

## Endocrinología

### Endocrinology

#### E-1

#### RABDOMIOLISIS POR ESTATINAS EN UN PACIENTE CON HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO

CHAVARRÍA ALEJANDRO, ESCOBAR CAMILO, MONTOYA PABLO.

**Introducción.** El hipotiroidismo como factor de riesgo para sensibilidad a las Estatinas está cada vez más claramente descrito, la gravedad del compromiso muscular al punto de llevar a Rabdomiólisis y debilidad muscular es rara.

**Diseño y métodos.** Reporte de caso

**Resultados.** 67 años con antecedentes personales de Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hiperplasia prostática y dislipidemia. Venía tomando Atorvastatina 40mg/día hace aproximadamente 2 años. Consulta por dos meses de evolución consistente en, pérdida progresiva de la fuerza proximal en miembros superiores e inferiores, asociado a mialgias, estable hemodinámicamente auscultación cardiopulmonar, fuerza 4/5 proximal, ROT ++. Paraclínicos mostraron: CPK total: 17030 U/L. Cr 0.74 g/dl, TSH: 10.62 mU/L, ALT: 331 U/L AST: 239 U/L BT: 0.71 mg/dl BD: 0.25 mg/dl. Ca: 9 mg/dl Cl: 108 mmol/L Potasio; 3.8 mmol/L Sodio; 142 mmol/L, HB: 15g/dl HTO: 44.3% leucocitos; 6238 cels/mm<sup>3</sup> PMN: 53.4% LINF: 36.9% PLQ: 239000 cels/mm<sup>3</sup>. T4: 0.82 ng/dl. T3: 0.82 ng/ml (0.58-1.59). Hepatitis BAgS: 0.35 S/CO, Core: 0.11 S/CO. Hepatitis C: Negativo. Baciloscopias: No se observan BAAR. ANA: Negativos. C3: 129 mg/dl, C4: 28.4 mg/dl. ENA: Negativo JO1: Negativo. TAC toracoabdominal: adenopatías mediastinales, electromiografía: Normal. Seguimiento de CPK - 08/05: 4200 U/L - 07/05: 5408 U/L - 06/05: 6157 U/L - 05/05: 5759 U/L - 04/05: 5832 U/L 01/05: 5566 U/L

**Conclusiones.** Paciente con Rabdomiólisis asociada a estatinas e hipotiroidismo como posible predisponente, la falta de anticuerpos con HGMcoa reductasa limita el diagnóstico de la miopatía necrosante autoinmune por estatinas. La función tiroidea en el paciente se vaya a usar estatinas de manera crónica se debe considerar como factor que afecta la tolerancia a este importante grupo de medicamentos.

## E-2

### REMISIÓN DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 SEGÚN LOS CRITERIOS DE LA ADA POS CIRUGÍA BARIÁTRICA METABÓLICA.

**MENDEZ ROCA ROGER**, TORRES G. ANTONIO , SÁNCHEZ P. ANDRÉS, MÉNDEZ JUAN DAVID , ZULBARÁN LAURA, GONZÁLEZ FELIX.

*Hospital Clínico “San Carlos” de Madrid. Madrid, España.*

**Objetivo:** Mostrar los resultados de la remisión de la Diabetes Mellitus tipo 2 pos cirugía Bariátrica según la Asociación Americana de la Diabetes (ADA).

**Metodología y diseño:** Estudio retrospectivo, en 97 pacientes Diabéticos con obesidad, a quienes se le realizaron Derivación Biliopancreática , SADI-S , Bypass gástrico y Manga Gástrica en el hospital clínico de Madrid, desde al año 2000 hasta el 2009 con seguimiento hasta el 2011 . Se aplicaran los criterios de ADA para estimar la remisión de DM2.

**Resultados:** El 62,9% fueron Mujeres, La edad promedio fue de 51,8 años ; 32 casos ( 33% ) se le realizo Derivación Biliopancreática ; 30 casos ( 30,9% ) Bypass Gástrico; 7 casos (7,2%) Sleeve Gástrico y 28 casos ( 28,9% ) el SADI-S. Según los criterios de la ADA. Hubo 51 casos (54,3%) de remisión completa; 22 casos (23,4%) de remisión parcial; en 21 pacientes (22,3%) no hubo remisión y el 56,7% alcanzaron la Remisión prolongada. se presentó en 12 pacientes (12,8%) reaparición de la DM2.

**Conclusiones:** La remisión global ( Remisión Completa + Remisión parcial ) en la literatura es > del 77%, en nuestro estudio fue del 77,7%. La cirugía Bariátrica Metabólica sigue demostrando que es el tratamiento mas efectivo para lograr la remisión de la DM2 y producir un mejor control glicémico Los criterios de ADA , siguen siendo uno de los mejores parámetros para demostrar los resultados de los efectos de la cirugía Bariátrica metabólica en el tratamiento de la DM2.

## E-3

### CARACTERIZACION DE LOS PACIENTE CON FRACTURAS POR FRAGILIDAD EN UN HOSPITAL DE CARTAGENA, COLOMBIA

NAVAS DIANA, GUERRA JOSÉ, MENDOZA LUIS, BELLO ARIEL.

*Hospital Universitario del Caribe. Cartagena. Colombia*

**Introducción.** La fractura por fragilidad suele ser indicativo de osteoporosis y representa un problema de salud pública. Las consecuencias pueden ser desastrosas en términos de morbimortalidad. La asociación de factores de riesgo independientes de la densitometría ósea (DMO) aumenta el riesgo de fractura y podrían utilizarse en estrategias de búsqueda de casos. El interés radica en aquellos que contribuyen más allá de lo que proporcionan las mediciones de la densidad mineral ósea o la edad y de particular importancia en el ámbito de atención primaria considerando la posibilidad de reversibilidad mediante intervención.

**Metodología:** Estudio clínico observacional, descriptivo, transversal, unicéntrico en pacientes con fractura por fragilidad entre Enero y Diciembre de 2018 en Cartagena describiendo sus características clínicas y epidemiológicas.

**Resultados:** Se obtuvieron 293 pacientes con edad media 72,2 años, principalmente de sexo femenino. Como factores de riesgo predominantes se encontraron bajo nivel socioeconómico, presencia de comorbilidades dentro de las cuales la más frecuente fue hipertensión (36.2%) seguida de diabetes (13.3%) y deformidades en columna (7.2%). Característicamente se presentó historia de caída en 9.6% y llamativamente residentes de hogar geriátrico. El 37% presento anemia, alteraciones en el metabolismo de carbohidratos y función renal.

La Fractura más frecuente fue en radio (46,4%) con predominio de patrón lineal. El abordaje terapéutico posterior al evento solo se dio en el 5% y en el 3.7% de forma adecuada.

**Conclusión:** Existen múltiples factores de riesgo para las fracturas por fragilidad; sin embargo, la conciencia de enfermedad por parte del personal médico y de los pacientes debilita las acciones encaminadas a la prevención de recurrencias y de la progresión de la osteoporosis como etiología. Este estudio enfatiza la necesidad de programas de educación en osteoporosis y prevención de fracturas por fragilidad.

## E-4

### HIPERTRIGLICERIDEMIA SEVERA, MANEJO CON INSULINA CRISTALINA Y HEPARINA DE BAJO PESO, REPORTE DE UN CASO

**PADILLA ANGÉLICA, QUINTERO JORGE.**

*Clínica Portoazul. Barranquilla, Colombia.*

**Introducción.** Existen pocos reportes en la literatura del manejo de la hipertrigliceridemia severa en pacientes no diabéticos y sin pancreatitis aguda, pero con alto riesgo de complicaciones. Reportamos un caso de una mujer de 38 años no diabética, con cuadro de hipertrigliceridemia severa inducida por tamoxifeno.

**Diseño:** Estudio observacional

**Métodos:** Reporte de caso

**Resultados y conclusiones:** Se trata de mujer de 38 años con antecedente de cáncer de mama receptores hormonales positivos her 2 negativo, en manejo con tamoxifeno, quien presenta en estudios de rutina laboratorios que reportan triglicéridos de 4170 mg/dl, asintomática. Por alto riesgo de pancreatitis aguda se decide hospitalizar y se hace manejo con insulina cristalina en infusión a razón de 1 U/h y heparina de bajo peso molecular a dosis de 1mg/kg cada 12 horas, se monitoriza con glucometrias y se mantiene con niveles de glucosa mayores de 100 mg/dl con solución glucosada al 10%. Se suspende tamoxifeno. se hace seguimiento de triglicéridos a las 36 horas con reporte de 1600 mg/dl, se decide egreso medico con formula de insulina glargina 0,12 U/kg, heparina de peso molecular 1mg /kg cada 12 horas por 5 días, fibratos a dosis estándar, omega 3 y modificación de estilo de vida, con triglicéridos control a los 7 días de 630 mg/dl. Se mantuvo sin tamoxifeno hasta lograr triglicéridos menores de 500 mg/dl, este se reinicia manteniendo triglicéridos en descenso. Se mantiene manejo con insulina glargina, fibratos y omega 3 hasta llevar triglicéridos a la normalidad.

**Conclusiones.** Se considera que el manejo combinado con insulina, heparina de bajo peso molecular, fibratos y omega 3, tiene un efecto benéfico en los pacientes con hipertrigliceridemia severa no diabéticos, siendo importante la realización de estudios analíticos para comprobar esta hipótesis.

## E-5

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA RESISTENTE, SÍNDROME DE CUSHING Y ADENOMA CORTICAL SUPRARENAL, REPORTE DE CASO

**AGUDELO CARLOS, ZULUAGA JUÁN, BOTERO MARÍA, VALENZUELA ALEX.**

*Servicio de Medicina Interna y Endocrinología, Fundación Cardioinfantil. Universidad del Rosario. Bogotá D.C., Colombia.*

**Introducción.** La hipertensión afecta a 1 de cada 4 adultos en el mundo desarrollado, si bien en la mayoría de los casos es *esencial* o *idiopática*, puede detectarse una causa en aproximadamente 15% de la población hipertensa. Se produce hipertensión en el 75% - 80% de los pacientes con síndrome de Cushing .

**Diseño y metodos.** Reporte de caso:

**Resultados.** Paciente femenina de 40 años de edad, historia de hipertensión arterial en manejo con losartán 50mg cada 12 horas, amlodipino 10 mg día, furosemida 40mg día. Ingresa a la institución por cuadro clínico de 3 días de evolución de cefalea holocraneana intensidad severa. Al examen físico tensión Arterial 210/120 mmHg, obesidad grado II, facies de luna llena, hirsutismo y estrías violáceas en abdomen. Tomografía axial computada (TAC) de cráneo simple de ingreso normal. Creatinina y electrolitos, relación aldosterona renina y hormona adrenocorticotropa normal. Cortisol en orina de 24 horas reporta elevado 2 veces por encima del límite superior normal (tomado en dos ocasiones). TAC de abdomen reporta lesión focal redondeada bien definida y homogénea de 23 x 18 mm dependiente de glándula suprarrenal derecha. Biopsia compatible con adenoma cortical. Se hace diagnóstico de síndrome de Cushing secundario a adenoma cortical de glándula suprarrenal derecha. Posterior a adrenalectomía paciente mejora cifras tensionales con suspensión de antihipertensivos y disminución de peso.

**Conclusiones.** El diagnóstico de hipertensión secundaria de hipertensión endocrina presenta al médico una oportunidad para proporcionar un manejo quirúrgico o para alcanzar una respuesta notoria con terapia farmacológica dirigida.

## E-6

### HIPERALDOSTERONISMO PRIMARIO E HIPOFUNCIÓN ADRENAL EN HIPERTENSION ARTERIAL SECUNDARIA

MOSCOSO ERNESTO, TORRES ANDRES

*Clínica Universitaria Colombia, Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** La hipertensión arterial (HTA) es una manifestación común de múltiples desordenes endocrinos. En adultos jóvenes menores de 40 años, la frecuencia de origen endocrino secundario es cercana a un 30%.

**Diseño y métodos.** Presentación de caso.

**Resultados.** Paciente femenina, 37 años, remitida a consulta de endocrinología por evaluación por cifras tensionales elevadas (175/124 mmHg) en evaluación prequirúrgica, además de niveles plasmáticos de renina (CPR) bajos (0,9 pg/mL) e hipocaliemia de forma recidivante. Se realiza evaluación de relación concentración plasmática aldosterona (CPA) / (CPR); relación concentración / actividad 82.28, relación concentración/concentración 10.7. Estudio de resonancia magnética de abdomen evidenció una lesión nodular hipodensa en glándula suprarrenal izquierda de 18 mm, concordante con adenoma suprarrenal. Por síntomas de fatiga y debilidad de forma crónica, con evidencia de cortisol AM y PM bajos, es llevada a prueba de respuesta a 1 mcg ACTH y cortisol medido de 18 mg/dL (< 23 mg/dL). Discusión: la HTA secundaria a origen endocrino es infrecuente, entre las diversas causas de origen endocrino la mediada por mineralocorticoides es la más frecuente, correspondiendo al 90% de los casos, siendo la presencia de adenoma e hiperaldosteronismo primario (HAP) el caso más frecuente. A pesar de lo mencionado persisten dificultades en su diagnóstico. La evaluación de tamizaje inicial es el cálculo de la relación entre CPA y CPR. La coexistencia de hiperfunción e hipofunción en diferentes capas adrenales es muy infrecuente, el hiperaldosteronismo más insuficiencia adrenal no es lo esperado, su frecuencia es casi nula.

**Conclusiones.** Se debe recordar la HTA secundaria mediada por mineralocorticoides como causa frecuente de origen secundario de hipertensión. La coexistencia de hiperaldosteronismo e hipercortisolismo es descrita frecuentemente, no siendo el caso para el hiperaldosteronismo e insuficiencia adrenal.

**E-7****PRESCRIPCIÓN DE INHIBIDORES DE LA DPP-4: INDICACIÓN Y EFECTO SOBRE LA HEMOGLOBINA GLICOSILADA EN UN PRIMER NIVEL DE COLOMBIA**

**CASTRILLÓN-SPITIA JUAN DANIEL, BURITICÁ-VEGA VALENTINA, EMURA-VÉLEZ MELISSA HIROMI, RODRÍGUEZ-ESCOBAR MARÍA CAMILA, QUINTANA-DUQUE MARIO ANDRÉS, MACHADO-ALBA JORGE ENRIQUE.**

*Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Pereira, Colombia; Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia. Hospital San Pedro y San Pablo. La Virginia, Colombia.*

**Introducción.** En Colombia se recomiendan los inhibidores de la Dipeptidil Peptidasa-IV (iDPP4) como segunda opción. No se ha evaluado el cumplimiento e impacto de esta recomendación. Se buscó determinar la prescripción de los iDPP4 según las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica colombiana para el manejo de la diabetes mellitus tipo 2, y su efecto sobre la hemoglobina glicosilada (HbA1c).

**Diseño.** Estudio observacional, descriptivo longitudinal.

**Métodos.** Incluyó pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que consultaron a un primer nivel de atención entre los años 2016 y 2019, y tenían formulado un iDPP4, con al menos dos consultas de seguimiento, en las cuales se solicitó y realizó una HbA1c. Se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas, tratamiento y comorbilidades. La prescripción no ajustada se definió como la falta de cumplimiento de la recomendación de la guía colombiana.

El análisis de los datos se realizó con SPSS versión 23 para Windows, se empleó estadística descriptiva y pruebas  $X^2$  para la comparación de variables categóricas y se aplicó un modelo de regresión logística binaria. Nivel de significancia estadística  $P < 0,05$ .

**Resultados.** Hubo 207 pacientes (60 pacientes (28,9%) no se incluyeron porque no tuvieron acceso al medicamento) de los cuales 112 cumplieron criterios de inclusión, 77 eran mujeres (68,8%). El 68,8% de los pacientes presentaron una prescripción no ajustada del iDPP4. Hubo una reducción total de 0,21%, con una media de  $198,2 \pm 124$  días entre la primera y segunda medición de HbA1c de control (reducción de 0,55% cuando la prescripción se ajustaba a la guía colombiana y 0,05% cuando no), siendo vildagliptina el de mayor reducción con 0,5%.

**Conclusión.** Hay un limitado impacto de los iDPP4 frente a la reducción de HbA1c y poco seguimiento de la guía colombiana en pacientes de primer nivel de atención.

## E-8

### CARDIOMIOPATIA INDUCIDA POR CATECOLAMINAS: REPORTE DE CASO

**GARCIA RAMOS ANDRES FELIPE, VALLEJO GARCIA FRANCO, SANTRICH SOTOMAYOR MELANY, FIGUEROA LUNEVAR, CASANOVA MARÍA EUGENIA.**

*Universidad Libre Cali-Colombia, Universidad de Nueva York, Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia.*

**Introducción.** La cardiomiopatía inducida por feocromocitoma, y la cardiomiopatía de Takotsubo son dos tipos de cardiomiopatía causadas por el aumento en la producción de catecolaminas. El feocromocitoma puede presentarse en cualquier rango de edad, siendo más común en la cuarta década de la vida, independiente del género. La presentación clínica incluye hipertensión arterial, cefalea episódica, diaforesis, y cardiomiopatía dilatada o hipertrófica. La cardiomiopatía de Takotsubo es más común en mujeres post menopáusicas, y puede presentar alteraciones electrocardiográficas y/o troponinemia sugestivo de isquemia miocárdica, pero sin evidencia angiográfica de enfermedad coronaria.

**Diseño.** Estudio descriptivo de caso.

**Métodos.** Revisión retrospectiva de la historia clínica de un paciente que ingresa al servicio de urgencias. Se revisó la literatura y se desarrolló el caso.

**Resultados.** Paciente masculino caucásico de 56 años sin antecedentes médicos, quien se presenta al servicio de urgencias con dolor torácico, diaforesis profunda y taquicardia de 112 lpm. ECG normal, con elevación de troponinas. En el ecocardiograma se encontró dilatación severa del ventrículo izquierdo con FE del 20%. Cateterismo cardiaco con coronarias normales. 12 horas posteriores al procedimiento el paciente desarrolla shock hemodinámico con requerimiento de soporte vasopresor. Entre los paraclínicos de extensión, se realizó una tomografía de abdomen, la cual reveló una masa grande retroperitoneal izquierda. Las metanefrinas en orina y plasma tenían un aumento de 10 veces por encima del valor normal. El paciente fue programado para excisión de la masa y recibió tratamiento prequirúrgico con metirosina, e hidrocortisona. Presentó intolerancia al bloqueador alfa adrenérgico debido a la hipotensión ortostática severa. La biopsia post excisional fue consistente con feocromocitoma benigno.

**Conclusión.** La cardiomiopatía inducida por catecolaminas es un grupo de patologías que comparten mecanismos fisiopatológicos, pero se diferencian en el grupo etareo de la población afectada, su presentación clínica y tratamiento.

## E-9

### ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDAD TIROIDEA Y AUTOINMUNIDAD

**GONZALEZ- ARANGO JUANITA, DÍAZ-CORONADO JC, HERNANDEZ-PARRA DEICY, ROJAS- GUALDRÓN DIEGO, BETANCUR-VÁSQUEZ LAURA, LACOUTURE-FIERRO JORGE, GONZALEZ-HURTADO DANIEL, URIBE- ARANGO LAURA, SAAVEDRA- CHACÓN MARIA F, MONSALVE- YEPES SANTIAGO, SERNA- GIRALDO JOSÉ D, BARBOSA-ARANA JULIÁN, GUERRA- ZARAMA SEBASTIÁN, LÓPEZ- LÓPEZ JUAN D, PINEDA-TAMAYO RICARDO A.**

*Universidad CES, Clínica Artmedica IPS. Medellín, Colombia.*

**Introducción.** Las enfermedades autoinmunes presentan mecanismos fisiopatológicos compartidos que favorecen la coexistencia en un mismo paciente. La enfermedad tiroidea inmune se presenta frecuentemente en el paciente con poliautoinmunidad. El objetivo de este estudio es caracterizar la enfermedad tiroidea inmune y establecer posibles asociaciones con otras enfermedades autoinmunes.

**Diseño y métodos.** Estudio descriptivo de corte transversal donde se evaluaron 44586 registros de pacientes atendidos en una IPS especializada en reumatología entre 2015 y 2019 en la ciudad de Medellín. Se realizó un análisis descriptivo teniendo en cuenta variables sociodemográficas, presencia de enfermedad tiroidea y tipo de enfermedad autoinmune. Posteriormente se exploraron posibles asociaciones de enfermedad tiroidea con otras variables mediante OR y prueba de  $\chi^2$ .

**Resultados.** El 41.2% de los pacientes tenía diagnóstico de autoinmunidad siendo las etiologías más frecuentes la AR (Artritis Reumatoide) con 43.6% y el LES (Lupus Eritematoso Sistémico) con 14.5%. Se encontró poliautoinmunidad en el 7.3% de los pacientes. El hipotiroidismo inmune se presentó en un 15.6% y se encontró asociación de enfermedad tiroidea con artritis reumatoide (OR 1.8 IC 95% 1,3 - 2,7), lupus (OR 1.6 IC 95% 1,1 - 2,4) y espondiloartropatía (OR 3.6 IC 95% 2,4 - 5,4).

**Conclusión.** Las enfermedades autoinmunes, especialmente el LES y la AR, presentan asociación con hipotiroidismo inmune. Es importante un abordaje integral, pues la poliautoinmunidad no es infrecuente y requiere un diagnóstico oportuno.

## E-10

### SÍNDROME DE TAFRO, UN SUBTIPO DE ENFERMEDAD DE CASTLEMAN EN SANTANDER-COLOMBIA

**LÓPEZ ALADA JAIRO ENRIQUE, RODRÍGUEZ DÍAZ KAREN SULAY, SALAZAR MONTAÑA LUIS ANTONIO.**

*Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga. Colombia.*

**Introducción.** La enfermedad de Castleman es una entidad rara con hiperplasia de nódulos linfáticos, se han descrito 4 variantes: hialino vascular, plasmocelular, mixta y multicéntrica, este último, es un raro desorden linfoproliferativo benigno con presencia de linfadenopatía difusa y síntomas sistémicos. El síndrome de TAFRO es un subtipo reciente de Castleman multicéntrica idiopática, descrita como una enfermedad inflamatoria sistémica caracterizada por trombocitopenia, anasarca, fiebre, fibrosis reticular de medula ósea y organomegalias. Desde su identificación en 2010, se han registrado pocos casos, representa entre el 1 - 2% de Castleman, por lo que este trabajo tiene como objetivo realizar una descripción de un caso con diagnóstico de certeza por histopatología identificado en Santander-Colombia

**Diseño y métodos.** Caso clínico.

**Resultados.** Hombre de 23 años, hipertenso, diabético, ingreso con cuadro de una semana de fiebre, edemas de las extremidades, pared abdominal, escroto, disnea, ortopnea y dolor abdominal. Laboratorios con evidencia de anemia, trombocitopenia y enfermedad renal crónica (IIIA). Tomografía de cuello, tórax y abdomen identificaron las múltiples adenopatías descritas, hepatoesplenomegalia, derrame pleural y ascitis generalizada. Biopsia de algunos ganglios linfáticos compatibles con enfermedad de Castleman tipo Variante multicéntrica-hialino vascular y plasmocelular, serología para herpes virus 8, negativa. Se consideró síndrome TAFRO grado 3 (Masaki 2015). Se inició poliquimioterapia de alto riesgo con protocolo R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina y prednisolona) con evolución satisfactoria se continuó manejo ambulatorio. Seguimientos por hematología hasta noviembre de 2018 con control de su enfermedad y sin complicaciones.

**Conclusiones.** El síndrome TAFRO descrito por Takay en 2010, a la fecha como un subtipo de la enfermedad Castleman. Es más frecuente en mujeres y dada su presentación heterogénea, representa un reto diagnóstico, existen pocos casos reportados en Latinoamérica siendo este un caso especial por presentarse en hombres y su diagnóstico permitió ofrecer al paciente manejo de forma temprana con buen resultado.

## E-11

### HIPOPITUITARISMO EN PACIENTE CON SILLA TURCA VACIA (SÍNDROME DE SHEEHAN): REPORTE DE CASO

**LUIS ALFREDO PERNETT MARTINEZ, ORLANDO REYNOSO GUTIERREZ.**

*Universidad Simón Bolívar, Clínica Centro. Barranquilla, Colombia.*

**Introducción.** El hipopituitarismo es la deficiencia parcial o total de la glándula pituitaria para secretar  $\geq 1$  de las hormonas que produce. La incidencia de hipopituitarismo es de 8,7-10,3 casos/1.000.000 de habitantes por año. Las causas incluyen tumores hipofisarios, tumores no hipofisarios, lesión cerebral traumática, hemorragia posparto (síndrome de Sheehan) y hemorragia subaracnoidea. La presentación clínica varía según la deficiencia hormonal, incluye deficiencia de la hormona del crecimiento, hipogonadismo, hipotiroidismo, insuficiencia adrenocortical y diabetes insípida central. El diagnóstico es bioquímico y las pruebas varían según los síntomas que sugieran deficiencias hormonales. Actualmente es escasamente diagnosticado, por lo que la confirmación con pruebas bioquímicas y estudios de imágenes cerebrales, orientaran a un tratamiento precoz para prevenir la morbimortalidad temprana.

**Diseño y métodos.** Reporte del caso

**Resultados.** Femenina de 53 años, con antecedentes de falla cardíaca con Fevi deprimida (30%) de etiología no isquémica y hemorragia post parto requiriendo estancia en UCI a sus 30 años. Consulta por cuadro clínico de 5 meses de evolución consistente en edema generalizado, astenia, adinamia, pérdida de peso y amenorrea. Cuadro que se acompaña en la última semana por alteración del sensorio. El examen físico evidencio, hipotensión, somnolencia, ronquera, edema generalizado, hiperpigmentacion de la piel con ausencia de vello corporal y púbico con piel fría y seca. Se sospechó hipocortisolismo y se probó el eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal, documentando niveles disminuidos de FSH-LH, niveles bajos de cortisol e hipotiroidismo central, además de hiponatremia e hipercalemia con aumento de la función renal. Se realiza RMN cerebral la cual documenta ausencia de silla turca vacia. Se indicó reemplazo hormonal. El diagnóstico final fue luego el panhipopituitarismo posparto, conocido como síndrome de Sheehan.

**Conclusiones.** El síndrome de sheehan causado por un sangrado severo después del parto. Como el síndrome es raro, el diagnóstico se realiza después de un largo retraso después del parto. En muchos casos, en aproximadamente 10 años después. El reemplazo hormonal a menudo produce una mejoría rápida de los síntomas y anomalías de laboratorio.

## E-12

### CASO DE OSTEOMALACIA SECUNDARIA A TUMOR MESENQUIMAL FOSFATÚRICO

**CASTAÑEDA ANGEL NESTOR, TORRES LOPEZ ALBERTO, TORRES JARAMILLO SEBASTIAN.**

*Hospital Santa Clara, Bogota. D.C., Colombia.*

**Introducción.** No es usual ver en la práctica clínica un caso de tumor mesenquimal fosfatúrico y el caso nos enseña cuando hay que sospecharlo, como se realiza el abordaje, y que exámenes se deben solicitar para llegar al diagnóstico final.

**Diseño y métodos.** Presentación del caso.

**Resultados.** Paciente masculino de 52 años, con antecedente de osteomalacia diagnosticado a los 44 años, con múltiples fracturas y evidencia de déficit severo de fósforo. Venía en control por consulta externa recibiendo vitamina D de 1000 U de manera ocasional sin acceso a KPHOS. El paciente se pierde de los controles y 6 años después acude a urgencias por cuadro respiratorio, donde se documenta persistencia de hipofosfatemia 0.68 mg/dl (VR 2.5-4.6 mg/dl) y déficit severo de vitamina D. Con estos resultados de laboratorio se inicia colecalciferol 4000 U y KPHOS. En el control ambulatorio con niveles de Calcio, PTH y Vitamina D normales, sin embargo continua con hipofosfatemia severa (0.95 mg/dl) y elevación de la fosfatasa alcalina, se sospecha presencia de tumor mesenquimal fosfatúrico, se solicita FGF 23 el cual se encuentra en 6512.2 (VR 34-96), con este hallazgo positivo se solicita PET SCAN el cual evidencia masa hipermetabólica en los tejidos blandos posterolaterales de la región ilioisquiática izquierda de 47x 37 mm el cual se confirma con resonancia magnética simple y contrastada. Con este

hallazgo se confirma el diagnóstico de Osteomalacia inducida por tumor mesenquimal productor de FGF 23. Se envía a Ortopedia oncológica para resección de lesión neoplásica.

**Conclusiones.** Se trata de un caso de Osteomalacia en la que documentamos deficiencia severa de fósforo y vitamina D con PTH y Calcio normales en relación de posible tumor mesenquimal productor de FGF 23 el cual se confirmó con niveles de FGF, PET SCAN y resonancia magnética.

**Palabras clave (DeCs).** Osteomalacia secundaria, tumor mesenquimal fosfatúrico, reporte de caso.

## E-13

### HIPOGLUCEMIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE DOS HOSPITALES DE BOGOTÁ 2015 – 2017

**W CHAVES SANTIAGO, L.O MARTÍNEZ ARIAS, D.F DÍAZ RIAÑO, D.A HERNÁNDEZ, M.F SANABRIA SAHA.**

*Fundación Universitaria Ciencias de la Salud – FUCS. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** La población diabética es heterogénea desde el punto de vista genético y fenotípico, haciendo que algunos grupos especiales sean más susceptibles a complicaciones por un tratamiento, dentro de ellas la hipoglucemia es un motivo frecuente de consulta, sin embargo la información acerca de episodios de hipoglucemia es limitada. **Objetivos.** Determinar las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes diabéticos con hipoglucemia en urgencias del hospital de San José y hospital infantil de San José.

**Diseño y métodos.** Cohorte descriptiva retrospectiva de pacientes diabéticos con hipoglucemia en el servicio de urgencias, durante enero de 2015 a diciembre de 2017. Se hizo análisis descriptivo de los factores demográficos, clínicos y terapéuticos de esta población. Los datos fueron recolectados de la historia clínica y las características fueron analizadas con estadística descriptiva.

**Resultados.** Dentro de los datos encontrados 201 pacientes presentaron hipoglucemia al ingreso siendo el 12,5 %. Con una mediana de 70 años, el 85,5 % eran diabéticos tipo 2, de estos, en manejo con insulina 99 %, con mayor frecuencia glargina en 58,1 % y glulisina 36,3 %. El 36,6 % usó antidiabéticos orales principalmente biguanidas y la combinación más frecuente fue insulina basal más de corta acción en 56,7 %. La mediana de glucosa fue de 40,5 mg/dl y la HbA1c 6,7. La mortalidad hallada en esta población fue del 7,5 %.

**Conclusiones.** La hipoglucemia comparada con otros estados de descompensación aguda de la diabetes es subestimada, el control y tratamiento de la diabetes debe ser individualizado, partiendo de una adecuada educación del paciente, valorando su adherencia, su nivel educativo, sus antecedentes de hipoglucemia, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes de enfermedad cardiovascular, para definir su manejo.

## E-14

### PARÁLISIS PERIÓDICA TIROTÓXICA: ¿UN DIAGNÓSTICO DE EXCLUSIÓN?

**MORENO USECHE LUIS DAVID, VALSANGIACOMO AVENDAÑO STEFANO, MORENO DÍAZ DIEGO AUGUSTO, SANABRIA PEÑA CLAUDIA LILIANA, PEREA BAUTISTA RAPHAEL AYRTON.**

*Servicio de Hospitalización de Medicina Interna. Hospital Universitario de Santander HUS. Universidad Industrial de Santander UIS. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** La Parálisis Periódica Tirotóxica (PPT) es una rara complicación potencialmente letal de las tirotoxicosis que consiste en episodios recurrentes de debilidad muscular flácida debidos a hipokalemia, excepcionalmente asociados a falla respiratoria, arritmias fatales y muerte. Más frecuente en la población asiática, con una incidencia del 2%; en la población no-asiática tiene una incidencia del 0,1 al 0,2%; el primer episodio suele ocurrir entre los 20 y 40 años de edad. Predomina en hombres, y se asocia comúnmente a enfermedad de Graves; no se disponen de datos epidemiológicos en Colombia. El presente tiene como objetivo destacar la importancia de ésta patología durante el abordaje de la debilidad muscular aguda, especialmente en poblaciones cuya incidencia y prevalencia reales son desconocidas.

**Diseño y métodos.** Presentación del caso.

**Resultados.** Se presenta un hombre de 34 años de edad captado en Bucaramanga, Santander, con antecedentes de tuberculosis pulmonar, tabaquismo, consumo de sustancias psicoactivas (cocaína) y aplicación reciente de una dosis de diclofenaco y dexametasona intramusculares, quien debuta con artralgias en grandes articulaciones, acompañadas de náuseas, cefalea occipital, malestar general, fiebre subjetiva y debilidad progresiva en miembros inferiores hasta la postración; asociados a paresia 1/5 en miembros inferiores, paresia 3/5 en miembros superiores e hiporreflexias calcánea y rotuliana. Se le realizan estudios que documentan hipokalemia severa, TSH disminuida, T4L y T3L normales. Se le administra potasio por vía central; presenta buena evolución, ascenso del potasio y posteriormente se egresa.

**Conclusiones.** En el caso expuesto se evidencian los hallazgos clínicos y paraclínicos generalmente encontrados en la literatura; incluyendo los factores sociodemográficos y desencadenantes usuales, así como la hiperkalemia por rebote encontrada en la mitad de los casos reportados; en éste caso llama especialmente el hipertiroidismo subclínico como etiología de la condición del paciente, lo cual no está descrito en la literatura.

## E-15

### COMA MIXEDEMATOSO EN ADULTO MAYOR: RETO TERAPÉUTICO. REPORTE DE CASO

**MORENO DIEGO, NIÑO JENNY, DUARTE JORGE.**

*Universidad industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** El coma mixedematoso es una complicación poco frecuente del hipotiroidismo, pero con una mortalidad hasta del 70%. Los principales factores desencadenantes son las infecciones, traumatismos y la interrupción del tratamiento con suplencia tiroidea. Generalmente el diagnóstico se hace de forma tardía, debido a que los síntomas son inespecíficos y se pueden confundir con insuficiencia cardíaca o renal, y alteraciones del sistema nervioso central, siendo aún más característico en adultos mayores.

**Presentación del caso.** Hombre de 84 años con antecedente de hipertensión arterial de larga data, enfermedad renal crónica estadio 4, quien consulta a la institución por somnolencia, desorientación, y disnea pequeños esfuerzos; presentando de forma subsecuente caída desde su propia altura con trauma en cadera izquierda con fractura secundaria. Ingresa en malas condiciones generales, estuporoso, taquipneico, con requerimiento de oxígeno suplementario por máscara de no reinhalación. A nivel paraclínico con anemia normocítica normocrómica moderada (9 g/dL), con hipokalemia leve (3.1 mmol/L), y hallazgo de función tiroidea alterada dado por TSH mayor a 60 uUI/ml, T4 libre 1.83 pmol/L, por lo cual se inicio levotiroxina a razón 200mcg día inicialmente, de forma conjunta a Hidrocortisona endovenosa por 3 días, sin embargo durante observación con requerimiento de aumento de suplencia sin lograr un impacto significativo en control de t4libre durante 20 días de manejo médico. Presenta evolución estacionaria, documentando adicionalmente proceso infeccioso pulmonar, y tromboembolismo pulmonar PESI IV, con indicación de manejo integral en cuidado intensivo.

**Discusión.** Se presenta caso de paciente adulto mayor con manifestación aguda de un hipotiroidismo posiblemente asintomático de larga data no diagnosticado. Como factores precipitantes del coma mixedematoso podemos identificar el trauma reciente en cadera y el proceso neumónico. La condición clínica del paciente mejoró gradualmente con el inicio de la terapia hormonal y las medidas de soporte en general, sin embargo el aumento del t4libre persistió subóptimo pese a ajuste de manejo y garantizando adecuada administración de levotiroxina, dado la posibilidad de esquemas descritos actualmente. Incluyendo la ingesta 30 minutos antes del desayuno, una hora antes de la comida principal del día, o antes de acostarse, siempre que se tome al menos 2 horas después de la última Comida del día, dentro de las opciones descritas para este medicamento.

**Conclusión.** El coma mixedematoso dado su impacto en mortalidad requiere del diagnóstico y tratamiento tempranos para evitar resultados indeseables. En los adultos mayores se complica el proceso de toma de decisiones. A pesar de la alta prevalencia de uso de hormona tiroidea en esta población, no hay datos concretos sobre cuándo tratar o cuál es la dosis de inicio en ancianos, siendo importante el tópic de la polifarmacia en esta grupo etario. Dado la no disponibilidad de levotiroxina intravenosa en nuestro país, las múltiples interacciones medicamentosas, factores que disminuyen su absorción, esto se convierte en un reto terapeutico al momento de manejar de estos pacientes.