

Endocrinología

Endocrinology

E-1

DE INCIDENTALOMA ADRENAL A FEOCROMOCITOMA BILATERAL EN ENFERMEDAD DE VON HIPPEL-LINDAU. REPORTE DE CASO

ALZA JHONGERT, PAEZ H, FLOREZ C, ROSADO M, ALZA L.

Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Mayor. Bogotá, Colombia.

Introducción. Los Feocromocitomas son tumores neuroendocrinos de células cromafines, secretoras de catecolaminas, pertenecientes al grupo de Paragangliomas, estos a su vez pudiendo ser adrenales o extradrenales.

Reporte de caso. Mujer hispana de 54 años con historia de hipertensión arterial controlada y tabaquismo pesado, sin antecedentes familiares. Asiste a urgencias con dolor abdominal, taquicardia y cifras tensionales elevadas, sospechándose disección aortica, y realizándose tomografía de abdomen con aorta indemne, sin embargo, hallazgo de masas suprarrenales bilaterales compatibles con incidentaloma adrenal. Durante su estudio Normetanefrina y cromogramina A elevadas, altamente sugestivos de Feocromocitoma, para lo cual se realiza estudio genético compatible con enfermedad de von Hippel-Lindau (VHL), y gammagrafía con Meta Yodo Benzilguanidina (MIBG) sin reporte de extensión metastasica. Remitiéndose urología para manejo quirúrgico.

Resultados y discusión. Dentro del enfoque de incidentaloma, se tiene en cuenta: imágenes complementarias como la Resonancia de abdomen, perfil hormonal: cortisol, aldosterona, renina, metanefrinas fraccionadas en orina (con igual rendimiento en suero), y para determinar localización y extensión es de utilidad la gammagrafía con MIBG, así como también la tomografía por emisión de positrones (PET) con 18F-FluoroDeoxyglucosa que posee mejor rendimiento. Adicional a esto, el estudio genético se reserva para pacientes con factores de riesgo (tumor bilateral, metastasico, historia familiar) con el fin de determinar riesgo familiar (genes VHL, RET, NF1 o SDHB/SDHD). Así mismo, es importante resaltar que en la enfermedad de VHL, el feocromocitoma se presenta en el 10-20 %, siendo frecuentemente bilateral en este grupo de pacientes, y teniendo como tratamiento de elección la resección, por aumento en el riesgo cardiovascular.

Conclusión. Es importante identificar oportunamente este tipo de tumores, con el fin de llevar a cabo su tratamiento, dado que muchos son hipersecretoras de catecolaminas, conllevando a aumento de morbimortalidad cardiovascular.

E-2

SÍNDROME CONSTITUCIONAL DE ORIGEN CENTRAL, UNA CAUSA ENDOCRINOLÓGICA OLVIDADA EN EL ADULTO MAYOR. REPORTE DE UN CASO

PINILLA LEIDY SAMARA, SARMIENTO JG, CASTAÑEDA HA, SILVA JD, CHEN X, PATIÑO CJ.

Universidad Autónoma de Bucaramanga, FOSCAL- Endoriente, Bucaramanga, Colombia.

Mujer de 68 años, sin antecedentes patológicos importantes, con cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por astenia progresiva marcada y vómito persistente (4-6 veces durante la madrugada) con pérdida de peso de 12 kg asociado a poliuria y nicturia que la llevan a consultar en varias oportunidades al servicio de urgencias. Al examen físico presentaba TA: 138/66 mmHg FC: 92 lpm FR: 19 por min T: 35.5°C Peso 55kgs (Inicial 67kg), mucosa oral seca, sin lesiones en piel con un examen físico por lo demás normal. En los estudios paraclínicos se evidenció Sodio Sérico 150mmol/L, Potasio: 4.27 mmol/L, Glicemia: 89mg/dl uroanálisis con densidad: 1004, Osmolaridad urinaria calculada 140mOsm/kg, Osmolaridad Efectiva 293mOsm/kg, TSH: 2.79uUI/ml, T4L:0.542ng/dl, Cortisol sérico: 5.8 ug/dl, Prolactina sérica 78ng/ml. Se hizo diagnóstico de Hipotiroidismo central y falla adrenal secundaria en el contexto de Panhipopituitarismo asociado a Diabetes insípida. Recibió manejo inicialmente con Hidrocortisona y Desmopresina nasal el primer día adicionándose al segundo día levotiroxina por riesgo de crisis adrenal con buena evolución clínica y paraclínica. Se realizó Resonancia magnética contrastada de silla turca con evidencia de Lesión expansiva de aspecto tumoral de contenido quístico-sólido infra y supraselar con desplazamiento del quiasma óptico y compromiso del tallo hipofisario con alta probabilidad de tratarse de un Craneofaringioma por el componente heterogéneo descrito, predominantemente supraselar característico de este tipo tumor y su asociación con diabetes insípida más que con Adenomas hipofisarios. El reporte de patología e inmunohistoquímica confirmaron el diagnóstico de Craneofaringioma Grado I y la resonancia magnética control mostró resección tumoral completa, con mejoría clínica y aumento de peso aproximadamente de 7kgs en los últimos 2 meses.

E-3**HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO SOBREPUESTO A ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA MANIFESTADO COMO HIPERCALCEMIA SEVERA. REPORTE DE CASO**

OLARTE AM, NAVAS JA, CASTAÑEDA HÉCTOR ANDRÉS, SILVA JD, MELÉNDEZ PA, OLARTE CD.

Fundación Oftalmológica de Santander, Clínica Carlos Ardila Lulle (FOSCAL), Universidad autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia

Paciente masculino de 57 años, consulta por cuadro insidioso de 6 meses de evolución consistente en mareo, astenia y adinamia progresiva. Los síntomas han progresado, empeorando en las últimas 2 semanas con embotamiento afectivo, poliuria, polidipsia y polifagia; adicionalmente constipación. El paciente es hipertenso, obeso grado I y dislipidémico, la hemoglobina glicosilada y glicemia en ayunas descartan diabetes mellitus. Se maneja con losartan y orlistat. En el siguiente mes, se evidencia empeoramiento de la función renal, previamente normal. Una ecografía doppler de vasos renales que descarta estenosis renal. Queda el paciente con ERC de etiología a esclarecer. Valores de calcemia 14 mg/dL, por lo que abordando la hipercalcemia se solicita hormona paratiroidea en suero (PTH) encontrando valores en 1058 pg/mL. Se inicia manejo con bifosfonato, calcitonina nasal e hidratación oral. Ecografía de tiroides evidencia aumento de paratiroides izquierda. Se admite paciente en el servicio de urgencias por persistencia de hipercalcemia y síntomas, en gammagrafía paratiroidea se muestra adenoma paratiroideo superior derecho, se procede a realizar paratiroidectomía del adenoma con tamaño de 4cm por 2 cm. Durante el postoperatorio se toman las medidas profiláctica para evitar la hipocalcemia, administrando gluconato de calcio, carbonato de calcio y calcitriol. Tuvo en el primer y segundo día postoperatorio calcemia de 8 a 8.5 mg/dL, retirando el aporte endovenoso. En tercer día postoperatorio, debuta con palpitaciones, disconfort torácico, hallándose en electrocardiograma una arritmia supraventricular tipo fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida, sin otros hallazgos. Se descartan otras causas de precordalgia. Los niveles de TSH 0.019 UI/L, t4 libre: 3,54 ng/dL T3 total: 103 ng/dL considerando tirotoxicosis bioquímica postoperatoria, se indica anticoagulación, propafenona y betabloqueador. Una vez resuelta la fibrilación auricular, los niveles de T4 libre, calcemia y creatinina mejoraron. La evolución fue satisfactoria, continuando controles ambulatorios.

E-4

PANCREATITIS SECUNDARIA A HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA, A PROPÓSITO DE UN CASO

PRADA MAYRA, HIGUERA J, SARMIENTO J, MENDOZA J.

FOSCAL, Bucaramanga, Colombia.

Introducción. La pancreatitis aguda es un proceso inflamatorio del páncreas con múltiples etiologías siendo las más frecuentes la patología biliar obstructiva y el consumo de alcohol (más del 50 % de los casos).

A continuación se presenta un caso de pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia que requirió tratamiento con infusión de insulina y plasmaféresis.

Diseño. Descriptivo

Método. Descripción de caso clínico

Resultados. Masculino de 46 años con Diabetes mellitus tipo 2, obesidad grado I (IMC: 30,1 kg/m²), dislipidemia, pobre adherencia al tratamiento farmacológico y 4 episodios de pancreatitis previa descartándose patología biliar obstructiva, sin consumo de alcohol. Ingresó al servicio de urgencias por clínica de 7 horas de dolor abdominal tipo cólico en epigastrio de intensidad 8/10 el cual se irradia en banda a región dorsal, asociado a emesis en 12 episodios de contenido gástrico, al examen físico con múltiples xantomas a nivel de pared abdominal y dorsal, con dolor a la palpación de epigastrio.

Se realiza ecografía y tomografía abdominal con pancreatitis aguda balthazar C y vía biliar normal. Paraclínicos de extensión revelan niveles de triglicéridos en 8211 mg/dl y HbA1c en 12%, se inició manejo con infusión de insulina cristalina con síntomas persistentes y triglicéridos de control de 7380 mg/dl, por lo cual requirió realización de plasmaféresis con triglicéridos de control 780 mg/dl con mejoría de síntomas.

Conclusión. La pancreatitis aguda es una de las manifestaciones de la hipertrigliceridemia severa (Triglicéridos mayor a 1000 mg/dl) y una de las complicaciones más graves, comprende cerca del 2 al 5% de las pancreatitis agudas. No hay diferencias de las manifestaciones con respecto a los otros tipos de pancreatitis. El tratamiento no varía pero es necesario disminuir los triglicéridos.

E-5

USO DE LITIO Y ANORMALIDADES TIROIDEAS

OSORIO CORREA CINDY VERÓNICA, BRAVO-PADILLA V, SANTRICH M, VELASCO-PAREDES M, DUQUE JJ, CASANOVA ME, ABREU-LOMBA A.

Universidad Libre Cali, Colombia, Centro Médico Imbanaco, Cali Colombia.

Introducción. El litio tiene un efecto modulador del afecto y es un medicamento ampliamente utilizado para el tratamiento de pacientes con trastornos bipolares. La evidencia acumulada ha demostrado que su exposición se asocia a diversas formas de disfunción tiroidea como bocio, hipotiroidismo, hipertiroidismo y tiroiditis autoinmune. A pesar de la evidencia recolectada y los años en el mercado, las anomalías tiroideas en los pacientes expuestos al medicamento continúan teniendo gran relevancia clínica.

Diseño. Estudio descriptivo de casos.

Metodología. Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de 11 pacientes consultantes al servicio de Endocrinología de una Institución en el Occidente de Colombia y que recibían tratamiento con litio para trastornos bipolares. Se recolectó información de edad, sexo, presencia de bocio difuso por ecografía, patología tiroidea, valores de TSH, T4 Libre, Anticuerpos (Ac) Antioglobulina y Antimicrosomales y niveles séricos de litio.

Resultados. Nueve pacientes (82%) fueron mujeres, el promedio edad de la muestra fue 50 años(SD:12.4), la duración del tratamiento con carbonato de litio fue 4.9 años(SD3.7). Diez(90%) presentaron bocio, tres(27%) hipertiroidismo, ocho(73%) hipotiroidismo, la mediana de Ac antioglobulina fue de 72.5 U/ml rango(8-234), de Ac antimicrosomales fue 474U/ml rango(9-1345), de TSH 12uIU/ml rango(0.1-36), de T4 Libre 0.92ng/dl rango(0.56-34), de niveles de litio 1.1mEq/L rango(0.7-1.5), la mediana del tiempo de uso de litio hasta el diagnóstico de hipotiroidismo fue de 4.5 años rango(1-13) y de hipertiroidismo fue de 2 años rango(1-8).

Conclusión. La evidencia acumulada indica una asociación entre el uso de litio y alteraciones de la función tiroidea. Los pacientes analizados presentan diversos grados y tipos de alteraciones tiroideas. Aunque el hipotiroidismo y el bocio son las anomalías más prevalentes, los resultados sugieren que el hipertiroidismo también puede ser una alteración frecuente en la población que recibe este tratamiento.

E-6

EXENATIDE EN PACIENTES ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

ABREU A, RÍOS C, BALCÁZAR CARLOS MARIO, MILLÁN W, BASTIDAS O, CASANOVA ME, VELASCO M.

Universidad Libre y Centro Medico Imbanaco, Cali, Colombia.

Introducción. La diabetes Mellitus tipo 2-DM2 representa un desafío terapéutico en mayores de 60 años. Los agonistas de GLP-1, impactan favorablemente al modificar factores de riesgo cardiovascular, el exenatide, mejora la adherencia, por su aplicación semanal.

Diseño. Estudio descriptivo de cohorte retrospectivo realizado entre junio 2013 - junio 2016, seguimiento a un año, 4 visitas, en un centro de alta complejidad.

Metodología. Se incluyeron 39 pacientes ambulatorios con DM2 mal controlada, a los que se adiciono al tratamiento, exenatide 2mg/semanal. Se obtuvieron mediciones repetidas en el tiempo de HbA1c, glicemia basal, peso, indice de masa corporal-IMC y tension arterial-TA. Se compararon por T-Test pareada, se realizaron ecuaciones de estimacion generalizada y predicciones cuadraticas con intervalos de confianza.

Resultados. La edad promedio fue 71 años, tiempo de DM2 de 7.6 años. El tratamiento combinado con exenatide mostró disminucion promedio de: HbAC1 de 1.7%: 8.9% valor de ingreso y 7.2% a los 12 meses, IC 95%, 1.45-1.94, $p < 0.000$; glicemia 106 mg/dl, IC 95%, 87-125, $p < 0.0000$; TAS 15.6 mmHg, IC 95% 8.6-22.6, $p 0.0002$ y TAD 5.8 mmHg IC 95%, 2.8-8.7, $p 0.0002$. El mayor descenso de la HbAC1 se presentó entre la visita 1 y 2. No se presentaron eventos adversos serios.

Conclusión. El Exenatide, constituye una opción terapéutica favorable en pacientes diabéticos mayores de 60 años, con impacto en la tensión arterial.

E-7

LIRAGLUTIDE EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2. ESTUDIO DE LA VIDA REAL

BALCAZAR CARLOS MARIO, ABREU A, CASTAÑO O, RÍOS C, GARCÍA AF, CASANOVA ME, VELASCO M.

Universidad Libre y Centro Medico Imbanaco, Cali, Colombia.

Introducción. La Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 se ha duplicado en los últimos 20 años, la aparición de análogos del péptido similar al glucagón tipo 1 (GLP-1) como el Liraglutide, ha demostrado impacto en el control metabólico de pacientes con esta patología.

Diseño. Estudio descriptivo de cohorte retrospectivo entre Enero de 2013 y Junio de 2016, con seguimiento a un año en un centro de alta complejidad.

Metodología. Se incluyeron 85 pacientes ambulatorios con DM tipo 2, mal controlados, a los cuales se les adiciono al tratamiento, Liraglutide 1.8 mg subcutáneos al día. Se obtuvieron las mediciones repetidas en el tiempo de HbA1c, glicemia basal, peso, índice de masa corporal y tensión arterial durante el seguimiento. Se compararon por medio de T-Test pareada y se realizaron ecuaciones de estimación generalizada y predicciones cuadráticas con sus respectivos intervalos de confianza ajustados.

Resultados. 58% fueron mujeres, promedio de edad 59 (DE±14.2) años, tiempo de enfermedad 6.4 (DE±4.3) años. El tratamiento de terapia combinada con Liraglutide mostro disminución en promedio de: 1.8% en HbA1c (9.1% al ingreso y 7.3% a los 12 meses) (IC 95%, 1.52-2.04; P<0.0001); 73 mg/dL en glicemia basal (IC 95%, 60.29-84.88; P<0.0001); 5.1 Kg en el peso (IC 95%, 4.66-5.53; P<0.0001), índice de masa corporal en 1.6 puntos (IC 95%, 1.44-1.71; P<0.0001) y tensión arterial sistólica en 6.7 mmHg (IC 95%, 0.90-12.45; P=0.024). El 27% presentó náuseas y el 18% dolor abdominal, sin presentarse eventos adversos serios.

Conclusión. El tratamiento combinado con Liraglutide 1.8 mg/día demostró un adecuado control metabólico, sin incrementar los eventos adversos serios en pacientes con DM tipo 2.

E-8**EFICACIA Y SEGURIDAD DEL RÉGIMEN BASAL BOLO EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 (DM2) HOSPITALIZADOS EN SALA GENERAL EVALUADO POR MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA (MCG)**

GÓMEZ MEDINA ANA MARÍA, HENAO CARRILLO DIANA, IMITOLA MADERO ANGÉLICA, RONDON MARTÍN, ROBLEDO GÓMEZ MARIA ALEJANDRA, MUÑOZ OSCAR, REBOLLEDO MARTIN, GARCÍA-JARAMILLO M, LEÓN-VARGAS F, UMPIERREZ GE.

Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Departamento Endocrinología Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Departamento Ingeniería, Universidad EAN, Bogotá, Colombia.

Departamento Ingeniería, Universidad Antonio Nariño, Bogotá, Colombia.

Departamento de Medicina, Emory University, Atlanta, GA, USA.

Division de Endocrinología, metabolismo y lípidos, Emory University, Atlanta, GA, USA.

Introducción. El esquema basal bolo está recomendado para el manejo de DM2 en sala general, sin embargo, la hipoglucemia es una barrera para su implementación. El MCG es más efectivo en detección de hipoglucemia comparado con glucometría capilar.

Objetivo. Evaluar eficacia y seguridad del régimen basal bolo utilizando MCG en DM2 en sala general según parámetros de la *American Diabetes Association* (ADA) 2017 y determinar factores asociados a hipoglucemia.

Métodos. Cohorte observacional prospectivo. Se analizó número de eventos de hipoglucemia, AUC <54 mg/dl, porcentaje de tiempo <54 mg/dl, <70 mg/dl, tiempo en metas (140 – 180 mg/dl) y métricas de variabilidad glucémica, así como factores asociados a hipoglicemia.

Resultados. Se analizaron 38 pacientes de 66.1 ± 8.6 años de edad, IMC 26.5 ± 4.9 Kg/m². La HbA1C y glucosa promedio al ingreso fueron $9.26 \pm 2.62\%$ y 254 ± 11 mg/dl, respectivamente. La principal causa de hospitalización fue infección (36.8%). La incidencia de eventos <70 mg/dl y <54 mg/dl fue 0.032 y 0,059 eventos/paciente, respectivamente. Porcentaje de tiempo <70 mg/dl fue 0.263/día y AUC < 70 mg/dl fue 0.029 mg/dl x día. El tiempo en metas se incrementó, logrando 72,16% el primer día hasta 89.4% al final del estudio. Factores asociados a eventos <70 mg/dl: disminución de IMC (0.17 eventos, p=0.021), por cada 10 mg/dl de disminución de glicemia intersticial promedio (0.11 eventos, p=0.026) y aumento de 10 puntos en DS y CV, (0.45 eventos, p=0.012) y (0.74 eventos, p= 0.015) respectivamente.

Conclusiones. La terapia basal bolo es efectiva en pacientes hospitalizados con DM 2 en sala general con baja incidencia de hipoglicemia determinada por MCG. El aumento de DS y CV, la disminución de la glucosa intersticial promedio y la disminución del IMC se asoció a eventos <70 mg/dl.

E-9**REDUCCIÓN DE LA VARIABILIDAD GLUCÉMICA (VG) A LAS 12 DE SEMANAS DE TRATAMIENTO CON INSULINA DEGLUDEC (IDEG) EN INDIVIDUOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 1 (DM1) Y TIPO 2 (DM2) CON HIPOGLUCEMIA MEDIDA POR MONITOREO CONTINUO DE GLUCOSA (MCG) RETROSPECTIVO**

HENAO-CARRILLO DC, GÓMEZ ANA MARÍA, MUÑOZ O, RONDON M, COLON C, RUBIO C, LEÓN F.

Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Departamento Endocrinología, Hospital Universitario San Ignacio. Departamento Ingeniería, Universidad EAN. Bogotá, Colombia.

Introducción. IDeg, permite lograr metas de control glicémico con menor riesgo de hipoglucemia. VG es un factor de riesgo independiente de hipoglucemia.

Objetivo. Comparar VG basal y 12 semanas posterior a inicio de IDeg, medida por MCG retrospectivo, en pacientes con DM1 y DM2 e hipoglucemia.

Metodología. Estudio Clínico no controlado, antes y después. Se incluyeron pacientes con antecedente de hipoglucemia clínicamente significativa (<54 mg/dl) o alerta de hipoglucemia (<70 mg/dl) en terapia con análogo de insulina basal – bolo o basal y antidiabéticos orales (ADO), que fueron cambiados IDeg. Se realizó MCG de 6 días basal, y 12 semanas posteriores a inicio de tratamiento con IDeg. Se analizaron los pacientes con coeficiente de variación (CV%) >34% comparando variables clínicas y métricas de variabilidad.

Resultados. Se reclutaron 63 pacientes. Se analizaron 35 pacientes con CV% >34%. 71,4% con DM2 de $19,7 \pm 9,8$ años de evolución, 74% en tratamiento con esquema basal bolo. El CV% disminuyó de $34,6 \pm 10,8$ a $25,4 \pm 8,07$ [95% IC (6,7-11,5) p <0,0001] y DS $52,7 \pm 8,07$ a $38,1 \pm 18,5$ [95% IC (9,2-20,0) p <0,0001]. Disminuyeron los eventos de hipoglucemia (<54 mg/dl) global [RR 0.38 (IC 95% (0.24 – 0.62)] y nocturna [RR 0.43 (IC 95% 0.32 – 0.62)]. HbA1c disminuyó de 7,99 a 7,19 p = 0,002, y DDT $0,45 \pm 0,37$ p,022.

Conclusiones. IDeg disminuye VG en DM inestable a las 12 semanas, con reducción de eventos de hipoglucemia clínicamente significativa global y nocturna, con reducción HbA1c y disminución del requerimiento de insulina.

E-10

FEOCROMOCITOMA COMO CAUSA DE HIPERTENSIÓN SECUNDARIA EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1

RAMÍREZ CRISTHIAN, PINZÓN A, CORREA S.

Universidad Surcolombiana, Semillero de investigación en Medicina Interna (SIMI), Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva, Colombia.

La neurofibromatosis tipo 1 es un síndrome autosómico dominante causado por mutaciones en el gen NF1 cuyo producto génico se relaciona a proteínas supresoras de tumores, por esto la pérdida de su expresión incrementa el riesgo de neoplasias a edad temprana.

Presentación del caso. Paciente masculino de 32 años con neurofibromatosis tipo 1 quien consulta por con dolor torácico típico asociado a cifras tensionales elevadas. Tenía antecedentes de epilepsia e hipertensión arterial. Durante la evolución persistió con cifras tensionales elevadas de difícil control asociadas a episodios de ansiedad, diaforesis, taquicardia y dolor torácico. Se consideró buscar causas de hipertensión secundaria y al realizar estudios imagenológicos se evidenció presencia de masa en glándula suprarrenal derecha que junto a las pruebas de metanefrinas libres en plasma elevadas configuraron el diagnóstico de feocromocitoma. Se indicó manejo quirúrgico con pronta mejoría de sintomatología.

Discusión. Hay pocos casos de feocromocitoma en pacientes con neurofibromatosis tipo 1, sin embargo este puede corresponder a aproximadamente 5% de los cánceres de estos pacientes, su presentación clínica incluye hipertensión arterial y la tríada clásica que puede variar de acuerdo a los niveles de catecolaminas.

E-11

EVOLUCIÓN SOMATOGRÁFICA DE PACIENTES OBESOS SOMETIDOS A DIETA HIPOCALÓRICA

DÍAZ DE MAYORGA CARVAJAL M*, GALERA PIÑERO E*, ARTETA ARTETA DONALDO S*.

**Facultad de CC. Experimentales. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla, (España).*

Introducción. La obesidad se constituye como la enfermedad metabólica con mayor prevalencia en todos países. En el informe de la OMS de 2012 se concluyó que cada año fallecen 2,8 millones de personas debido a sobrepeso u obesidad. En 1940 Sheldon propuso un método en el cual definía por primera vez el somatotipo como una clasificación de los 3 componentes primarios, el cual fue modificado por Bárbara Heath y J.E.L. Carter en 1964 y que habitualmente se usa en deportistas.

Diseño. Estudio prospectivo para valorar si mediante una dieta hipocalórica varía la composición corporal de pacientes obesos que rutinariamente no realizan ejercicio físico.

Metodología. Se evalúan 20 personas (10 hombres y 10 mujeres), con un IMC > 30 en 3 ocasiones (Nov/16, Ene/17 y Abr/17). Se someten por 6 meses a una dieta hipocalórica equilibrada (1800-2000 kcal hombres; 1300-1500 kcal mujeres. Distribución de macronutrientes: 55-60% CHO; 15-20% proteínas y 25-30% grasas). Finalmente, se les calculó el somatotipo en cada sesión, y se elaboró la somatocarta.

Resultados. Se hallaron datos iniciales de edad ($X \pm DE$): $42,9 \pm 12,3$ años; Talla: $168,97 \pm 6,5$ cm; Peso inicial(_i): $99,3 \pm 12,9$ kg; Peso final(_f): $75 \pm 7,9$ kg; IMC_i: $34,7 \pm 3,2$ kg/m²; IMC_f: $26,2 \pm 1,5$ kg/m²; Endomorfismo_i: $7,7 \pm 1$; Endomorfismo_f: $6,9 \pm 0,8$; Mesomorfismo_i: $7,9 \pm 1,3$; Mesomorfismo_f: $6,6 \pm 1,2$; Ectomorfismo_i: $0,5 \pm 0$ y Ectomorfismo_f: $0,9 \pm 0,4$. A través de estas 3 últimas variables se ha calculado X e Y para representar los resultados en una somatocarta, obteniendo un X_i: $-7,1 \pm 1$; X_f: $-6 \pm 1,1$; Y_i: $7,6 \pm 2,1$ e Y_f: $5,3 \pm 2,2$. Todos significativos con t de Student.

Conclusión. Una dieta baja en calorías seguida durante 6 meses reduce el IMC en obesos, disminuyendo los componentes endomórfico y mesomórfico y aumentando el componente ectomórfico del somatotipo de Heath-Carter.