

## Endocrinología

## Endocrinology

## E-1

### ACIDOSIS METABÓLICA SECUNDARIA A CETOACIDOSIS EUGLICEMICA Y ACIDOSIS TUBULAR RENAL COMO EFECTO ADVERSO A USO DE ISGLT-2. REPORTE DE CASO EN COLOMBIA

CAÑAVERA GÓMEZ MASSIEL KARINA, ESPINOSA GÓMEZ KATHERINE ISABEL, MARTÍNEZ MELO JAVIER ÁLVARO

*Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL). Floridablanca, Colombia.  
Departamento de Medicina Interna, Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** Con el advenimiento de los medicamentos de mayor impacto cardiovascular y control de diabetes como son los inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa-2 (SGLT-2), se ha descrito un gran perfil de seguridad, sin embargo existen efectos adversos con baja incidencia hasta el momento, pero se deben tener en cuenta para su utilización, entre ellos la Cetoacidosis Diabética Euglicémica (CADE), descrita desde 1973 en pacientes diabéticos insulino dependientes, con alerta farmacológica desde el 2015 por la FDA.

**Material, métodos y resultados.** Se presenta caso clínico de paciente femenina de 69 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente desde hace 10 años con uso de GLP-1 e iSGLT-2, ingresada a urgencias por curso clínico de 8 días de evolución consistente en emesis persistente hasta la intolerancia oral asociado a epigastralgia moderada, afebril, sin otros síntomas asociados. Al examen físico con taquicardia sinusal sin hipotensión, deshidratación grado 3, respiración de Kussmaul, tendencia a somnolencia y gasometría con acidosis metabólica severa compensada, anión gap elevado, cetonuria y euglicemia, considerando presencia de CADE severa, concurre con lesión renal aguda AKIN 3 intrarrenal e hipercloremia, realizado ajuste de cristaloides, optimizado volemia y descartado causas obstructivas e infecciosas, con anión gap urinario positivo, hallazgos de acidosis tubular renal tipo 2. Requirió realización de hemodiálisis con posterior mejoría clínica, paraclínica y egreso satisfactorio.

**Conclusiones.** La cetoacidosis diabética es una emergencia grave que puede tener efectos adversos y desenlaces fatales más con el uso aumentado de iSGLT2 no siempre hay hiperglicemia, siendo este un reto diagnóstico para el manejo óptimo por lo que se deben conocer los efectos positivos y negativos de las moléculas en todo paciente crítico teniendo en cuenta que puede haber una reducción de la perfusión medular a nivel renal y ante su mecanismo de acción puede debutar con lesión renal aguda.



## E-2

### PREVALENCIA DE METÁSTASIS TORÁCICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES ENTRE LOS AÑOS 2016 A 2019 EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ, COLOMBIA

**ESTÉVEZ RAMÍREZ GLORIA MARCELA, SÁNCHEZ MORALES EDGAR ALBERTO**

*Universidad Nacional de Colombia, Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El cáncer de tiroides es la neoplasia endocrina más frecuente, tiene buen pronóstico; sin embargo, éste empeora al presentarse metástasis (Mx), siendo los pulmones los órganos más afectados. Existen pocos estudios que caractericen las Mx torácicas (Mx T.) en pacientes con cáncer de tiroides. Es necesario determinar la prevalencia de cada tipo de Mx T.

**Diseño y Métodos.** Estudio de corte transversal con muestreo no probabilístico de casos consecutivos en pacientes con cáncer de tiroides del Instituto Nacional de Cancerología entre 2016 y 2019.

**Resultados.** Se incluyeron 241 pacientes. La prevalencia de Mx T. fue del 21.99% y de Mx pulmonares del 20.75%. Las Mx mediastinales, pleurales, en la vía aérea y la pared torácica se presentaron en un 0.83% cada una. El promedio de edad de los pacientes con Mx T. fue de 59.3 (DE +/- 12.8) años. El 90.57% presentaron carcinoma papilar. La hipertensión arterial (32.08%), el hipoparatiroidismo (20.75%), el compromiso ganglionar cervical (86.79%), fueron las comorbilidades más frecuentes. El 11.32% y 3.77% de pacientes con Mx torácicas presentaron disnea y tos. El 90.0% tenían tiroglobulina (Tg) mayor a 0.2ng/ml. Al comparar los pacientes que presentaron Mx T. con aquellos que no, se encontró una diferencia en las variables: edad, estadio, peso, índice de masa corporal, enfermedad renal crónica, falla cardiaca, parálisis de cuerda vocal, compromiso ganglionar cervical, disnea, Tg mayor a 0,2 ng/ml.

**Conclusiones.** La prevalencia de Mx pulmonares fue mayor a la reportada en la literatura. Mayores de 55 años fue el grupo con más Mx pulmonares. Se requieren estudios adicionales.



## E-3

### PANHIPOPITUITARISMO COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS, REPORTE DE CASO

**ESPINOSA GÓMEZ KATHERINNE ISABEL, CAÑAVERA GÓMEZ MASSIEL KARINA, SARMIENTO RAMÓN JUAN GUILLERMO**

*Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL). Floridablanca, Colombia.  
Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad caracterizada por la proliferación de células de Langerhans, las cuales infiltran cualquier tejido u órgano y generan disfunción, afecta con mayor frecuencia a niños que a adultos, con fisiopatología poco conocida en los adultos.

**Material, métodos y resultados.** Se presenta caso clínico, mujer de 53 años sin antecedentes, consulta por seis meses de polidipsia, poliuria y pérdida de peso (seis kg), desde hace cinco días fiebre y emesis, al examen físico hipotensa, con signos de deshidratación grado III, paraclínicos con hipocalcemia severa, hipernatremia, hipercloremia, hipostenuria, se considera paciente con diabetes insípida con test de vasopresina que indica origen central. Estudios adicionales con hipotiroidismo central, insuficiencia adrenal (cortisol en zona gris, pero se espera cortisol mayor dado estrés), y Resonancia de silla turca con engrosamiento del tallo. No se logra filiar etiología y se considera posible hipofisitis. Recibe suplencias hormonales con adecuada evolución clínica y egreso hospitalario. Nueve meses después consulta por síntomas de tres meses de fiebre y sudoración nocturna, pérdida de cinco kilogramos, y aparición de adenopatías cervicales. Biopsia excisional ganglionar con diagnóstico de histiocitosis de células de Langerhans, recibe tratamiento con vinblastina más esteroide a dosis altas con mejoría clínica y egreso. A revalorar enfermedad después de seis semanas de tratamiento, para evaluar continuidad de tratamiento y/o ajuste.

**Conclusiones.** La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad neoplásica/granulomatosa rara, que puede generar disfunción de diferentes órganos, debe sospecharse a cualquier edad con una lesión ósea lítica inexplicable, erupción cutánea, diabetes insípida, masa hipofisaria o síntomas respiratorios, siendo hasta en el 25% de los casos la diabetes insípida y/o panhipopituitarismo su primera manifestación clínica. Tiene tasas de curación altas, pero las complicaciones neurológicas o endocrinas graves a largo plazo pueden afectar la calidad de vida.



## E-4

### SÍNDROME DE CUSHING PARANEOPLÁSICO SECUNDARIO A CÁNCER NEUROENDOCRINO DE CUELLO UTERINO, REPORTE DE CASO

**MURCIA-CÁRDENAS LUIS FELIPE, VILLAMIZAR-JIMÉNEZ MARÍA ALEJANDRA, ALMEYDA-CAMARGO MARÍA JOSÉ, BLANCO-RUEDA MARÍA PAULA, CADENA- SANABRIA MIGUEL OSWALDO, MARTÍNEZ-MELO JAVIER ÁLVARO**

*Clínica FOSCAL. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma Bucaramanga, Semillero de investigación Medicina interna Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** El cáncer neuroendocrino es una con gran variedad histológica, entre ellas, el cáncer de cérvix neuroendocrino de células pequeñas, caracterizada por ser una entidad poco frecuente, de mal pronóstico y se ha correlacionado con secretar sustancias que desencadenan síndromes paraneoplásicos.

**Diseño y métodos.** Se presenta el caso de una paciente femenina de 23 años con diagnóstico de carcinoma neuroendocrino de cérvix de células pequeñas con metástasis a hueso, sistema nervioso central, pulmón, mediastino, hígado y glándulas suprarrenales, que consulta por cuadro de deterioro de clase funcional. Al ingreso, desaturada, con evidencia de facies cushingoides. Durante la estancia hospitalaria con hipopotasemia severa, pérdidas renales de potasio, alcalosis metabólica, glucosuria e hiperglucemia, necesitando reposición de potasio oral y endovenoso por difícil control sérico. Ante la ausencia etiológica del desbalance hidroelectrolítico, ácido base y facies cushingoides, considerando que la insulino terapia requerida para el manejo del hiperglucemia no explicaría las pérdidas renales de potasio, se solicitó estudios paraclínicos que evidenciaron hipercortisolismo con ausencia de supresión en prueba de supresión con dexametasona y hormona adrenocorticotropa (ACTH) marcadamente elevada, confirmando el síndrome de Cushing dependiente de ACTH secundario a cáncer neuroendocrino de cérvix, lo cual explicaría la hiperglucemia, hipopotasemia severa refractaria a manejo y, con esto, la alcalemia metabólica de nuestra paciente.

**Conclusiones.** El cáncer de cérvix neuroendocrino de células pequeñas es una entidad infrecuente y de mal pronóstico que se ha correlacionado con secretar sustancias que desencadenan síndromes paraneoplásicos. Este reporte de caso muestra la importancia de realizar un adecuado abordaje diagnóstico de trastornos metabólicos, hidroelectrolíticos y ácido base para así contribuir en la literatura científica, dado el limitado número de casos publicados, especialmente en Colombia, de síndrome de Cushing paraneoplásico secundario a tumores neuroendocrinos originarios en el cuello uterino.



## E-5

### TUMOR CARCINOIDE DE INTESTINO MEDIO: UN RETO DIAGNÓSTICO

PATIÑO DIEGO, QUINTERO JUAN, MOSCOSO EVELYN

*Subred Integrada De Servicios De Salud Sur E.S.E USS Tunal. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** El Síndrome Carcinoide (SC), es el conjunto de manifestaciones clínicas (dolor abdominal, diarrea, rubicundez y broncoespasmo) siendo resultado de la secreción de serotonina y sustancias vasoactivas en la circulación sistémica que son producidas por un tumor carcinoide.

**Reporte de caso.** Masculino de 72 años. Consultó por cuadro de 2 semanas de dolor abdominal, diarrea, episodios sincopales y rubicundez. Antecedente de enfermedad coronaria de anatomía desconocida y tromboembolismo pulmonar en el último año. Al examen físico palidez mucocutánea, inyección conjuntival, dolor en flanco derecho sin irritación peritoneal, hipotenso y sin alteración del estado de conciencia. Se descartó síncope cardiogénico. Tomografía de abdomen contrastada con hallazgo de múltiples adenopatías mesentéricas, hidronefrosis grado I; endoscopia de vías digestivas altas y bajas, sin hallazgos patológicos. Dada la intermitencia de sintomatología se sospechó síndrome carcinoide; se midió 5-HIA/24 horas en orina; con reporte de 72.9mg/dl/día (Valor normal < 15 mg/dl/día), por lo que se inició manejo con análogos de somatostatina previa a la toma de biopsia de una de las adenopatías; reportándose compromiso por tumor carcinoide bien diferenciado grado 2 con inmunofenotipo de origen de intestino medio, inmunohistoquímica positiva para queratina AE1-AE3 cromogranina, sinaptofisina, CD56 (FOCAL) Y CDX2 ÍNDICE KI 67 10%. Con mejoría de los síntomas posterior al manejo.

**Discusión.** El SC se relaciona frecuentemente con tumores del intestino delgado y presencia de metástasis hepáticas, en este caso no hubo compromiso hepático metastásico. La sospecha clínica temprana acompañada de la detección de ácido 5-hidroxiindolacético es fundamental para brindar un manejo oportuno que prevenga la crisis carcinoide asociada a la toma de biopsias.



## E-6

### SÍNDROME DE INTERRUPCIÓN DEL TALLO HIPOFISARIO Y ARACNOIDOCELE SELAR: DOS CAUSAS INUSUALES DE HIPOPITUITARISMO

**RODRÍGUEZ ARRIETA LUIS, CORRALES HERRERA HUGO, MEJÍA SANJUANELO ANA, ARRIETA ROJANO ANTONELLA, SYRO LUIS VICENTE**

*Instituto del Corazón. Universidad de Antioquia. Clínica Medellín. Medellín, Colombia. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C., Colombia. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.*

**Objetivo.** Describir el dos pacientes con causas inusuales de hipopituitarismo.

**Diseño.** Descriptivo.

**Metodología.** Reporte de caso.

**Descripción. Caso 1:** Paciente femenina de 24 años valorada por hipopituitarismo congénito con talla baja, amenorrea primaria y ausencia de caracteres sexuales secundarios. Se realiza valoración documentándose déficit en eje gonadotrópo, somatotrópo, sin alteración en eje tiroideo y corticotropo, presentó un retraso en la maduración ósea de 2 años de diferencia en estudio realizado a los 18 años y se documenta en imagen de resonancia magnética de silla turca contrastada con gadolinio una glándula adenohipófisis hipoplásica con ubicación ventral al piso del tercer ventrículo y ausencia del tallo hipofisario confirmado el diagnóstico de hipopituitarismo asociado síndrome de interrupción del tallo hipofisario.

**Caso 2.** Paciente masculino de 54 años con cefaleas, disminución de la agudeza visual y de la lívido, con hipopituitarismo en estudio (hipotiroidismo e hipogonadismo secundarios) y elevación de prolactina (hasta 56 ng/dL) asintomática por posible efecto de compresión del tallo hipofisario. Se descartó una lesión tumoral en hipófisis y la resonancia confirmó un aracnoidecele selar con ensanchamiento de la silla turca tanto su diámetro anteroposterior como transverso, depresión parcial del quiasma óptico, con importante adelgazamiento de la glándula hipofisaria.

**Conclusiones.** Los hipopituitarismos habitualmente son ocasionados por etiologías tumorales, secundarias a intervenciones neuroquirúrgicas o por traumatismos craneoencefálicos, sin embargo el abordaje integral de los pacientes con déficit de los ejes hipotálamo hipofisarios, apoyados del uso de ayudas de imágenes diagnósticas permite identificar causas inusuales cómo las de los dos casos descritos.



## E-7

### HIPERCALCEMIA ASOCIADA A HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: ENFOQUE Y MANEJO

**TORRES RODOLFO, ROSSELLI CARLOS, MARICELY REYNA, MADARIAGA CARLOS, HAMON DAVID, NÚÑEZ EDWIN, NIETO PAULA**

*Hospital Universitario San José. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** El calcio es el electrolito más abundante del cuerpo humano, la hipercalcemia es un trastorno común causado normalmente por el hiperparatiroidismo primario o malignidad. Una proporción de casos que se presentan como una emergencia, lo que conlleva una mortalidad significativa. El manejo de la hipercalcemia depende de la presentación y causa subyacente.

**Reporte de caso.** Paciente femenina de 32 años, antecedente de adenoma paratiroideo no resecado y pancreatitis, asiste por 3 días de dolor abdominal, tipo cólico, de moderada intensidad, acompañado episodios eméticos de contenido alimentario, paraclínicos iniciales con hipercalcemia severa, electrocardiograma con bloqueo auriculoventricular grado I, gases arteriales con alcalosis respiratoria aguda e hiperlactatemia. TAC de abdomen con tumores pardos. Se ingresó a UCI para administración de líquidos endovenosos, diuréticos de asa, y cinacalcet sin presentar mejoría por lo que se indicó terapia de hemodiálisis.

**Discusión.** la hipercalcemia es un hallazgo frecuente. El hiperparatiroidismo primario y la neoplasia maligna son las dos causas más frecuentes de aumento de los niveles de calcio sérico, y en conjunto representan alrededor del 90% de todos los casos. Los valores en suero varían entre el calcio total 8.5 y 10.5 mg/dl e iónico 1,16-1,31. La concentración sérica de  $\text{Ca}^{2+}$  está estrechamente relacionada por las acciones de la hormona paratiroidea y calcitriol. El hiperparatiroidismo primario ocurre como resultado de adenomas, hiperplasias o carcinoma. Las manifestaciones clínicas y severidad va a estar correlacionada con el tiempo de duración de la enfermedad, los niveles de calcio y de PTH. Dentro del tratamiento, este será guiado por su causa, sin embargo, es posible clasificarlo en tratamiento urgente y no urgente.

**Conclusiones.** el enfoque de la hipercalcemia aguda severa es un reto diagnóstico dadas las múltiples causas que pueden llevar a este trastorno hidroelectrolítico y la rápida instauración de tratamiento que se requiere cuando es detectada.

