

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y MANEJO TERAPÉUTICO DE PACIENTES CON ACROMEGALIA.

Cristian Aguilar Dreyse¹, Daniela Ávila Osos¹, Ángela Garrido Maldonado¹, Leslie Echeverría Barría¹, Javiera González Fuenzalida¹, Alejandra Lanús Montecinos¹, Pedro Pineda Bravo¹, Francisco Cordero Anfossi¹

¹Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La acromegalia es causada por exceso de hormona del crecimiento (GH) y el posterior aumento del factor de crecimiento similar a la insulina (IGF-1). Tiene una incidencia estimada de 3-4 casos por millón al año. La causa más frecuente es un adenoma hipofisario secretor de GH. Existe una latencia diagnóstica cercana a los 7 años. La presentación clínica es amplia e incluye: crecimiento acral y tejido blando, osteoartritis, oligomenorrea, obesidad, hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus 2 (DM2) entre otros. Esto genera un incremento en morbi-mortalidad cardiovascular y deterioro calidad de vida.

Objetivos: Caracterizar presentación clínica de pacientes con acromegalia, comorbilidades asociadas y manejo terapéutico.

Diseño experimental: Retrospectivo descriptivo.

Material y Métodos: Revisión de fichas clínicas, exámenes de laboratorio e imagenología en pacientes con diagnóstico de acromegalia entre 2009 y 2019. Los resultados se expresan como porcentajes, promedios \pm DS y rango.

Resultados: Durante el periodo analizado 25 pacientes fueron evaluados, 52% mujeres (n=13), y 48% hombres (n=12), edad promedio de 45,9 años (DS 8,3). Un 56% consultó por cambios acrales y tejido blando, 20% síntomas respiratorios y 8% cefalea. Además 48% (n=12) presentaba HTA al diagnóstico y 56% disglucemia (n=14). El IMC promedio fue 27,5 kg/m² (DS 3,9). El promedio de años desde el inicio de síntomas al diagnóstico fue de 6,7 años. 80% (n=20), estaban eutiroideos al diagnóstico.

El IGF-1 promedio al diagnóstico fue 768,6 ng/ml (rango 411-1241), GH nadir promedio 12,3 ng/ml, prolactina promedio de 67,6 ng/ml (rango 3,9-200). No hubo alteración de otros ejes hipofisarios. 20 pacientes tenían un adenoma hipofisario > 1 cm y 5 un microadenoma entre 5 y 9 mm. El 92% se realizó cirugía transesfenoidal. Como tratamiento de segunda línea, 48% recibió tratamiento con agonistas dopaminérgicos, 64% utilizó análogos de somatostatina y tratamiento dual 44% (n=11). Se pesquisó ecocardiograma anormal en un 16% (n=4), colonoscopia anormal en un 17% (n=6) y alteración en ecografía tiroidea un 40% (n=10). Al momento de esta revisión 16 pacientes estaban con enfermedad controlada bioquímicamente. Destaca que los microadenomas tuvieron criterios de curación de enfermedad desde el inicio.

Conclusiones: la acromegalia es una enfermedad con variada presentación tanto clínica como de laboratorio. Enfermedades crónicas de mayor prevalencia como HTA y DM-2 pueden subestimar su diagnóstico. Es importante para los clínicos considerarla y realizar una búsqueda dirigida por la morbi-mortalidad cardiovascular concomitante.

Financiamiento: NO