

x 10⁻¹⁰), circunferencia de la cintura (p=0,011), pérdida de masa grasa (p=2,9 x 10⁻⁴) e índice cintura/altura (p=0,006). En concreto, este modelo explicaba un 25,2% de la pérdida de IMC-SDS tras la intervención. De forma individual, tanto el rs670 del gen ApoA1 (B=-0,210; p=3,5 x 10⁻⁵), como el rs1800777 del gen CETP (B=-0,507; p=0,003) se asociaron significativamente con la pérdida de IMC-SDS.

Conclusión:

La respuesta a una intervención para la pérdida de peso en adolescentes españoles con sobrepeso u obesidad parece estar influenciada por la presencia de dos SNPs en los genes ApoA1 (rs670) y CETP (rs1800777), sugiriendo que cambios en el metabolismo lipídico debidos a estas variantes genéticas pueden ser los responsables de una mejor repuesta a una intervención integral para la pérdida de peso.

Suprarrenales

doi: 10.3266/RevEspEndocrinolPediatri.pre2013.Apr.183

O4/d3-031

INSUFICIENCIA SUPRARENAL TRAS RETIRADA DE TRATAMIENTO GLUCOCORTICOIDEO.

M. González Moreno, J. Pérez Sánchez, G. Roca Gardeñas, M. Solosna Gadea, J. Rivera Luján, R. Corripio Collado.

Hospital Parc Tauli Sabadell, Sabadell.

Introducción y objetivos:

El uso de dosis elevadas y prolongadas de glucocorticoides puede llevar a la supresión del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal con riesgo de insuficiencia suprarrenal. En dosis intermedias no está tan definido y no existe consenso sobre la pauta de retirada a seguir. El objetivo de este estudio fue evaluar la función adrenal en pacientes con tratamiento prolongado con glucocorticoides así como el tiempo de recuperación dicha función.

Material y métodos:

Se recogieron de manera retrospectiva aquellos niños con tratamiento corticoideo de > 2 semanas de duración entre enero 2008 y febrero 2013. Se evaluaron dosis y duración del tratamiento y respuesta adrenal ante el test de estimulación con 1 mcg de ACTH, evaluando los picos de cortisol a los 0', 30' y 60' (respuesta positiva pico >18mcg/dL). En aquellos con insuficiencia suprarrenal se evaluó el tiempo en recuperar la función suprarrenal mediante test de estímulo sucesivos.

Resultados:

Se estudiaron 20 pacientes (9 niñas, 11 niños), con edades entre 1m y 17a (8 menores de 2 años). Once (60 %) presentaban fenotipo cushingoide.

Como patología de base 5 presentaban patología dermatológica, 5 neurológica, 6 respiratoria, 1 cardiológica y 3 inmunológica. Mediana de duración tratamiento corticoideo 4.2 meses (rango 15 días - 22 meses) con una dosis media equivalente a 1.21+/-1.03 mg/kg de prednisona. Se realizó el primer test finalizada la pauta descendente que mostró respuesta insuficiente en trece pacientes. No hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los que responden y los que no en cuanto a dosis y días de tratamiento, aunque se observan tratamientos de menor duración entre los que presentan mejor respuesta inicial. Se realizaron sucesivos test hasta recuperación de la función adrenal, que ocurre a los 7 meses de mediana (rango 5.46-17.81 meses). Cuatro de los pacientes aun reciben tratamiento corticoideo sustitutivo.

Comentarios:

A dosis habituales se ha encontrado una supresión del eje en el 65% nuestros pacientes que tarda hasta 7 meses en recuperarse pese a realizar retirada progresiva. Esto indica la necesidad de la evaluación de la función adrenal antes de la suspensión de un tratamiento glucocorticoideo de > 2 semanas de duración.

O4/d3-032

VALIDEZ DE LA DETERMINACIÓN BASAL DE 17OH-GESPROTERONA COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO DE LAS FORMAS NO CLÁSICAS DE HSC.

A. Barasoain Millán¹, Olga Patiño Hernández¹, Cristina Notario Muñoz¹, Carolina Bezanilla Lopez¹.

⁽¹⁾ Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Introducción:

La sospecha diagnóstica de HSC no clásica (HSC NC) es habitual en la infancia ante adrenarquia precoz e hiperandrogenismo. Su escasa incidencia unida a la disponibilidad limitada del test de ACTH, llevan a contemplar otros marcadores en el despistaje de esta patología.

Objetivo:

Comprobar la utilidad y validez de la determinación basal de 17OH-Progesterona, Androstendiona y DHEA-S en el diagnóstico de HSC NC. Estimar la validez estadística de los diferentes puntos de corte de las variables a estudio.

Material y métodos:

Se analizaron los valores basales de 17OH-P y tras estímulo con ACTH sintética (250 mcg), Androstendiona y DHEA en los todos pacientes pediátricos sometidos a esta prueba desde los años 2002-2012 en un hospital secundario. Se recogieron los datos epidemiológicos, bioquímicos y clínicos que indica-

ron la prueba. Se define HSC NC como 17OHP >10 ng/ml tras test y confirmación genética e hiperandrogenismo suprarrenal funcional (HSF) 17OHP>5 ng/ml tras estímulo.

Resultados:

De los 135 elegibles, se halló una prevalencia del 8% HSC NC y del 9% en el caso de HSF. La edad media al inicio de los síntomas fue de 6,7 años (IC95:6,3-7,1) y la indicación mayoritaria del test fue la pubarquia precoz (67,2%) con un adelanto medio de la edad ósea respecto a la cronológica de +1,5 años. Un valor basal de 17OH-P>1,1 ng/ml mostró una sensibilidad del 90,1% y especificidad del 75% para el diagnóstico de HSC NC (AUC:0,95). Un punto de corte de 17OH-P>2 ng/ml arroja una sensibilidad del

80,2% elevando la especificidad al 99,9%. Así mismo aunque con menor asociación (AUC: 0,75), en el grupo HSC se hallaron valores de androstendiona superiores ($p<0,01$) respecto al resto de la muestra (1,5 ng/ml vs 0,7 ng/ml). No se encontró relación entre DHEA-S basal y el diagnóstico final.

Conclusiones:

El diagnóstico de HSC NC pese a su relativa baja incidencia debe seguir considerándose ante situaciones de adrenarquia precoz en niños <7 años. Valores basales de 17OH-P >1 ng/ml y en menor medida Androstendiona >0,75 ng/ml deben seguirse, tal y como señalan otros estudios, de la realización de test dinámico con ACTH para esclarecer el diagnóstico.