,5% y 1% EtOH, y se evaluó mediante RT-qPCR la expresión de CDK4, CDKN1A, RB1, SOD2, MFN2, CYP2E1, EPHX1 y PPARG.

**RESULTADOS:** En los preadipocitos de grasa no lipomatosa y lipomatosa de la pacien-

te con FPLD2 se encontró reducida la expresión de CDK4, CDKN1A, MFN2, CYP2E1 y PPARG, además de RB1 en los lipomatosos, y un aumento de la expresión de SOD2. Los preadipocitos de grasa no lipomatosa y lipomatosa de la paciente con MFN2-L presentaron una disminución significativa de la expresión de CDK4, CDKN1A y EPHX1, además de SOD2 y CYP2E1 en el caso de los no lipomatosos, y PPARG en el caso de los lipomatosos. En general, el tratamiento con etanol redujo significativamente la expresión de CDKN1A, SOD2 y CYP2E1, y aumentó la de EPHX1.

**CONCLUSIONES:** Se puede concluir, por tanto, que los preadipocitos de los pacientes lipodistróficos presentan una reducción en la expresión de los genes relacionados con el ciclo celular y la diferenciación adipocitaria. Y que, además, los preadipocitos con variantes en LMNA muestran una marcada sobreexpresión de SOD2, relacionado con la función mitocondrial. Finalmente, y en contra de lo esperado, el tratamiento con etanol, fundamentalmente en los preadipocitos de estirpe lipomatosa, reduce la expresión de los genes relacionados con el control del ciclo celular, con la función mitocondrial y con el metabolismo lipídico, con la excepción de EPHX1. Estos datos ponen de relieve el posible papel de una hidrolasa de epóxidos en la proliferación adipocitaria incluso en sujetos lipoatróficos.

## PB - 4

### ESTUDIO DE LA MODULACIÓN DE SIRT3 EN EL HIPOTÁLAMO SOBRE LA REGULACIÓN DE LA HOMEOSTASIS DE LA GLUCOSA Y LA SENSIBILIDAD A LA INSULINA.

E. PRIDA; P.V. VALERO ÁVILA; V. HERAS; S. ALVÁREZ-DELGADO; M.J. GONZÁLEZ-RELLÁN; M. FERNÁNDEZ-FONDEVILA; V. PENA-LEÓN; R. PÉREZ-LOIS; L.M. SEOANE; R. NOGUEIRAS; O. AL-MASSADI; M. QUIÑONES

FIDIS; CIMUS; CIMUS; FIDIS; CIMUS; CIMUS; FIDIS; FIDIS; FIDIS; CIMUS; FIDIS; FIDIS

**INTRODUCCIÓN:** La sirtuina 3 (Sirt3) es una desacetilasa mitocondrial, que pertenece a la familia de las sirtuinas de mamíferos. Sirt3 se ha convertido en un factor importante en la regulación del metabolismo de la glucosa en los tejidos periféricos, pero su papel metabólico en el sistema nervioso central no ha sido explorado. Nuestros estudios previos han demostrado por primera vez, que la inhibición específica de Sirt3 en las neuronas ARC POMC, reduce el peso corporal a través de la activación del gasto energético y la termogénesis del tejido adiposo marrón. Sin embargo, nuestro modelo de inhibición de SIRT3 específicamente en neuronas POMC, no presenta ninguna acción relevante sobre la homeostasis de la glucosa o la sensibilidad a la insulina.

**OBJETIVO:** Analizar la acción de Sirt3 sobre la sensibilidad a la glucosa y la insulina a nivel hipotalámico.

**MÉTODOS:** Se utilizaron modelos de ratones AgRP-IRES-cre y SF1-IRES-cre para inhibir o sobreexpresar específicamente Sirt3, a través de la inyección de virus adeno-asociados dependiente de la recombinasa Cre por estereotaxia. Ratones de ambos sexos se alimentaron con dieta estándar y dieta alta en grasa para obtener un modelo de obesidad inducida por dieta. A continuación, se realizaron test de tolerancia a la glucosa y a la insulina para evaluar la homeostasis de la glucosa en todos nuestros modelos.

**RESULTADOS:** La eliminación específica de Sirt3 en las neuronas AgRP, induce una resistencia a la sensibilidad a la glucosa y a la insulina en dieta estándar. Estos efectos

# PÓSTERS BÁSICOS

también se observan en ratones macho obesos, que presentan una mayor resistencia a la sensibilidad a la insulina en dieta alta en grasa. Así mismo, la sobreexpresión de Sirt3 en las neuronas AgRP mejora la tolerancia a la glucosa en ratones macho obesos. Además, estos efectos son específicos de las neuronas AgRP, puesto que la modulación de Sirt3 en las neuronas SF-1 del VMH, no causó ningún cambio en estos parámetros.

**CONCLUSIÓN:** La activación específica de Sirt3 en neuronas AgRP, podría ser una nueva diana para el tratamiento de desórdenes relacionados con la homeostasis de glucosa y resistencia a la insulina en individuos obesos.

**PALABRAS CLAVE:** Sirt3, glucosa, insulina, AgRP, hipotálamo.

## PB - 5

### MODIFICACIONES HEPÁTICAS DA LACTANCIA PROLONGADA NA DESCENDENCIA

Raquel Pérez Lois;Verónica Peña León;Silvia Barja-Fernández;Cintia Folgueira;Omar Al-Massadi Iglesias;Mar Quiñones;Eva Prida García;Alejandro Fuentes Iglesias;Diana Guallar;Rosaura Leis;Felipe Casanueva;Carlos Diéguez;Miguel Fidalgo;Rubén Nogueiras;L

**INTRODUCCIÓN:** Os efectos da lactancia materna sobre a reprogramación metabólica na descendencia son pouco coñecidos. Un modelo animal preclínico de lactancia prolongada desenrolado con anterioridade no grupo presentaba resistencia á obesidade inducida por dieta alta en graxa. O mecanismo descrito como responsable parte dun aumento nos niveis de FGF21 no fígado da descendencia e, en consecuencia, un aumentado gasto por termoxénese no tecido adiposo pardo (BAT). Ademais, o estudo RNAseq revelou que hai máis de 100 xenes modificados pola lactancia prolongada en fígado.

**OBXECTIVO:** Estudar as sinais hepáticas moduladas pola lactancia materna prolongada responsables do efecto protector fronte a obesidade na descendencia.

**MÉTODOS:** Ratas macho Sprage Dawley destetadas ás 3 semanas (lactancia estándar, SW) e as 4 semanas (lactancia prolongada, DW), e sacrificadas tralo destete ou ás 18 semanas de vida e alimentadas con dieta alta en graxa (HFD). Extracción de fígado para western blot e de sangue e leite para análise de plasma por western blott, kits de cuantificación e ELISA.

**RESULTADOS:** As crías DW teñen uns niveis de FGF21 aumentados en fígado e BAT, sen embargo as nais non teñen aumentada esta proteína nin en plasma nin tampouco no leite. Obsérvase un aumento dos ácidos grasos libres non esterificados (NEFAs) no plasma das crías DW.

O RNAseq desvela que a lactancia prolongada provoca unha modificación significativa da expresión proteica de BANP, ANGPTL4 e KLF15.

Os niveis proteicos de BANP en fígado e plasma tenden a aumentar polo DW tanto en crías como ratas adultas. ANGPTL4 tamén sofre un aumento en fígado de ratas adultas, mentras o aumento non é significativo en crías. KLF15 sofre un aumento de expresión con DW nas crías, pero un descenso nas ratas adultas, tanto en fígado como en plasma.

O estudo proteico da leite mostra a presenza de KLF15 e ANGPTL4.

**CONCLUSIÓN:** O aumento de FGF21 hepático das crías DW non parece deberse a un

aporte directo por parte da nai, senón a un aumento de expresión desta proteína probablemente consecuencia do aumento de NEFAs circulantes. Existen ademáis, proteínas cuxa expresión e niveis parecen estar modulados pola lactancia prolongada encontrándose algunhas delas presentes na leite.

## PB - 6

### REGULACIÓN DE LOS NIVELES HIPOTALÁMICOS DE PYK2 POR EL ESTADO NUTRICIONAL, EDAD Y NIVELES DE LEPTINA EN ROEDORES.

E PRIDA; S ALVÁREZ-DELGADO; M SOTO-TIELAS; ANDRÉS BLANCO-ABAL; R PÉREZ-LOIS; R NOGUEIRAS; L.M. SEOANE; M QUIÑONES; OMAR AL-MASSADI

FIDIS; FIDIS; FIDIS; FIDIS; FIDIS; CIMUS; FIDIS; FIDIS; FIDIS

**INTRODUCCIÓN:** La tirosina quinasa 2 rica en prolina (Pyk2) es una quinasa que está implicada en la fisiopatología de algunas enfermedades degenerativas como la enfermedad de Huntington o de Alzheimer. Sin embargo, pocos grupos han estudiado el papel de Pyk2 hipotalámico en el balance energético.

**OBJETIVO:** Analizar la regulación de Pyk2 y su forma fosforilada (p-Pyk2) en el hipotálamo de roedores en diferentes escenarios fisiológicos asociados con la homeostasis energética y alteraciones en la sensibilidad a la insulina.

**METODOLOGÍA:** Se utilizaron ratas Sprague Dawley y ratones C57BL/6 bajo diferentes estadios fisiológicos (cambios agudos y crónicos en el estado nutricional, la edad y el efecto de factores endocrinos) para el estudio mediante western blot de los niveles de Pyk2 y su forma fosforilada (p-Pyk2) en el hipotálamo.

**RESULTADOS:** Nuestros resultados muestran un aumento de Pyk2 tras el ayuno en animales alimentados con dieta alta en grasa, así como variaciones en la expresión de las dos isoformas en diferentes periodos de vida. Sin embargo, no hemos encontrado ningún cambio en la expresión de Pyk2-p-Pyk2 tras la administración de leptina.

**CONCLUSIÓN:** Estos datos apuntan hacia un nuevo papel de Pyk2 en el control del equilibrio energético que no había sido abordado anteriormente.

**PALABRAS CLAVE:** Obesidad, metabolismo, hipotálamo, Pyk2.

## PB - 7

### MICROSCOPIA 3D PARA EL ESTUDIO DE NEOPLASIA TIROIDEA HUMANA

JESUINA GRAÇA FONSECA; ALBERTO PRADILLA DIESTE; MANUEL NARCISO BLANCO; JOSE MANUEL CAMISELLE TEIJEIRO; CLARA ALVAREZ VILLAMARIN

CIMUS; CIMUS; IDIS; IDIS; IDIS

En los últimos años aparecieron nuevas técnicas 3D cómo la microscopia LSF. Esta tecnología permite a los investigadores observar la estructura tridimensional de los órganos incluso el órgano entero. El hecho más importante de la tecnología 3D es que el órgano tiene que ser totalmente transparente para poder ser observado en el microscopio LSF o en microscopia confocal. La clarificación de los órganos es una etapa fundamental porque permite el paso del láser a través del órgano sin distorsio-

# PÓSTERS BÁSICOS

nes. La estructura tridimensional promete acabar con los problemas frecuentemente encontrados en los modelos bidimensional 2D, como tinciones bizarras no valoradas, o incorporar el estroma tumoral como una parte del estudio. La clarificación presenta limitaciones en la glándula tiroidea debido a su gran vascularización y la organización de las células epiteliales en los folículos que contienen coloide, una densa matriz extracelular de tiroglobulina fuertemente glicosilada y yodada. Además, el transportador de sodio/yodo SLC5A8 o NIS, mantiene un alto gradiente de yodo al interior de los epitelios foliculares y el coloide, añadiendo así más barreras a la permeabilización, impidiendo la penetración de los anticuerpos y aumentando la señal de fondo. NIS, considerada como nuestra proteína diana fue descubierta hace 25 años, teniendo su localización en el polo basolateral de la membrana plasmática y es clave para una exitosa terapia con I131 en el cáncer de tiroides. Nuestro objetivo es estudiar NIS mediante microscopía 3D, aprendiendo su expresión y localización en los folículos, y buscar posibles tratamientos adyuvantes que mejoren su localización en membrana para prevenir resistencias a la terapia con yoduro radioactivo. Hemos estandarizado una metodología para clarificar remanentes de operaciones quirúrgicas de tiroides, utilizando como modelo inicial una enfermedad neoplásica frecuente como es el Bocio Multinodular (MNG), y la Enfermedad de Graves. Hemos estandarizado la tinción del fragmento de tiroides con NIS en 3D, y estudiado dichas muestras mediante LSM y Microscopía confocal. DAPI (4',6-diamidino-2-fenilindol) se utilizó como contratinción de núcleos. Las muestras se registraron con UltraMicroscope II-SuperPlan (Mitenyi) y SP5 Confocal (Leica). Para la reconstrucción se utilizó el software Imaris 9.2. Nuestros resultados indican la expresión de membrana de NIS en MNG pero muestran una expresión en parches de células, mientras que el resto del folículo es negativo. Esto sugiere una falta de contacto con los capilares que afecta a gran parte de la superficie de cada folículo neoplásico. La exploración de esta hipótesis ampliará nuestro conocimiento de esta lesión precancerosa y nos permitirá estandarizar esta técnica para su aplicación en el cáncer de tiroides.

## PB - 8

### DIFERENCIAS PROTEÓMICAS MOLECULARES EN LAS CÉLULAS DE BOCIO MULTINODULAR (MNG)

CRISTINA CARDONA-BARREÑA; SUSANA B BRAVO; MIGUEL CHENLO; MARIA SUAREZ-FARIÑA; SIHARA PEREZ-ROMERO; MANUEL N BLANCO-FREIRE; JOSÉ M CAMESELLE-TEIJEIRO; CLARA V ALVAREZ

NEOPLASIA & ENDOCRINE DIFFERENTIATION POL5, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SANITARIAS (IDIS), INVESTIGATION IN MOLECULAR MEDICINE & CHRONIC DISEASES (CIMUS); UNIVERSITY OF SANTIAGO DE COMPOSTELA (USC); PROTEOMICS UNIT, INSTITUTO DE INVESTIGACION

El tejido tiroideo está formado no sólo por el epitelio folicular, sino también por poblaciones de células estromales, inmunitarias, nerviosas y sanguíneas. Nuestro grupo dispone de una herramienta única en el mundo, y es la colección TIROCHUS. En esta colección establecemos un cultivo primario de la muestra del excedente quirúrgico donado por cada paciente con patología tiroidea. Este cultivo primario es fundamentalmente epitelio folicular en más del 90% de sus células. Nuestra colección contiene

**cultivos normales de tiroides (NT) sumados a toda la gama de enfermedades proliferativas de tiroides, desde hiperplasia como bocio multinodular (MNG) hasta carcinoma papilar (PTC). Por otro lado, en nuestro instituto de investigación (CiMUS-IDIS) disponemos de tecnología de proteómica masiva de alto rendimiento (high-throughput), Triple ToF, a la que se ha sumado la herramienta cuantitativa SWATH más actual (Proyecto AEI 2019: PiD2019-110437RB-100). Esto permite comparar el conjunto de proteínas del epitelio folicular de los grupos homogéneos de cultivos del mismo origen. El MNG es la enfermedad hiperplásica más frecuente en la población, y su etiología molecular es desconocida.**

**El objetivo de nuestro trabajo es desentrañar las vías metabólicas y de transducción/transmisión de señales características de MNG utilizando proteómica cuantitativa SWATH en cultivos primarios de tiroides establecidos a partir del excedente de cirugía de los pacientes.**

**Para ello, se han comparado dos grupos de cultivos primarios procedentes de NT (n=13) y de MNG (n=12). Las variables de género y edad fueron igualadas para que no hubiese diferencias significativas. Los extractos proteicos fueron analizados mediante cromatografía líquida y tandem-mass espectrometría (LC-MS/MS), donde el paso inicial fue la digestión trípica y su concentración en gel. Después se analizaron en un sistema Triple-TOF 6600 (SCIEX) usando un data-dependent work-flow (DDA) mediante el software Analyst TF 1.7.1 (SCIEX). De media se identificaron 1,300-1,400 por muestra. Las proteínas identificadas se sometieron a un análisis cuantitativo SWATH y algoritmos bioinformáticos de pathways moleculares identificadas mediante GSEA y STRING. Los resultados indican un enriquecimiento de las vías de transducción/transmisión de señal en MNG como, por ejemplo: regulación de las proteínas RAS, Rho, GTPasas y p53 ( $p < 0.1$ ,  $fc = 0.25$ ). Estos datos deberán ser confirmados en estudios posteriores funcionales, pero podrían indicar un mecanismo fisiopatológico en el origen etiológico del MNG.**

**ww**



# **PÓSTERS CLÍNICOS**

## PC - 1

### DIABETES MELLITUS Y ANEMIA FERROPÉNICA: UN DIAGNÓSTICO INSOSPECHADO

SOFÍA AMOEDO DE LA GRANA; PAULA SÁNCHEZ SOBRINO

CENTRO DE SAÚDE A PARDA. PONTEVEDRA; COMPLEXO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE PONTEVEDRA

**INTRODUCCIÓN:** La aceruloplasminemia es una enfermedad muy poco frecuente asociada con la acumulación de hierro, debido a la falta de función de la ceruloplasmina. La ceruloplasmina se sintetiza sobre todo en el hígado y su función principal es el transporte de cobre, es antioxidante y también interviene en el metabolismo del hierro (actividad ferroxidasa). La ausencia de la actividad ferroxidasa produce la acumulación de hierro en las vísceras: páncreas, hígado, ganglios basales y retina. Clínicamente se caracteriza por diabetes mellitus (DM), degeneración de retina y síntomas neurológicos como distonía, distaríá y demencia que suelen tener aparición más tardía.

A continuación describimos un caso de DM en una paciente con aceruloplasminemia. **CASO CLÍNICO:** Mujer de 55 años, diagnosticada de DM 2 unos 10 años atrás, sin complicaciones metadiabéticas, a tratamiento con antidiabéticos orales (Empagliflozina 10 mg y Sitagliptina 50 mg) y mal control metabólico (HbA1c 8,5%). Estudiada por anemia microcítica hipocrómica, catalogada de ferropénica, de muy larga evolución, sin sangrados externos, ni respuesta a hierro oral. Presentaba hiperferritinemia pese a hierro sérico y saturación de la transferrina disminuidos. Se descartaron beta talasemia y hemocromatosis. Tras referir que su hermana padecía aceruloplasminemia se realizó el estudio genético que confirmó el diagnóstico, iniciándose tratamiento con quelantes del hierro. Actualmente no presenta afectación neurológica ni retinopatía. La exploración física fue anodina, reseñar que el IMC era de 30 kg/m<sup>2</sup> por lo que se decidió sustituir Sitagliptina por aGLP-1 (Dulagutide 1.5 mg) y añadir Metformina.

Entre las pruebas complementarias destacan:

Análisis: Hb 11.6 g/dL [12-16], VCM 77.5 fL [80-98], HCM 25.7 pg [26-32], ferritina 599 ng/mL [10-120], hierro 27 µg/dL [37-145], saturación de transferrina 9 % [15-40]. RMN cerebral: hiposeñal en secuencias FLAIR T2 en putámenes, porción lateral de los tálamos, sustancia negra, núcleos rojos y en núcleos dentados sugestiva de depósito férrico.

**DISCUSIÓN:** La DM suele ser la primera manifestación de la enfermedad, en torno a las 30-50 años, se caracteriza por déficit de insulina en personas con normopeso y difícil control metabólico. El dato de sospecha es que se acompaña de una anemia microcítica. Sin embargo, nuestra paciente impresionaba de DM 2, por la obesidad y porque mantiene reserva pancreática.

**CONCLUSIONES:** La aceruloplasminemia es una causa excepcional de DM que hay que tener en cuenta en presencia de debut temprano de diabetes sin autoinmunidad pancreática y con anemia ferropénica refractaria a tratamiento.

# PÓSTERS CLÍNICOS

## PC - 2

### HÁBITOS NUTRICIONALES Y AUTOPERCEPCIÓN DEL PESO EN LOS SANITARIOS DEL ÁREA DE FERROL

C. SANTIAGO VÁZQUEZ; C. TEJERA PÉREZ; A. GONZÁLEZ QUINTELA

CHUAC; CHUF; CHUS

**OBJETIVO:** El estudio sobre hábitos nutricionales y autopercepción del peso en los sanitarios del área de Ferrol se realizó con el objetivo de explorar el estilo de vida de dicha población y relacionarlo con su estado de salud, así como con el tipo de trabajo desempeñado por los mismos.

**MÉTODOS:** Se contó con la participación voluntaria de 330 sujetos trabajadores o estudiantes sanitarios del Área Sanitaria de Ferrol que cubrieron una encuesta en la que se incluían datos antropométricos y preguntas acerca de la autopercepción de su peso y estado de salud, hábitos saludables y realización de ejercicio físico u otras actividades.

**RESULTADOS:** Los resultados mostraron que los sujetos con bajo peso y sobrepeso sobreestiman su estado de salud, considerándolo mejor de lo que les correspondería por su peso, mientras que aquellos con obesidad definen su estado de salud como regular. Los encuestados con sobrepeso y obesidad realizaban menos frecuentemente actividad física en su tiempo libre, eran más asiduos a picotear entre horas y desayunaban menos a menudo que los encuestados con normopeso. Dentro del grupo de obesidad destaca también la frecuencia más elevada de familiares con sobrepeso u obesidad, el patrón de sueño más desorganizado o con menos de 6 horas de sueño, así como el mayor consumo de carne y comidas procesadas diariamente que el resto de la población a estudio. Por otra parte, se encontró que la realización de turnos de 24 horas no influye negativamente en el IMC de los sanitarios de la muestra. Además, el hábito tabáquico predominaba en el grupo de sujetos con bajo peso.

**CONCLUSIONES:** En definitiva, la mayor parte de cada grupo de sujetos, clasificado según su IMC, tiene una correcta percepción de su peso, clasificando su apariencia física de forma acorde al mismo. Además, la mayoría considera que su estado de salud es bueno, incluyendo el grupo de encuestados con bajo peso y sobrepeso. La disminución de realización de actividad física, el hábito de picotear entre horas frecuentemente, saltarse el desayuno, las pocas horas de sueño o el consumo de comidas procesadas a diario se asocian con los sujetos con mayor IMC.

## PC - 3

### PASIREÓTIDA EN EL TRATAMIENTO DEL INSULINOMA NO OPERABLE: CUANDO LO ADVERSO SE CONVIERTE EN BENEFICIO

A PENA DUBRA; MG RODRIGUEZ CARNERO; R VILLAR TAIBO; EJ DIAZ LOPEZ; T PRADO MORAÑA; MA MARTINEZ OLMOS

CHUS; CHUS; CHUS; CHUS; CHUS; CHUS

**INTRODUCCIÓN:** Varón de 80 años que ingresa ante sospecha de insulinoma.

**Antecedentes:** hipertensión, dislipemia, cardiopatía hipertensiva, fibrilación auricular, deterioro cognitivo leve y carcinoma células renales en seguimiento en Urología. Presenta clínica compatible y tanto las pruebas bioquímicas como las de imagen (TAC abdominal y ecoendoscopia) confirmaron el diagnóstico de insulinoma de 2 cm en proceso uncinado pancreático.

**CASO CLÍNICO:** Durante su ingreso presentó múltiples complicaciones, siendo comentado en el Comité de TNE desestimándose la intervención quirúrgica por edad, comorbilidades y situación de fragilidad del paciente.

Se decide iniciar inicialmente tratamiento médico con octreótido, sin lograr un buen control de las hipoglucemias y posteriormente es dado de alta con diazóxido.

Dos meses tras el alta reingresa por anasarca en relación con insuficiencia cardíaca congestiva, que se atribuye a la retención hidrosalina causada por el diazóxido. En ese momento el paciente presentaba un deterioro importante de su situación basal, con limitación en la movilidad y empeoramiento cognitivo.

Durante el seguimiento posterior apenas se disponía de controles glucémicos porque el paciente refería no detectarlas y además el paciente y su cuidadora (esposa anciana) tenían dificultades para realizar controles de glucemia capilar. Para comprobar la situación real, se le coloca un sistema de monitorización flash, mostrando hasta 24 episodios de hipoglucemias inadvertidas en las primeras semanas. Tras programar las alarmas de hipoglucemia, se logra reducir el tiempo debajo de rango (TBR) al 5%. Considerando este nivel de TBR elevado se solicita uso compasivo de pasireótida. El primer mes se superponen ambos tratamientos (diazóxido y pasireótida). En ausencia de efectos adversos, con 0% de TBR y 51% TIR, con cierta a hiperglucemia, se suspende el diazóxido. Tras un mes en monoterapia con el fármaco el paciente mantenía ausencia de hipoglucemias con un 97% de TIR, por lo que ha continuado con esta pauta hasta la actualidad.

Tras 9 meses de tratamiento sigue sin hipoglucemias, con buena tolerancia, sin nuevos episodios de insuficiencia cardíaca y con tamaño estable en las pruebas de imagen de control.

**CONCLUSIÓN:** En nuestro paciente, pasireótida proporcionó buen control glucémico, sin efectos adversos y con buena tolerancia. Aunque actualmente aún no se ha aprobado para el tratamiento de TNE, casos como el que presentamos evidencian que puede ser un tratamiento prometedor en el insulinoma no quirúrgico o con mala respuesta a otras opciones de tratamiento.

## PC - 4

### ESTUDIO SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DEL TRATAMIENTO CON UREA DE PACIENTES CON HIPONATREMIA HOSPITALIZADOS.

ANGEL MARTINEZ GONZALEZ  
HOSPITAL POVISA

**OBJETIVOS:** Valorar la eficacia y la seguridad de la urea para el tratamiento de la hiponatremia en pacientes hospitalizados.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio retrospectivo de casos-controles. Reclutamos pacientes hospitalizados en el Hospital Povisa entre enero de 2014 y agosto de 2022 con hiponatremia (sodio <135). Comparamos a los pacientes tratados con urea con un grupo de pacientes con que no recibieron urea y valoramos los cambios en el sodio, creatinina, urea y potasio a las 24 horas y al final de la terapia, la proporción de pacientes que alcanzaron normonatremia, efectos adversos y la mortalidad a 60 días.

**RESULTADOS:** El numero total de pacientes fue 271: 135 recibieron urea (7,5-45 g/d) y 136 pacientes no fueron tratados con urea. La edad media 75 años, 50,4% mujeres. Etiología: SIADH 54%, Insuficiencia cardiaca (IC) 31,4%, Hipovolemica 14,6%, Cirrosis 4%, Enfermedad renal 1,1%, Hipotiroidismo 0,7%.

Globalmente hubo un aumento mayor en el sodio a las 24 horas en el grupo urea (3 versus 2,5 P=0,017), sin diferencias en el cambio del sodio plasmático al final del tratamiento (9 versus 9 P=0,718). Una mayor proporción tratados con urea alcanzó la normonatremia, pero esta diferencia no fue significativa (52 % frente a 48 %). En el grupo urea hubo descensos significativos de de creatinina y potasio (p<0,001) tanto al inicio como al final de tratamiento y un aumento de cifras de urea plasmática solo al finalizar el tratamiento (p<0,001). Ninguno tuvo sobrecreción y no hubo efectos adversos graves. En la mortalidad destaca que fue menor en el grupo urea (18,5% versus el 40% p<0,001).

En pacientes con SIADH hubo cambios significativos en sodio a las 24 horas a favor del grupo urea (p=0,023). Hubo mejores resultados en el grupo urea, pero no alcanzaron la significación estadísticas en sodio al finalizar terapia, % de normonatremia (44,6% versus 43,7%) y mortalidad (21,7% versus 32,8%).

En pacientes con IC hubo cambios significativos a favor del grupo con urea en sodio a las 24 horas y al final del tratamiento (p<0,001), % de normonatremia (72,73% versus 42,4%, p<0,001) y en mortalidad (20,4% versus 45,9% p <0,015).

**CONCLUSIONES:** La urea es bien tolerada, eficaz y segura en el tratamiento hospitalario de la hiponatremia

## PC - 5

### VALORACIÓN ORGANOLÉPTICA DE UN SUPLEMENTO NUTRICIONAL ORAL ESPECÍFICO VS. ESTÁNDAR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS

U RODRÍGUEZ LAVANDEIRA; A VIDAL CASARIEGO; G LUGO RODRÍGUEZ; F PITA GUTIÉRREZ; A RÍO PÉREZ; D CASTRO DIOS; T MARTÍNEZ RAMONDE

CHUAC; CHUAC; CHUAC; CHUAC; CHUAC; CHUAC; CHUAC

**OBJETIVO:** La desnutrición relacionada con la enfermedad es prevalente en pacientes con cáncer y con frecuencia precisa de suplementos nutricionales orales (SNO) para su tratamiento. Los SNO específicos para cáncer están enriquecidos en EPA y DHA, lo que puede condicionar su palatabilidad y aceptación. El objetivo del estudio fue comparar la valoración organoléptica de un SNO específico (SNO-O) respecto a otro estándar (SNO) de similar composición.

**MÉTODOS:** Estudio piloto de intervención nutricional en pacientes oncológicos hospitalizados con desnutrición o en riesgo de desnutrición (evaluado mediante MUST). La evaluación sensorial se realizó mediante un cuestionario estructurado que valoraba olor, color, sabor, textura, densidad y regusto (1-5 puntos) tras consumir, de forma cruzada, ambos suplementos. La presencia de clínica digestiva se evaluó mediante los Criterios Terminológicos Comunes para Efectos Adversos (CTCAE). Se compararon las puntuaciones mediante t de Student para muestras relacionadas, y las proporciones con chi cuadrado.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 41 pacientes, de 62,8 (11,2) años, el 53,7% hombres, 70,7% desnutridos. Ambos SNO tuvieron una valoración similar excepto en el regusto [SNO 3,88 (0,91) vs. SNO-O 4,38 (0,80);  $p = 0,035$ ] y tampoco hubo diferencias en el porcentaje de pacientes que rechazaban el tratamiento (SNO 21,4 vs. SNO-O 20,2%;  $p = 0,924$ ). Hubo diferencias significativas en la valoración del regusto en los pacientes con náuseas [SNO 3,89 (0,78) vs. SNO-O 4,67 (0,50);  $p = 0,008$ ], vómitos [SNO 4,14 (0,69) vs. SNO-O 4,86 (0,38);  $p = 0,047$ ] y estreñimiento [SNO 3,88 (0,91) vs. SNO-O 4,38 (0,80);  $p = 0,035$ ]. La desnutrición (MUST > 2 pts) condicionó la valoración de la densidad [SNO 3,71 (1,01) vs. SNO-O 4,29 (0,64);  $p = 0,036$ ]

**CONCLUSIONES:** Ambos suplementos nutricionales presentaron una valoración organoléptica y aceptación similares, aunque la fórmula estándar fue peor valorada en su regusto en pacientes con clínica digestiva. La palatabilidad no parece ser una barrera para el uso de SNO específicos en pacientes oncológicos hospitalizados.

## PC - 6

### CARTOGRAFÍA DE LA DESNUTRICIÓN EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 5.000 EPISODIOS.

A VIDAL CASARIEGO; F PITA GUTIÉRREZ; G LUGO RODRÍGUEZ; M RODRÍGUEZ VARELA; A RÍO PÉREZ; D CASTRO DIOS; U RODRÍGUEZ LAVANDEIRA; T MARTÍNEZ RAMONDE

CHUAC; CHUAC; CHUAC; CHUAC; CHUAC; CHUAC; CHUAC; CHUAC

**OBJETIVO:** La desnutrición es un síndrome prevalente en el entorno hospitalario que afecta negativamente a los resultados clínicos y aumenta los costes sanitarios. Localizar dónde se encuentran los pacientes con desnutrición puede ayudar a establecer estrategias de detección sistemática.

**MÉTODOS:** Análisis retrospectivo de la codificación CIE-10 del diagnóstico de desnutrición de la Unidad de Nutrición del CHUAC correspondiente a los años 2019-2021. El diagnóstico de desnutrición se realizó de acuerdo con los criterios del Liderazgo Global sobre Desnutrición (GLIM). La desnutrición se clasificó como calórica, desnutrición relacionada con la enfermedad aguda (DRE-A) o desnutrición relacionada con la enfermedad crónica (DRE-C) según su etiología. Los datos se analizaron mediante chi cuadrado y ANOVA.

**RESULTADOS:** Se analizaron un total de 4977 episodios codificados. Los servicios con más episodios fueron Medicina Interna (26,9%) y Cirugía General (10,5%). En el 55,3% de los episodios hubo diagnóstico de desnutrición, de los cuales fueron DRE-A 60,5%, DRE-C 24,4% y calórica 10,3%. La distribución de los diagnósticos fue diferente según las unidades de hospitalización (tabla;  $p < 0,001$ ). Hubo diferencias significativas en los días de seguimiento según el tipo de desnutrición: DRE-A 16,7 (24,2) días vs. DRE-C 12,8 (18,6) días vs. calórica 10,6 (11,1) días ( $p < 0,01$ ). Hubo diferencias en los fallecimientos durante el seguimiento según el tipo de desnutrición: DRE-A 7,6% vs. DRE-C 9,5% vs. calórica 3,2% ( $p = 0,002$ ).

	DRE-A	DRE-C	Calórica
Cirugía General	15,6%	13,1%	11,7%
Críticos	4,0%	1,5%	1,1%
Digestivo	5,1%	8,8%	8,8%
Especialidades médicas	11,1%	8,6%	12,0%
Especialidades quirúrgicas	8,7%	4,6%	6,7%
Medicina Interna	27,0%	24,1%	37,1%
Neumología	10,3%	8,3%	7,8%
Neurología-NCR	2,3%	0,7%	2,1%
Onco-Hemato	15,3%	29,4%	10,2%
ORL-Maxilofacial	0,4%	0,6%	2,1%

**CONCLUSIONES:** La DRE-A es la más diagnosticada en nuestro centro, especialmente en Medicina Interna y Cirugía General, y se asocia a un mayor tiempo de seguimiento.

## PC - 7

### VALORACIÓN DEL SODIO URINARIO EN LOS PACIENTES INGRESADOS CON HIPONATREMIA QUE TOMAN DIURÉTICOS DE FORMA CRÓNICA.

Maria Esther Proaño Fierro; Carla Marisela Pacheco Urbina

CHOP;CHOP

**INTRODUCCIÓN:** La hiponatremia es la alteración hidroelectrolítica más frecuente en pacientes ingresados y se ha asociado con aumento de tiempo de estancia hospitalaria, peor evolución clínica y futuros reingresos. En la valoración inicial de la hiponatremia, además de una historia y exploración física completa, es fundamental la bioquímica para medir iones en plasma y orina; sin embargo existen factores de confusión como uso de diuréticos, afectaciones renales, entre otros, que pueden complicar el enfoque diagnóstico del paciente.

**OBJETIVO:** Valorar la utilidad del sodio y potasio urinario para el diagnóstico etiológico de hiponatremia en pacientes pluripatológicos que tomen de forma crónica diuréticos.

**METODOLOGÍA:** Estudio descriptivo, retrospectivo de todos los pacientes ingresados con hiponatremia en el servicio de Medicina Interna del Hospital Montecelo de Pontevedra desde Agosto a Septiembre de 2022. Se excluyeron pacientes con hiponatremia leve (130-135mEq/L) y quienes no tuviesen iones urinarios. El análisis de los datos se realizó con el programa SPSS.

**RESULTADOS:** De toda la población revisada, se obtuvo una muestra de 16 pacientes con un promedio de edad de 77,2 años. El 46.6% eran mujeres. La natremia media al ingreso fue de 122,68 mEq/L. El 37,5% de la muestra (6 pacientes) tomaba diuréticos combinados de forma crónica: Furosemida (6), HCTZ (3), Espironolactona (2) y/o ISGLT2 (1). La natriuria media fue de 42,5 mEq/L y el potasio urinario medio de 44,18 mEq/L. No encontramos diferencias significativas en la potasiuria de aquellos que tomaban algún tipo de diurético en comparación con quienes no lo tomaban. En cuanto a la natriuria, quienes no tomaban ningún fármaco, mantuvieron una media de 45,4 mEq/L; esta media descendió hasta 25,15 mEq/L en aquellos que tomaban diuréticos, siendo esta diferencia significativa en el grupo que tenía Espironolactona junto a otro diuretico, en quienes se observó una natriuria promedio de 15,5 mEq/L.

**CONCLUSIÓN:** La evaluación de la hiponatremia en pacientes con terapia diurética crónica constituye un reto clínico. El sodio en orina mantiene una media >40 mEq/L en todos los pacientes que ingresaron por hiponatremia, sin embargo la toma de diuréticos sobretodo la toma conjunta de espironolactona con otro fármaco, parece disminuir el 65% esta media, hasta llegar a natriurias tan bajas como 15 mEq/L. La potasiuria no parece mostrar diferencias. Se necesitan estudios con una muestra más amplia para confirmar estos resultados.

PC - 8

## DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DIGITAL DE AYUDA A LA PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE FÓRMULAS DE NUTRICIÓN ENTERAL

MIGUEL ÁNGEL MARTÍNEZ OLMOS; IRIA VARELA REY; ANA CANTÓN BLANCO; MARÍA PILAR CAO SÁNCHEZ; VIRGINIA MUÑOZ LEIRA; GONZÁLEZ BARCIA MIGUEL; FERNÁNDEZ-FERREIRO ANXO

S. ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN CHUS; S. FARMACIA CHUS; S. ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN CHUS; S. ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN CHUS; S. ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN CHUS; S. FARMACIA CHUS; S. FARMACIA CHUS

**OBJETIVOS:** El mercado actual de fórmulas de Nutrición Enteral en España es muy amplio y no existe en la actualidad ninguna herramienta que permita la comparativa global de las fórmulas disponibles. El objetivo de este trabajo es desarrollar una herramienta digital de búsqueda cualitativa y cuantitativa de ayuda a la prescripción y dispensación personalizada de fórmulas de Nutrición Enteral.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se desarrolla la estructura de una base de datos única que engloba todas las fórmulas de nutrición enteral comercializadas en España. Las nutriciones se clasifican en fórmulas para adultos, pediatría, metabolopatías o módulos. En los dos primeros grupos se clasifican las fórmulas en función de la cantidad de calorías (hipercalóricas, normocalóricas o hipocalóricas) y proteínas (hiperproteicas, normoproteicas o hipoproteicas), todas ellas con o sin fibra. Se incluye también información sobre la indicación, clasificándolas en estándar o con indicación específica. En el grupo de metabolopatías se clasifican las fórmulas por la enfermedad metabólica a la que van dirigidas y en el grupo de módulos por indicación o por el tipo de nutriente que aportan. En todos los casos se incluye información sobre la presentación comercializada, la vía de administración, el sabor, el laboratorio que las comercializa, el estado de financiación por el Sistema Nacional de Salud, la composición cuantitativa de macronutrientes, la osmolaridad, la presencia de alérgenos de declaración obligatoria, la composición cualitativa de la fórmula e imagen de la presentación. Con toda esta información, se desarrolla un portal web de acceso público -previo registro- que permite realizar las búsquedas con los parámetros y filtros indicados.

**RESULTADOS:** Se obtiene una herramienta de búsqueda cualitativa y cuantitativa con más de 800 formulaciones diferentes de 9 laboratorios distintos. En lo referente al buscador cualitativo, el grupo de adultos y pediatría permite filtrar por 7 categorías que incluyen: calorías, proteínas, fibra, tipo de indicación (incluyendo 11 indicaciones específicas), alérgenos no permitidos, sabor y vía de administración. En el grupo de metabolopatías, permite buscar por 15 enfermedades distintas, alérgenos no permitidos, sabor y vía de administración. Por último, en el grupo de módulos, el buscador permite filtrar por 12 tipos de módulos distintos en función de la indicación o el tipo de nutriente que aportan. En todas las búsquedas, es posible descartar hasta 14 alérgenos y seleccionar entre 11 sabores diferentes. El buscador cuantitativo permite seleccionar aquellas fórmulas que contengan una cantidad específica de macronutrientes (proteínas, hidratos de carbono, azúcares, lípidos, fibra) calorías u osmolaridad, permitiendo delimitar más la búsqueda realizada. El software permite también asociar las nutriciones disponibles en un determinado centro sanitario con respecto al total, permitiendo así búsquedas acotadas.

**CONCLUSIONES:** El software desarrollado es la primera herramienta digital de búsqueda guiada de todas las fórmulas de nutrición enteral comercializadas en España. Por ello, aportará una notable mejora en la búsqueda comparativa y la prescripción personalizada de estas fórmulas.

## PC - 9

### OSTEOMALACIA TUMORAL, UN SÍNDROME PARANEOPLÁSICO POCO CONOCIDO

J COSTAS EIMIL; A. L. REGO IRAETA; J. R. MNEIRO FERNÁNDEZ; L GARCÍA BERNARDO

CHUP; CHUP; CHUP; CHUS

**INTRODUCCIÓN:** La osteomalacia tumoral (OT) es un síndrome paraneoplásico que surge en el contexto de tumores, en su mayoría, mesenquimales benignos. La prevalencia es baja, con unos 1000 casos reportados a nivel mundial, aunque se cree que está infradiagnosticada<sup>1</sup> y es más frecuente entre la quinta y séptima décadas de la vida<sup>2</sup>.

**CASO CLÍNICO:** Paciente de 48 años que consultó por dolor óseo generalizado. En analítica destaca fósforo 1.4 mg/dL (2.5-4.8), calcio corregido 9.1 mg/dL (8.5-10.8), fosfatasa alcalina 319 U/L (30-120), vitamina D 35 ng/mL y PTH 128 pg/mL (12-88). En gammagrafía ósea presentaba lesiones blásticas costales izquierdas. Sospechando enfermedad de Paget, se inicia tratamiento analgésico, vitamina D y bifosfonatos con posterior progresión clínica y radiológica, con múltiples fracturas de estrés en los años siguientes. Ante la sospecha de OT se determinó FGF-23 > 400 RU/mL (hasta 145) y en octreoscan se objetivó un foco de hipercaptación en trocánter femoral izquierdo, con biopsia compatible con un hemangiopericitoma, indicándose su exéresis quirúrgica. En el póster se comenta la complejidad terapéutica y diagnóstica del caso.

**DISCUSIÓN:** La OT consiste en una alteración de la mineralización ósea consecuencia de la sobreproducción tumoral de factor de crecimiento fibroblástico 23 (FGF-23), que condiciona aumento de la excreción renal de fosfatos y una disminución de sus niveles plasmáticos<sup>1</sup>. Se trata de un cuadro clínico insidioso, cuyas principales manifestaciones son el dolor óseo, la debilidad muscular y las fracturas patológicas, por lo que es frecuente que el diagnóstico se retrase. A nivel analítico, encontraremos hipofosfatemia e hiperfosfaturia, con niveles bajos o inapropiadamente normales de 1-25[OH]2D. Actualmente, el 68Ga-DOTATOC-PET es la prueba de imagen con mayor sensibilidad diagnósticas. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa, teniendo como alternativas en casos en los que no se localiza la lesión o esta es irresecable, la suplementación oral con fósforo y calcitriol y la radioterapia/quimioterapia convencionales. Recientemente disponemos del Burosumab, un anticuerpo humano contra FGF23 como una alternativa terapéutica prometedora. Otros tratamientos que están siendo objeto de estudio son el Infigratinib o la terapia con radionúclidos (177Lu-DOTATATE)<sup>2</sup>.

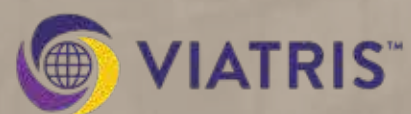
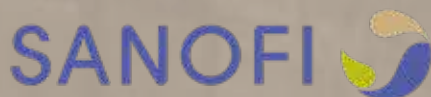
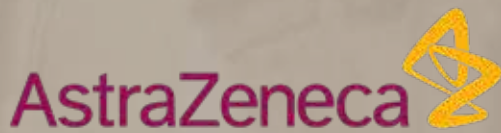
**CONCLUSIONES:** Aunque la OT es infrecuente, ante el hallazgo de hipofosfatemia con hiperfosfaturia adquiridas es importante un correcto diagnóstico diferencial, al tratarse de una patología que disminuye significativamente la calidad de vida de los pacientes y que, además, es potencialmente curable.

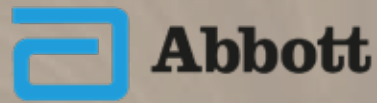
# COLABORADORES

PLATA



BRONCE











[www.sgenm.es](http://www.sgenm.es)

**SECRETARÍA TÉCNICA:**  
**Océano Azul Comunicación**  
[www.oceano-azules](http://www.oceano-azules)