

dosis de insulina 0,93 U/kg/día, 4,2±1,22 bolus/día. El 90,5% recibe tratamiento con múltiples dosis de insulina (MDI). Tratamiento con ISCI/MDI: número de bolus/día MDI 4,07 Vs. ISCI 6,8, (p=0,01), dosis de insulina/día, HbA1c, número glucemias/día entre ambos grupos p=NS.

El número de bolus tiene una correlación negativa con la HbA1c (p=0,021); el número de glucemias se correlaciona negativamente con la HbA1c, glucemia media y variabilidad (p NS).

Los adolescentes que realizan ejercicio físico ≥3 veces/semana (64,3%) presentan mejor control metabólico que los que no lo realizan (HbA1c 7,4% Vs HbA1c 8,3%; p=0,02). El 9,5% de los adolescentes refirieron fumar y el 38,1% consumir alcohol, fumar (p=0,026) y beber (p NS) se asocian con peor control metabólico.

El 64,3% de los adolescentes realizan control glucémico antes de administrarse un bolus, pero el 95,2% admiten su omisión en alguna ocasión.

El 12,2% ha precisado control por el psicólogo, de estos el 75% querrían disponer de una consulta específica de adolescentes con diabetes en la que se dispusiera de uno. La solicitud global de una consulta específica fue 64,95%, siendo los peor controlados los que más la demandan.

Conclusiones:

Realizar deporte >3 veces/semana se asocia a un buen control metabólico.

El consumo de alcohol, tabaco, la menor administración de bolus y determinaciones glucémicas se asoció a peor control metabólico.

Existe una demanda elevada por parte de los adolescentes, principalmente en aquellos peor controlados, de crear unidades específicas para guiar en el autocuidado de la enfermedad y disponer de ayuda psicológica.

10.3266/RevEspEndocrinolPediatri.pre2015.Apr.298

Gónadas

O3/d3-028

ESTUDIO DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA, COMPOSICIÓN CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO CON ANÁLOGOS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS DURANTE LA INFANCIA

M. López Úbeda¹, A. De Arriba Muñoz², A. Garza Esp², S. Congost Marín³, M. Ferrer Lozano², JI Labarta Aizpún²

⁽¹⁾ Hospital Universitario Miguel Servet. ⁽²⁾ Hospital Universitario Miguel Servet. Endocrinología Pediátrica. Zaragoza. ⁽³⁾ Hospital de Barbastro. Pediatría.

Introducción:

El tratamiento con análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (a-LHRH) está indicado en la pubertad precoz central, pero es poco conocido su efecto a largo plazo sobre la composición corporal, la densidad mineral ósea (DMO) y la calidad de vida (CdV).

Objetivo:

Evaluar el estado de salud percibida física, psíquica y social y analizar la DMO y la composición corporal en mujeres adultas que han llevado tratamiento con a-LHRH.

Material y métodos:

Estudio descriptivo de 31 pacientes tratadas con a-LHRH en la infancia. Edad adulta: 21,16±4,41 años. Duración del tratamiento: 33,20±12,60 meses. Dosis: 71,87±20,83 mcg/kg/mes. Variables analizadas: peso, talla, IMC, perímetro abdominal, perímetro cadera, índice cintura/cadera, índice HOMA, DMO por DEXA y entrevista personal con realización del cuestionario de CdV SF-36.

Resultados:

El tiempo medio transcurrido entre el fin de tratamiento y la primera menarquía fue de 13,07±8,38 meses. Edad menarquía: 12 ±2 años. El análisis de la composición corporal se expone en la tabla 1. Un 19,4% y un 22,6% de las pacientes presentan una elevación del índice cintura/cadera (>0,8) y del perímetro abdominal (>80cm) respectivamente. Un 6,5% presentaban sobrepeso (IMC ≥25 kg/m²), y un 9,7% obesidad (IMC ≥30 kg/m²). El 16,1% de los pacientes presenta un índice de HOMA elevado. El valor medio de la DMO fue de -0,9±1,40 SDS. El 72,7% eran normales, un 22,7% presentaban osteopenia y un 4,6% osteoporosis. En el cuestionario de CdV no se observan diferencias con los valores de referencia en la mayoría de las dimensiones (p >0,05). Un 33,3% de las pacientes referían en la entrevista personal trastornos de ansiedad y en más de la mitad de los casos (66%) precisaban tratamiento farmacológico. El 61,3% creen que su salud es similar al año previo y un 19,4% que ha mejorado. Un 38,7% están satisfechas con la talla adquirida y a un 32,3% no les importa la misma.

| EXPLORACIÓN ADULTA | |
|--------------------------|--------------|
| | MEDIA ± SDS |
| PESO (SDS) | -0,21 ± 1,66 |
| Talla (SDS) | -1,09 ± 1,26 |
| IMC (Kg/m ²) | 22,07 ± 3,74 |
| Perímetro abdominal (cm) | 71,0 ± 10 |
| Perímetro cadera (cm) | 94 ± 12 |
| Índice cintura/cadera | 0,75 ± 0,06 |

Conclusiones:

El 27,3% de las pacientes adultas tratadas con a-LHRH presentan disminución de la DMO. No se ha observado mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. La sensación de CdV es similar a la población normal si bien el 33,3% refiere trastornos de ansiedad.

O3/d3-029

FUNCION GONADAL Y PREVALENCIA DEL SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO EN MUJERES ADULTAS QUE HAN RECIBIDO TRATAMIENTO CON ANÁLOGOS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS: ESTUDIO PRELIMINAR

M. López Úbeda¹, A. De Arriba Muñoz², L. Cardiel Valiente², L. Rodríguez Lázaro³, M. Ferrer Lozano², JI. Labarta Aizpún²

⁽¹⁾ Hospital Universitario Miguel Servet. ⁽²⁾ Hospital Universitario Miguel Servet. Endocrinología Pediátrica. Zaragoza. ⁽³⁾ Hospital Universitario Miguel Servet. Ginecología y Obstetricia. Zaragoza

Introducción:

Existen datos dispares en cuanto a la prevalencia del Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) tras la retirada del tratamiento de análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (aLHRH).

Objetivo:

Evaluar la función gonadal y la prevalencia del SOP en una cohorte de mujeres jóvenes que han llevado tratamiento con a-LHRH durante la infancia.

Material y métodos:

Estudio de 31 mujeres tratadas con aLHRH en la infancia durante 33,20±12,60 meses. Edad menarquéica: 12±2 años. Han sido estudiadas 8±3,5 años tras la menarquía (edad: 21,16±4,41 años). Tiempo transcurrido entre el fin de tratamiento y la primera menarquía: 13,07±8,38 meses. Se realizó entrevista personal, examen físico, determinación analítica de la función gonadal y ecografía entre el 2º y 4º día de ciclo menstrual.

Resultados:

Un 32,3% de las mujeres presentaba oligomenorrea, 29% hiperandrogenismo clínico (escala de Ferriman-Gallwey superior a 8), 25% hiperandrogenismo bioquímico y 34,8% criterios ecográficos de OP. Un 51,6% presentaban ciclos menstruales regulares. Los resultados analíticos se reflejan en la tabla 1. Un 45,8% de las pacientes cumplían los criterios internacionales de SOP (criterios de Rotterdam y de la Sociedad de Exceso de Andrógenos). El fenotipo más prevalente de SOP fue oligomenorrea e hiperandrogenismo clínico. Un 45,2% de dichas mujeres reciben tratamiento con anticonceptivos

orales. Un 6,5% presentaban sobrepeso (IMC ≥25 kg/m²), y un 9,7% obesidad (IMC ≥30 kg/m²). 3 mujeres tenían descendencia (una de ellas con antecedente de un aborto espontáneo) y una estaba embarazada.

Conclusiones:

La suspensión del tratamiento con aLHRH se acompaña de una recuperación de la función gonadal. La prevalencia de SOP tras la retirada del tratamiento parece ser mayor que en la población general.

| ESTUDIO ANALÍTICO | MEDIA Y SDS | ESTUDIO ECOGRÁFICO | MEDIA Y SDS |
|-----------------------------------|-------------|--------------------------------|-------------|
| Estradiol (pg/mL) | 31,5±22,75 | Volumen ovárico derecho (ml) | 4,25±1,71 |
| LH (mUI/mL) | 4,6±3,9 | Volumen ovárico izquierdo (ml) | 3,68±1,98 |
| FSH(mUI/mL) | 6,1±2,47 | Nº folículos ovario derecho | 7±5,5 |
| Inhibina B (pg/mL) | 70,62±55,40 | Nº folículos ovario izquierdo | 6±2,75 |
| Hormona antimülleriana (ng/mL) | 6,1±16,70 | Volumen uterino (ml) | 31,71±20,38 |
| Testosterona total (ng/mL) | 0,49±0,30 | | |
| Testosterona libre (pg/mL) | 0,38±0,32 | | |
| Androstendiona (ng/mL) | 2,97±1,39 | | |
| Índice de andrógenos libres (FAI) | 2,2±1,97 | | |

10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2015.Apr.300

Metabolismo y Nutrición**O4/d3-030**

HIPOFOSFATASIA GRAVE PERINATAL Y DEL LACTANTE: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE HISTORIA NATURAL

GA. Martos Moreno¹, J. Argente¹, M.P. Whyte², E. Leung³, W. Wilcox⁴, J. Liese⁵, A. Reeves², A. Melian⁶, T. Odrjin⁷, H. Zhang⁷, C. Hofmann. En nombre de los investigadores investigadores del estudio ENB-011-10⁴

⁽¹⁾ Servicio de Endocrinología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Departamento de Pediatría. UAM. CIBERObn. ISCIII. ⁽²⁾ Shriner's Hospital for Children, St. Louis, MO, USA. ⁽³⁾ University of Manitoba, Winnipeg, MB, Canada. ⁽⁴⁾ Emory University, Atlanta, GA, USA. ⁽⁵⁾ University Children's Hospital, University of Würzburg, Würzburg, Germany. ⁽⁶⁾ Alexion Pharmaceuticals, Cheshire, CT, USA; ⁽⁷⁾ Alexion Pharmaceuticals, Cambridge, MA, USA.

Antecedentes:

La hipofosfatasa (HPP) es una infrecuente enfer-