

Parte I

- 2 /** Bienvenida
- 4 /** Autoridades
- 6 /** Instituciones Participantes
- 8 /** Índice de Autores

Parte II

- 1 /** Comunicaciones Libres
- 46 /** Casos Clínicos
- 220 /** Series de Casos
- 246 /** Investigación Cualitativa
- 254 /** Programas y Proyectos

P-07-09 // MANIFESTACIONES INFRECIENTES DE CUADROS ENDOCRINOLÓGICOS ASOCIADOS.

GIGENA, E.; ESPEJO, E.; RODRIGUEZ, B.; TARAN, M.; RAMALLO, L.
Hospital Córdoba. Córdoba, Argentina.

Introducción: La asociación de distintas endocrinopatías es un hecho bien conocido. Sus manifestaciones clínicas pueden variar según la existencia de comorbilidades, por lo que debe existir un criterio clínico para el diagnóstico y el tratamiento oportunos.

Caso Clínico: Paciente mujer de 58 años con Hipotiroidismo Primario hace 16 años medicada con Levotiroxina 100ug, la cual fue voluntariamente suspendida 2 meses atrás; HTA hace 5 años y tabaquista de 42 etiquetas/año. Ingresó a Clínica Médica por presentar Diabetes Mellitus de reciente diagnóstico con cetoacidosis, Insuficiencia Renal Aguda Prerenal por deshidratación, Bronquitis Aguda e Hipoxemia. Examen físico: hipoventilación pulmonar simétrica, punto epigástrico positivo. **Laboratorio:** TSH: 81 T4: 0,21 CT:653 TG:2074 HbA1c: 18%. Evolución: remisión de la cetoacidosis. Se inicia tratamiento para hipotiroidismo y dislipemia. Durante su internación la paciente manifiesta disnea CF IV, constatándose insuficiencia respiratoria normocapnica. Se realizan ecocardiograma transtorácico y tomografía de tórax de alta resolución, normales. Se indican broncodilatadores y corticoides con escasa respuesta clínica y analítica. Tras 15 días de internación presenta mejoría clínica gasométrica, del perfil lipídico, y de la función renal.

Discusión: La Cetoacidosis Diabética, es una presentación inusual de la diabetes mellitus tipo 2 en los adultos; por lo que debería considerarse el diagnóstico de LADA dosando diversos anticuerpos relacionados. La evidencia resulta clara respecto a la prevalencia de patología tiroidea en pacientes diabéticos principalmente tipo 1 (30%) y mayor aun en la población puerpera (25%), asociación debida quizás, en parte, a mecanismos autoinmunes.

Conclusión: La coexistencia de Diabetes tipo 2, dislipemia y tiroidopatía pueden coexistir en un mismo paciente, lo que justifica su estudio. La insuficiencia respiratoria en los pacientes hipotiroideos puede deberse a múltiples mecanismos respondiendo al tratamiento con levotiroxina.

P-07-10 // ASOCIACION ENTRE HIPERTIROIDISMO, HEPATOPATIA Y EMBARAZO

ROVIRA, D.; CLAIRON, V.; MARTINEL LAMAS, J.; URBINATI, P.; DIAZ, D.; CECCHI, M.
Sanatorio Los Alerces. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La asociación entre hipertiroidismo y embarazo no es excepcional, produciendo repercusiones tanto en la madre como en el feto, incluso en el post-parto. La glándula tiroidea y el hígado están estrechamente relacionados, en cuanto a su fisiología y patología. El aumento del metabolismo basal que genera el hipertiroidismo produce alteraciones en el funcionamiento hepático, que en determinadas circunstancias se hacen clínicamente relevantes.

Caso Clínico: Paciente femenino, 29 años, derivada desde otra institución por depresión del sensorio, hepatopatía e hiperémesis. Antecedentes: G3; P2, cursando 15 semanas de gestación. Colectectomía. Examen físico: TA: 110/70, FC: 110 latidos por minuto regular, FR: 16 por minuto, afebril. Mucosas secas, escleras blancas, tendencia al sueño, apertura ocular al llamado, sin foco motor ni meníngeo.

Laboratorio: Hcto 27,5% Hb 8,4gr/dl Na 120 mmol/l K 1,7 mmol/l TGP 572 UI/L TGO 327 UI/L VES 60 mm/1er hora TSH 0,003 mU/L T4L 10,3 ng/dl. VHA, VHB, VHC, CMV, HIV, Ac antimusculo liso, Ac anti LKM, Ac antimitocondriales: negativos

Ecografía Abdominal: Hígado homogéneo, tamaño y ecogenicidad conservada. Ecografía Tiroidea: Nódulo de 5,6 mm en lóbulo derecho más formaciones quísticas de 4 y 4,7 mm en lóbulo derecho. Ecografía Obstétrica: gestación única y vital acorde a 16 semanas de gestación.

Conducta: Reposición de iones. Antieméticos. Comienza con Metimazol 25 mg con desayuno y merienda. Interconsultas con Hepatología y Endocrinología. Evoluciona favorablemente con disminución de valores de transaminasas, normalización de T4L y T3. Laboratorio al alta: TGO 82 UI/L TGP 95 UI/L TSH 0,002 mU/L T4L 7,74 ng/ml, continua por consultorio externo.

Comentario: Durante el embarazo la patología de la glándula tiroidea es frecuente. En cuanto a su incidencia, hay predominio del hipotiroidismo sobre el hipertiroidismo. Así mismo, existe la asociación de hipo e hipertiroidismo con enfermedades hepáticas, que van desde alteraciones transitorias de las transaminasas, hasta cuadros de colestasis y hepatitis autoinmune. Por lo cual es fundamental realizar los diagnósticos diferenciales correspondientes ya que los tratamientos varían radicalmente. La motivación para la presentación de este caso fue haber encontrado en esta paciente hiperfuncionalidad tiroidea asociada a alteración hepática durante el periodo gestacional.

P-07-11 // RECIDIVA DE ENFERMEDAD DE CUSHING: REPORTE DE UN CASO CLINICO

HASEITEL, M.; SCHMID, A.; BARROS MARTINEZ, C.; PEPEMANS, M.; SCHNEIDER, L.; COMPAÑY, L.; HARDAMAN, C.; MIGUEL, S.
Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga. Misiones, Argentina.

Introducción: El Síndrome de Cushing, cuadro clínico severo producido por la exposición prolongada al hiper cortisolismo. La enfermedad de Cushing, es una de las causas; con incidencia estimada de 3-4 casos por millón de habitantes/año y representa el 10 al 15% de tumores pituitarios. Elevada morbimortalidad debido a la frecuente asociación con factores de riesgo cardiovasculares e hipercoagulabilidad. El tratamiento de primera elección es la cirugía transepto esfenoidal (TSE) con remisión del 65 al 85%, dependiendo del tamaño, localización del tumor y experiencia del neurocirujano, la tasa de recidiva es del 2-27%.

Caso Clínico: Mujer de 31 años de edad, antecedentes de epilepsia pos traumática por herida de arma de fuego. Internada por celulitis de miembro inferior derecho, presenta amenorrea secundaria, hiperglucemia, HTA, dislipidemia, hipocalcemia con alcalosis metabólica. Niega antecedentes familiares. Examen físico: facies de luna llena, huesos supraclaviculares ocupados, múltiples hematomas, vello facial, estrías rojo violáceas en abdomen y raíz de muslos. Se confirma diagnóstico por laboratorio. TAC de cerebro con foco selar no evidencia lesión hipofisaria, TAC de abdomen y Campo Visual Computarizado: normales. Cateterismo de senos petrosos inferiores que orienta el origen central por lo que se decide cirugía TSE complicándose con diabetes insípida transitoria. Intercurre con insuficiencia adrenal. Regulariza ciclos menstruales y se suspende medicación. Tratamiento sustitutivo con hidrocortisona suspendido al año por recuperación del eje adrenal.

Posteriormente cursa gestación complicada con diabetes gestacional e HTA. Se evidencian nuevos estigmas de síndrome de Cushing, que junto a pruebas diagnósticas cumplió criterios de recidiva de enfermedad de Cushing. Tratamiento con ketoconazol y cabergolina. Intercurre con trombosis venosa profunda de miembro inferior derecho con deterioro clínico de rápida evolución. Se desestima reintervención TSE por deseos de fertilidad, bajo nivel sociocultural e inadecuada adherencia al tratamiento. Se realiza adrenalectomía bilateral (AB) en dos tiempos por vía laparoscópica. Actualmente tratada con dosis fisiológica de hidrocortisona, con normalización de registros de las glucemia, perfil lipídico y tensión arterial.

Conclusión: A pesar de que el tratamiento ideal es la reintervención quirúrgica no siempre es posible; otras opciones terapéuticas incluyen: radioterapia cerebral, fármacos o la adrenalectomía bilateral. Dada la imposibilidad de seguimiento por métodos de imágenes, y la respuesta parcial al tratamiento farmacológico, se decidió la AB. El éxito con respecto al control del hiper cortisolismo fue de 100% con importante mejoría en su calidad de vida. La terapéutica en situaciones de recidiva o persistencia de enfermedad debe ser evaluada en forma multidisciplinaria e individualizada de acuerdo a los deseos del paciente, edad, tamaño tumoral, compromiso visual y déficit hormonal asociado.

P-07-12 // FEOCROMOCITOMA: DISIMILES PRESENTACIONES DE UN GRAN SIMULADOR

IRAIDINI TABOADA, S.; LOBO, M.; GARAY, L.; MUGNA, N.; IBARRA, M.; BRUNETTI, G.
Hospital Centro de Salud Zenón Santillán. Tucumán, Argentina.

Introducción: El feocromocitoma es un tumor neuroendocrino originado en las células cromafines de la medula suprarrenal, o extrasuprarrenal en ganglios simpáticos y parasimpáticos (paragangliomas). Productor de una cantidad excesiva de catecolaminas, sus metabolitos y otros péptidos vasoactivos. Incidencia de 2-8 casos por 1.000.000 de habitantes. Causa potencialmente curable de hipertensión arterial secundaria.

Objetivos: describir dos casos de feocromocitoma de diferente presentación.

CASO 1: Paciente femenina de 22 años, antecedentes de 3 abortos e hipertensión gestacional. Durante su último embarazo presenta Síndrome de HELLP, realizándose cesárea e histerectomía. Inicia diálisis. Presenta edema agudo de pulmón con requerimiento de ARM. Ecografía Abdominal: en glándula suprarrenal izquierda, masa de aspecto sólido de 28 mm x 26 mm. Catecolaminas plasmáticas normales. No se realiza dosaje de catecolaminas en orina por anuria. RMN abdominal con Gadolinio: en glándula suprarrenal izq: proceso ocupante de espacio, de bordes irregulares y polilobulados de 52 mm. Patrón de intensidad heterogéneo. Rastreo Corporal con M.I.B.G. Iodo 131: Área focal que concentra el radiofármaco en glándula suprarrenal izquierda (podría corresponder a Feocromocitoma). Se realiza tratamiento con alfa y beta bloqueantes con mala respuesta y nuevos episodios de edema agudo de pulmón. Se decide tratamiento quirúrgico, efectuándose suprarrenalectomía izquierda. Anatomía patológica: "Hallazgos compatibles con feocromocitoma de glándula suprarrenal izquierda". Evoluciona favorablemente, con reducción de las cifras tensionales, en plan de diálisis trisemanal.

CASO 2: Varón de 35 años, con antecedentes de hipertensión arterial de 2 años de evolución de difícil manejo. Refiere episodios de sudoración y palpitaciones paroxísticas. Ecografía abdominal: masa de 70 x 70 mm en glándula suprarrenal derecha. TAC de abdomen y pelvis: tumoración suprarrenal derecha con realce heterogéneo de contraste y ligero aumento de la glándula suprarrenal izquierda. RMN de abdomen confirma los hallazgos de la TAC. Catecolaminas en orina: normales. Norepinefrina plasmática: aumentada. Por NAC se realiza TAC de tórax: masa en mediastino superior de 70 x 80 mm, sin adenopatías y derrame pleural derecho. Se sospecha síndrome de MEN 2, se realiza Ecografía tiroidea: nódulo único en lóbulo izquierdo. Hormonas tiroideas normales, pendiente PAAF. Se realiza tratamiento con alfa bloqueantes, con control de sus cifras tensionales, en espera de cirugía programada.

Comentarios: Se describen 2 casos de Feocromocitoma, con diferentes desencadenantes y manifestaciones clínicas que llevaron al diagnóstico. En ambos casos predominó la HTA y las manifestaciones adrenérgicas. En el caso número 2 se estudia la asociación con síndrome de MEN 2. La edad de presentación coincide con la literatura. El tratamiento quirúrgico es la indicación en todos los casos. Se trata de una patología rara de baja prevalencia mundial.