**P 67**

**COMORBILIDADES Y MANEJO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ACROMEGALIA**

Cristián Aguilar, Ángela Garrido Daniela Ávila, Natalia García, Claudia Munizaga, Francisco Cordero, Alejandra Lanas

Sección de Endocrinología y Diabetes, Hospital Clínico Universidad de Chile

**Introducción:** La acromegalia es causada por un exceso de hormona del crecimiento (GH) y el consecuente aumento del factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1).Tiene una incidencia estimada de 3-4 pacientes por millón al año. La causa más frecuente es un adenoma hipofisario secretor de GH. Los pacientes exhiben crecimiento acral excesivo del tejido blando, artritis, obesidad, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus 2 (DM2) entre otros. Estas comorbilidades generan un incremento en mortalidad cardiovascular.

**Objetivos:** Caracterizar una población de pacientes con acromegalia, comorbilidades asociadas y manejo terapéutico.

**Diseño experimental:** Retrospectivo descriptivo.

**Material y Métodos:** Revisión de fichas clínicas, exámenes de laboratorio, Imagenología y biopsias de pacientes con diagnóstico de acromegalia entre 2003 y 2018. Los resultados de expresan como porcentajes, promedios ± DS y rango.

**Resultados:** Durante el periodo analizado 14 pacientes fueron evaluados, 61.5% mujeres (n=8), y 39,5% hombres (n=6), edad promedio de 50,9 años (DS 9,3). Un 69% consulto por cambios acrales, 7,1% diastema, 7,1% oligomenorrea. Además 50% (n=7) presentaba HTA al diagnóstico y 71 % disglicemia (n=10). El IMC promedio fue 27,3 kg/m2 (DS 4,9).El promedio de años desde el inicio de síntomas al diagnóstico fue de 7,7 años (DS 3,3).

El IGF-1 promedio al diagnóstico fue 829,6 ng/ml (rango 476-1241), GH nadir promedio 12,3 ng/ml, prolactina promedio de 67,6 ng/ml (rango 3,9-200). 12 pacientes tenían un adenoma hipofisario > 1 cm y 2 tenían un microadenoma entre 5 y 9 mm. El 84% se realizó cirugía transesfenoidal, un 46.1 % presento complicaciones post quirúrgicas. Como tratamiento de 2 línea, 61 % recibió tratamiento con agonistas dopaminérgicos, 76% utilizo análogos de somatostatina y un 46.1% utilizo radioterapia. El análisis de la biopsia mostró un Ki67 entre 1-2% en un 42% de los pacientes (n=6), 28 % presento Ki67 > 2% (n=4).

Se pesquisa ecocardiograma anormal en un 21% (n=4), colonoscopia anormal en un 35% (n=5) y alteración en ecografía tiroidea un 42 % (n=6). Al momento de esta revisión 12 pacientes estaban con enfermedad activa pero controlada.

**Conclusiones:** la acromegalia es una enfermedad con múltiples manifestaciones tanto clínicas como de laboratorio. Enfermedades de mayor prevalencia como HTA y DM-2 suelen enmascararla y retrasan su diagnóstico. Es importante para los clínicos considerarla y realizar una búsqueda dirigida por las implicancias en morbi-mortalidad cardiovascular.

**Financiamiento:** Sin financiamiento