

PRESENTACIONES POSTER Y ORALES

PRESENTACION POSTER - 1

ALTERACION DE PARAMETROS LIPIDICOS EN PACIENTES OLIGOMENORREICAS CON POLIQUISTOSIS OVARICA Y ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD METABÓLICA

S. PRADIER [*]; S. CARBONE; S. LEIDERMAN; S. BONSERGENT; M. MONGITORE;
M. DICUGNO; G. MAYA; J. MOGUILEVSKY;

Hospital Británico de Buenos Aires y Universidad Favaloro, CABA, AR

OBJETIVOS: Estudiar la influencia de los antecedentes hereditarios sobre la presencia de alteraciones metabólicas en pacientes con poliquistosis ovárica oligomenorreicas (PCO-O).

MATERIAL Y METODO: Se incluyeron 71 pacientes PCO-O (edad: 24.6 ± 5.1) atendidas en un hospital privado de Bs. As. Se diagnosticó PCO por criterio de la Sociedad de Exceso de Andrógenos 2006. Se determinaron: índice de masa corporal (IMC kg/m²); insulina (uUI/ml); colesterol total, HDL y LDL (mg/dl); triglicéridos (mg/dl); SHBG (nmol/ml); testosterona libre (pg/ml) y biodisponible (ng/ml). Las pacientes se agruparon por: 1) Presencia o ausencia de antecedentes familiares de enfermedad metabólica; 2) Normopeso (IMC<25) y exceso de peso (IMC≥25). Métodos estadísticos usados: test de Mann-Whitney y test de correlación de Spearman.

RESULTADOS: Las pacientes PCO-O con antecedentes metabólicos familiares fueron: 43/71 (60.5 %). Con antecedentes familiares y alguna alteración lipídica hubo: 24/43 (55.81%), siendo HDL el parámetro más frecuentemente alterado: 21/24 (87.5 %). No se vieron diferencias significativas en SHBG, insulina, testosterona libre y biodisponible entre mujeres PCO-O con y sin antecedentes familiares. Entre las que tenían antecedentes hereditarios, las que presentaron alteraciones lipídicas mostraron significativo descenso de SHBG (27.79 ± 4.01 vs 51.50 ± 7.67 p<0.01) y aumento de insulina (13.89 ± 2.16 vs 8.0 ± 1.53 p<0.01) respecto al grupo PCO-O con antecedentes familiares y lípidos normales. La SHBG correlacionó negativamente con IMC en el grupo PCO-O que tenía antecedentes familiares (Spearman $r = -0.6596$; p<0.001) y en el grupo sin antecedentes (Spearman $r = -0.4177$; p<0.05). Cuando diferenciamos según IMC, las pacientes POC-O con antecedentes hereditarios, lípidos alterados y exceso de peso, presentaron niveles menores de SHBG (27.8 ± 4.0 vs 43.9 ± 5.1 p<0.05) y de HDL (38.6 ± 1.80 vs 46.88 ± 2.17 p<0.05); mayores de insulina (23.58 ± 5.65 vs 7.25 ± 1.66 p<0.01) y similares de testosterona libre y biodisponible, con respecto al grupo PCO-O normopeso.

CONCLUSIONES: Las pacientes PCO oligomenorreicas con antecedentes familiares deberían ser estudiadas en forma temprana, por su propensión a presentar alteraciones precoces del perfil lipídico aún con normopeso ¿por hiperandrogenismo? Las obesas aumentan su riesgo a futuro de desarrollar enfermedad cardiovascular y diabetes, porque asocian aumento de insulina y descenso de SHBG.

PRESENTACION POSTER - 2

ALTERACIONES DE LA FUNCION REPRODUCTIVA EN RATAS CON SINDROME METABOLICO.

EFFECTOS DE LA ADMINISTRACION DE MELATONINA.

N. CARDOSO [*]; P. SCACCHI BERNASCONI; M. PANDOLFI; N. MOLARO;
D. CARDINALI; P. SCACCHI; R. REYNOSO;

Laboratorio de endocrinología. Departamento de fisiología. Facultad de medicina. UBA; Departamento de biodiversidad y biología experimental. FCEYN. UBA; Facultad de Ciencias Médicas. Pontificia Universidad Católica Argentina, CABA, AR

Es conocido que pacientes con Síndrome Metabólico (SM) exhiben alteraciones en la función reproductiva. Melatonina (Mel) es capaz de reducir el peso corporal, la adiposidad intraabdominal y la insulina, por lo que se sugiere que el tratamiento con Mel podría mejorar el SM y restaurar la función reproductiva. El objetivo del presente trabajo fue estudiar las alteraciones del eje reproductor de ratas macho adultas con SM por ingesta de fructosa y evaluar los efectos de la administración de Mel en estos animales. Se estudiaron cuatro grupos de animales, sometidos a los siguientes tratamientos: 1) etanol al 0,1% (control), 2) fructosa al 10% (Fru), 3) Mel 25 mg/l, 4) Fru+Mel. Se determinaron los niveles de LH (RIA, ng/ml) y testosterona sérica (RIA, nmol/l), peso corporal y pesos

relativos de testículos. Los testículos fueron posteriormente fijados, incluidos en parafina y secciones transversales de los mismos fueron coloreadas con Hematoxilina-Eosina. Los niveles de LH aumentaron con el tratamiento con Fru respecto del control (33 ± 2 vs 45 ± 3 , $p<0.05$), efecto que fue revertido por Fru+Mel (20 ± 2 vs 45 ± 3 , $p<0.001$). La testosterona disminuyó significativamente con los tres tratamientos al compararlos con el control (2.10 ± 0.01 vs 0.102 ± 0.001 $p<0.001$, 0.12 ± 0.01 $p<0.001$, 0.15 ± 0.02 $p<0.001$); mientras Fru+Mel incrementó significativamente el valor de testosterona respecto de Fru (0.102 ± 0.001 vs 0.15 ± 0.02 , $p<0.01$). El tratamiento con Fru incrementó significativamente el peso corporal respecto al grupo control (351 ± 1 vs 400 ± 1 , $p<0.001$), efecto no revertido por Fru+Mel. Fru disminuyó el peso relativo testicular respecto del control (0.441 ± 0.002 vs 0.404 ± 0.001 , $p<0.01$); efecto no modificado por el tratamiento conjunto. La morfología testicular mostró que el tratamiento con Fru, y en menor medida con Fru+Mel, produjo cierta desorganización en el compartimiento intersticial, con reducción aparente del tamaño de los núcleos de las células de Leydig. Se observó además reducción en el diámetro de los túbulos seminíferos y menor cantidad de espermatozoides en los mismos, respecto al grupo Control y Mel. En varios túbulos seminíferos se observaron desarreglos en la organización del epitelio germinal, sin diferencias cualitativas entre los grupos Control y Mel. La reversión de los efectos de Fru, sobre los niveles de LH, testosterona y sobre la morfología testicular, por Mel sugieren que ésta podría mejorar la función reproductora de la rata macho con SM

PRESENTACION POSTER - 3

ALTERACIONES DE TIPO PRO-INFLAMATORIO EN LA PLACENTA DE PACIENTES CON DIABETES TIPO 2

E. CAPOBIANCO; D. FORNES [*]; R. HIGA; I. DI MARCO; M. BASUALDO; C. FAINGOLD;
A. JAWERBAUM; M. MAZZUCCO; V. WHITE;
Laboratorio de Reproducción y Metabolismo.CEFyBO-CONICET-Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; División Obstetricia del Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá";
Hospital Dr. César Milstein, Ciudad de Buenos Aires, AR

La diabetes tipo 2 es una patología cuya incidencia se incrementa día a día en la edad reproductiva. En este estudio se evalúa al tejido placentario de mujeres sanas y con diabetes tipo 2 a fin de identificar alteraciones de tipo pro-inflamatorio vinculadas a la remodelación de la matriz extracelular y a la infiltración de células del sistema inmune. Con conocimiento informado de los pacientes, se obtuvo el tejido placentario a término en el alumbramiento. El mismo fue procesado y preparado para la determinación de metaloproteasas 2 y 9 mediante zimografía, y para la evaluación del factor de crecimiento de tejido conectivo CTGF y marcadores de infiltración de neutrófilos (mieloperoxidasa) en cortes parafinados mediante inmunohistoquímica. Resultados: El grupo de pacientes sanos ($n=12$) y diabéticos ($n=12$) presentaron similar edad, paridad y edad gestacional. Las glucemias en ayunas del grupo diabético, bajo tratamiento insulínico, fueron mayores que el grupo control. El peso fetal y el peso placentario fueron mayores en el grupo diabético en relación al control ($p<0.05$). La actividad de las metaloproteasas MMP-2 y MMP-9, enzimas proteolíticas capaces de degradar diversos componentes de la matriz extracelular, se encontraron incrementados en la placenta de pacientes diabéticos en relación al control ($p<0.01$). En forma paralela, se encontró mayor expresión de CTGF, factor pro-fibrótico que regula la deposición de la matriz extracelular, en placentas de pacientes diabéticos en relación al control ($p<0.001$). Además, se encontraron incrementados los niveles de mieloperoxidasa, marcador de la infiltración de neutrófilos, en la placenta de mujeres diabéticas en relación al control ($p<0.05$). Conclusiones: La diabetes tipo 2 induce en el tejido placentario a término un entorno pro-inflamatorio, caracterizado por anomalías en la regulación de los procesos de remoción y deposición de la matriz extracelular y la infiltración de células del sistema inmune.

PRESENTACION POSTER - 4

ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LA FRAGMENTACION DEL DNA ESPERMATICO OBTENIDO MEDIANTE EL TEST DE TUNEL POR CITOMETRIA DE FLUJO. NUESTRA EXPERIENCIA.

M. GUINZBURG; S. MONTERO; M. ANTISTA [*]; L. BACCINI; P. FERNANDEZ;
IACA Laboratorios, Bahía Blanca, AR

INTRODUCCION: el estudio de defectos que afecten la integridad del genoma espermático es fundamental para predecir tanto el logro como la viabilidad de un embarazo. El mismo es independiente de los aspectos macroscópicos y microscópicos que pueden observarse mediante el estudio integral de las variables espermáticas, en el cual estudiamos el volumen, pH, licuefacción, vitalidad, concentración de espermatozoides, movilidad y morfología. **OBJETIVO:** evaluar los resultados obtenidos del test de Tunel y correlacionar el grado de daño del DNA espermático con los parámetros del espermograma. **MATERIALES Y METODOS:** se analizaron en forma retrospectiva 40 muestras de semen, de hombres entre 26 y 46 años, que fueron recolectadas cumpliendo las condiciones preanalíticas establecidas por la OMS. Se les realizó espermograma completo y test de Tunel (Terminal Desoxi-Nucleotidil Uridin Trifosfato, dUPT, Deoxynucleotidil Tranferase Nick-End Labelling Assay) (In Situ Cell Death Kit - Roche). Se empleó un Citómetro de Flujo Facscalibur de cuatro colores (Beckton Dickinson). Para el análisis estadístico se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman. **RESULTADOS:** de los 40 pacientes analizados, 4 resultaron test de Tunel positivo (>30%), y los restantes, test de Tunel negativos (< 30%) La comparación del test de Tunel con la morfología espermática, movilidad progresiva (a+b), y recuento de espermatozoides/ml arrojó los siguientes resultados: $r=0.37$, $r= 0.10$; $r= 0.46$ respectivamente; ($p < 0,05$). Los pacientes con test de Tunel positivo presentaron movilidad (a+b): 48.0 ± 10.0 ; morfología: 11 ± 3 y recuento espermático: 175 ± 53 , expresados como media y desvío standard. **CONCLUSION:** no existe una buena correlación entre un estudio básico de semen y el estudio de la integridad del DNA espermático. Los 4 pacientes con test de Tunel positivo presentaron alteraciones leves en la motilidad o morfología. En cambio, los pacientes con test de Tunel negativo, demostraron alteraciones leves, moderadas o graves en los parámetros analizados del espermograma. Por lo tanto, se sugiere incorporar en la evaluación del factor masculino el test de Tunel, por ser una variable importante en el estudio de la fertilidad masculina y en el futuro tratamiento de la pareja con deseos de fertilidad.

PRESENTACION POSTER - 5

ANOMALIAS ACROSOMALES Y SU IMPACTO EN LA FERTILIZACION EN PACIENTES QUE REALIZAN TRATAMIENTOS DE REPRODUCCION ASISTIDA (TRA)

M. HUERTA LORENZETTI; M. UGOZZOLI LLUGDAR [*]; A. QUINTEIRO RETAMAR;
C. ALVAREZ SEDO; B. RIESTRA;
CEGyR, AR

Objetivo: Comparar las tasas de fertilización entre pacientes con anomalías acrosomales (hipoplasia, Globozoospermia) vs. espermatozoides normales luego de la inyección intracitoplasmática.

Materiales y Métodos: Se evaluaron 14 pacientes infértiles por factor masculino con indicación de estudio ultraestructural de microscopía electrónica de transmisión (ME) ($K \leq 4\%$). Tomando en consideración el hallazgo de anomalías acrosomales, el diagnóstico por microscopía fue: Normales (5), Hipoplasia acrosomal (6) y Globozoospermia (3). Todos los pacientes realizaron TRA, en el caso de pacientes con hipoplasia acrosomal, 3 de ellos realizaron IMSI (Inyección de espermatozoides morfológicamente seleccionados), por el contrario el resto de los pacientes realizó ICSI (Inyección intracitoplasmática de espermatozoides) convencional. Luego de las 16 horas post-inyección (ICSI o IMSI), se evaluó la formación de 2 pronúcleos (2PN, fertilizados normales). Se comparó entre los grupos la tasa de fertilización, empleando el estadístico t-Student (Medcalc).

Resultados: En el grupo con ME normal la edad promedio masculina y femenina fue de 37.2 y 37 respectivamente. El promedio de ovocitos aspirados y MII fue de 12 y 9 respectivamente. La tasa de fertilización fue

del 91.1%. En el grupo con hipoplasia acrosomal que realizaron ICSI la edad promedio masculina y femenina fue de 41y 37 respectivamente. El promedio de ovocitos aspirados y MII fue de 6 y 5.3 respectivamente. La tasa de fertilización fue del 61.1%. En el grupo con hipoplasia acrosomal que realizaron IMSI la edad promedio masculina y femenina fue de 35.7 y 38 respectivamente. El promedio de ovocitos aspirados y MII fue de 5.3 y 4.7 respectivamente. La tasa de fertilización fue del 87.8%. En el grupo con Globozoospermia la edad promedio masculina y femenina fue de 36 y 34 respectivamente. El promedio de ovocitos aspirados y MII fue de 8 y 6.7 respectivamente. La tasa de fertilización fue del 3% ($p<0.05$).

Conclusiones: La técnica de ICSI es el tratamiento de elección para pacientes infértiles con patología acrosomal. Si bien es cierto no se logró demostrar la significancia estadística, la adición de la selección espermática en alta magnificación (IMSI) podría mejorar las tasas de fertilización en pacientes con hipoplasia acrosomal. Los pacientes con Globozoospermia presentan un pobre pronóstico en TRA debido a la ausencia total de proteínas activadoras del ovocito.

PRESENTACION POSTER - 6

BIOPSIA DE BLASTOCISTO Y TRANSFERENCIA EN CICLO DIFERIDO

A. GALLO; J. MINCMAN; M. DUCATELLI; A. MONDADORI; R. COCO [*];
Laboratorio ReproGenoma-Fecunditas Medicina Reproductiva-afiliado a UBA, CABA, AR

La innovación tecnológica ha hecho posible que el PGD se realice en blastocisto y que la transferencia de los normales se efectúe en un ciclo con endometrio preparado fisiológicamente con estrógenos y progesterona. Se presenta el resultado obtenido en una serie de 48 ciclos de PGD pertenecientes a 36 pacientes por biopsia de blastocisto y transferencia no en fresco. Veintiséis pacientes realizaron un ciclo, 7 dos ciclos, 1 tres ciclos y 1 cuatro ciclos. Edades de las mujeres entre 20 y 44 años. Los motivos del PGD fueron por: mayor riesgo para enfermedades monogénicas ($n=21$), translocaciones cromosómicas ($n=5$), recurrencia de aneuploidías ($n=3$), tipificado de HLA ($n=5$), por isoimmunización RHD ($n=1$) y PGSS ($n=1$). Los estudios genéticos fueron abordados por miniselección, ligamiento o cariotipado molecular (aCGH). Un requisito previo fue la predicción de un cierto número de blastocistos a obtener. Todos los ciclos iniciados fueron aspirados excepto uno. De los 47 ciclos aspirados 14 no llegaron a blastocisto. Treinta y tres ciclos llegaron al estadio de blastocisto, 21 de ellos de buena calidad (grupo I) y 12 entre regular y mala (grupo II) por la apariencia de sus células, por la poca celularidad en el macizo celular interno y trofoectodermo o por la poca cavitación. La biopsia se efectuó en día 5-6. Se favoreció la eclosión perforando en día 3 la membrana pelúcida con un disparo de rayo láser microscópico durante 10 milisegundos a los embriones que tenían más de cinco células. En el grupo I de 95 blastocistos biopsiados, 41 fueron normales y se transfirieron 26 blastocistos en 16 pacientes, lográndose 7 embarazos (44%). En el grupo II de 29 biopsiados 11 fueron normales y se transfirieron 7 blastocistos en 5 pacientes, lográndose un embarazo (20%), siendo entonces la tasa global por paciente transferido 38%. Estos resultados nos han entusiasmado para convertir la biopsia de trofoectodermo, vitrificación y transferencia en un ciclo posterior, en un procedimiento de rutina en nuestro programa de diagnóstico preimplantatorio, debido a la mayor eficacia y eficiencia ganada respecto al de biopsia de blastómeras. Además la biopsia de trofoectodermo tendría el mismo valor que el diagnóstico prenatal en vellosidad coriónica con la ventaja de no correr el riesgo de la contaminación materna. Por lo tanto, las pacientes que decidan corroborar el resultado del PGD deberían hacerlo en amniocitos.

PRESENTACION POSTER - 7

COMPARACION DE EFECTOS SECUNDARIOS ENTRE DOS ANTICONCEPTIVOS ORALES CON DIFERENTE CARGA ESTROGENICA

G. SCHETTINI [*]; S. CARBONE; J. MOGUILEVSKY; S. TATTI; S. LEIDERMAN;
Carrera de Especialización en Endocrinología Ginecológica y de la Reproducción, Facultad de Posgrado,
Universidad Favaloro, CABA, AR

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Los anticonceptivos orales combinados (ACOs) producen efectos secundarios físicos y/o emocionales, debidos al contenido hormonal, que inciden en la continuidad en su uso. Se evaluó la presencia de efectos colaterales, comparando dos ACOs con diferente carga estrogénica.

MATERIAL Y METODO: estudio observacional; $n=46$ mujeres (consultorio de Obra Social, Bs.As.). Se

usaron ACOs: dosis alta (DA) (etinilestradiol 0.03 mg+drosperinona 3 mg) y dosis baja (DB) (etinilestradiol 0.02 mg+drosperinona 3 mg). Se investigó edad, tabaquismo, sedentarismo, autopercepción del estado de salud (muy bueno-bueno-regular) e incidencia de efectos secundarios. Se descartó depresión previa, que distorsionara los síntomas, usando Inventario de Depresión de Beck. Se listaron 47 efectos colaterales, agrupados por incidencia en total de muestra: alta (IA): más 50 %; media (IM): entre 30-50%; baja (IB): menos 30%. Las respuestas de pacientes se valoraron por escala de Likert (no presentó síntoma; presentó síntoma). Los datos se compararon por prueba de Irwin Fisher (nivel de significación $p=0.05$).

RESULTADOS: No hubo diferencias entre DA y DB, en edad ($28,3 \pm 7,7$ vs. $23,9 \pm 5,6$ años) y hábito tabáquico (35% vs. 38%). En DB se vio mayor sedentarismo (75% vs. 60%) y autopercepción de estado de salud muy bueno-bueno (81% vs. 70%). En el grupo DA: 1) Se detectó mayor proporción de algunos efectos de IA: cansancio (85% vs. 75%); cambio cíclico mamario (75% vs. 50%); irritabilidad (70% vs. 50%); nerviosismo (65% vs. 50%); dilatación venosa de piernas (70% vs. 38%) y dismenorrea (55% vs. 44%); 2) No hubo significativa diferencia en efectos de IM, pero se vio tendencia a mayor porcentaje de crecimiento cíclico de mama (50% vs. 44%) y aumento cíclico de peso (45% vs. 38%); 3) Aumentaron algunos efectos de IB significativamente: calambres miembros inferiores (40% vs. 6%); mucorrea (35% vs. 19%); herpes (30% vs. 19%); hipermenorrea (20% vs. 6%); hipertensión (20% vs. 6%). El incremento de peso no cíclico (DA: 40% vs. DB: 38 %) y la presencia de acné (DA: 25% vs DB: 25%) fueron importantes en ambos grupos.

CONCLUSIONES: En la población evaluada se observó menor incidencia de efectos secundarios con el uso de ACOs de menor carga estrogénica, pero aún fue importante el porcentaje de algunos efectos que son principal motivo de abandono de este método contraceptivo. Es de esperar que los avances científicos logren atenuarlos, para lograr mayor adhesión.

PRESENTACION POSTER - 8

CORRELACION ENTRE EL CONTEO DE FOLICULOS ANTRALES Y EL NUMERO DE OVOCITOS METAFASE II RECUPERADOS DE MUJERES NORMORESPONDEDORAS QUE REALIZAN TRATAMIENTOS DE REPRODUCCION ASISTIDA (TRA)

M. HUERTA LORENZETTI; M. UGOZZOLI LLUGDAR; A. QUINTEIRO RETAMAR [*];
C. ALVAREZ SEDO; A. COSCIA; A. GRABIA;
CEGYR, AR

Objetivo: Establecer la correlación entre el CFA y los ovocitos MII recuperados en ciclos de pacientes normorespondedoras que realizaron TRA en CEGYR (2011).

Materiales y métodos: Se incluyeron 71 ciclos de mujeres menores de 39 años, que realizaron ICSI (inyección intracitoplasmática de espermatozoides) en CEGYR desde Enero a Diciembre de 2011. Las pacientes fueron consideradas normorespondedoras: FSH < 9.5 UI/dl (valor considerado 1 mes antes del inicio del tratamiento) y CFA 10-20 en el momento de la supresión ovárica previo al inicio de la estimulación. Las pacientes recibieron de 14-21 días de anticonceptivos orales combinados (Marvelon®) en el ciclo previo seguido de hiperestimulación ovárica controlada con FSHr 225-300 UI (Gonal®) y Antagonista de GnRH (0.25mg) (Cetrotide®) en forma flexible. Se consideró el primer ciclo de ICSI realizado por la paciente en el periodo de tiempo estudiado. Se excluyeron aquellas pacientes que no realizaron el CFA en CEGYR. El CFA se realizó entre el día 1-3 del ciclo o a los 4 días de haber suspendido la toma del anticonceptivo. Se consideró como folículos antrales de un diámetro entre 2-8 mm, evidenciables por ultrasonido transvaginal. La ecográfica fue realizada por el mismo equipo y operador en todas las pacientes. Luego de la aspiración folicular, el embriólogo identificó a los ovocitos MII por la presencia del primer corpúsculo polar. Se realizó el análisis estadístico de correlación con el software MedCalc 11.2.

Resultados: El promedio de edad de las pacientes fue de 34.2 años (26-38), con un promedio de FSH: 6.1 mUI/ml (2.9-9.3) y de CFA: 14.2. EL promedio de dosis de gonadotropina fue de 273 UI. Se aspiraron un total de 796 ovocitos (11.2 por paciente), de los cuales 575 fueron ovocitos MII (8.1 por paciente). Como resultado del análisis de correlación entre el CFA y los ovocitos aspirados totales, se encontró una correlación positiva y significativa, de 0.41 con un Intervalo de Confianza (IC) de 0.2-0.6. Al evaluar la correlación entre el CFA y los ovocitos MII, se obtuvo un valor positivo y significativo, cuyo índice de correlación fue de 0.40 con un IC de 0.2-0.6.

Conclusión: Podemos concluir que hay una correlación positiva y significativa entre el CFA y el número de ovocitos MII recuperados en ciclos de pacientes normorespondedoras. Por consiguiente, podemos considerar al CFA como una herramienta útil y confiable para evaluar la respuesta ovárica en este grupo de pacientes.

PRESENTACION POSTER - 9

DIAGNOSTICO DE HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGENITA NO CLASICA EN PACIENTE CON SINDROME DE WUNDERLICH

J. MILITELLO [*]; L. URZICH; A. OSORIO; E. LUPO; V. BUSTOS; T. JALDIN;
Hospital Argerich, CABA, AR

Objetivos: presentar una paciente con Síndrome de Wunderlich a la cual posteriormente se le diagnosticó hiperplasia suprarrenal congénita no clásica.

Materiales y Método: se presenta a la consulta una paciente de 18 años que presenta acné, oligomenorrea e hiperandrogenismo.

Antecedentes personales: operada a los 17 años en el hospital Garaham con diagnóstico de Síndrome de Wunderlich (útero didelfo, hemivagina ciega y agenesia renal homolateral.). Se reseca tabique vaginal.

Trae estudios: Previamente a Cirugía: (16/11/07): Ecografía ginecológica y renal: se visualiza sólo riñón izquierdo de forma y ecoestructura conservada. Riñón derecho: no se ve. Útero didelfo, imagen de colección hacia el lado derecho en vagina, que no compromete el cuerpo uterino derecho, pequeña colección del lado izquierdo (tal vez existe un pseudo saco derecho que acumula contenido del cuerpo derecho que desemboca en porción izquierda de vagina).

Luego de Cirugía: Eco ginecológica: Se observa 2 úteros y 2 cuellos de forma y estructura conservadas (útero didelfo) Útero derecho de 69 x 48 x 21 mm. Con endometrio de 6 mm. Y útero izquierdo de 53 x 42 x 29 mm. Con endometrio de 7 mm.

Ovario derecho: 38 x 30 x 15 mm, vol: 9,5 cc. Y ovario izquierdo de 42x30x 20 mm. Y vol. De 13 cc. Con folículo dominante de 19 mm., no se observa líquido libre en cavidad.

Al examen físico presenta acné, piel grasa. Peso: 55,3 talla 1,61. Desarrollo mamario estadio de Tanner GV, Vello genital estadio GV. Signos de hiperandrogenismo: test de Gallwey-Felman: 20 (cara, hombros y torax), eumeneica hasta los 17 años luego oligomenorrea, sin dificultad para mantener relaciones sexuales.

Se solicita laboratorio fase folicular temprana que informa: LH 7,8 mUI/ml FSH 4,4 mUI/ml TSH 0,87 uUI/ml T4l 1,03 S-DHEA 2970 ng/ml Testosterona 0,97 ng/ml (VN: h0,8) Delta 4 androstenediona 3,4 ng/ml (VN: h3) insulina 7, 17 OH progesterona 19,26 ng/ml (VN: h 2)

Se repite al mes siguiente: LH 16 FSH 5,9 PRL 13 Testosterona 1,1 Delta 4 androstenediona 5,1 y 17 Oh Progesterona 32,22

Se diagnostica HSC no clásica y se inicia tto con dexametasona.

Conclusión: se presenta este caso porque son dos patologías poco frecuentes y no encontramos registros de ambas en una misma paciente.

PRESENTACION POSTER - 10

EFEECTO HOOK: DOSAJE DE HCG EN CORIOCARCINOMA ESTADIO III

S. LOPEZ [*]; G. RADZUK; L. DOGLIA; N. PERRONI;
HIGA Eva Perón, San Martín, AR

INTRODUCCION: Los métodos utilizados para el dosaje de HCG son aprobados sólo para el diagnóstico de embarazo aunque se usan a diario en el diagnóstico y seguimiento de diversas neoplasias. El efecto hook ocurre en ensayos no competitivos cuando la concentración del analito excede la capacidad de unión de los anticuerpos, obteniéndose resultados falsamente disminuidos.

OBJETIVO: Presentar los dosajes de HCG en una paciente que se trata en nuestro hospital y discutir las consideraciones que se tuvieron para su diagnóstico y seguimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se analizaron 11 muestras (M1 a M11) con el ensayo HCG para Immulite 2000 (Siemens Diagnostics). Se dosaron las muestras sin diluir (D) y las diluciones de las mismas necesarias para eliminar el efecto hook, usando el diluyente que provee el fabricante.

RESULTADOS: M1D: 1466 UI/L; dil 1/1000: 1704060 UI/L. M2D: 3822 UI/L; dil 1/1000: 641380 UI/L. M3D: 4398 UI/L; dil 1/1000: 615280 UI/L. M4D: 4847 UI/L; dil 1/100: 441324 UI/L. M5D: mayor a 5000 UI/L; dil 1/100: 467724 UI/L. M6D: 1757 UI/L; dil 1/1000: 815620 UI/L. M7D: 1919 UI/L; dil 1/1000: 1232350

UI/L. M8D:1277 UI/L; dil 1/1000:1399560 UI/L. M9D:1794 UI/L; dil 1/100:284698 UI/L. M10D:1293 UI/L; dil 1/10:1556 UI/L. M11D:552 UI/L; dilución 1/10:574 UI/L.

CONCLUSIONES: Se ha reportado que Immulite reconoce el mayor número de variantes moleculares y por ello es el más apropiado para el dosaje de HCG. El fabricante declara ausencia de efecto hook por debajo de 600000 UI/L para nuestro método, aunque lo observamos en valores inferiores. Podemos inferir que esta discordancia se debe a la estandarización del ensayo. En ausencia de métodos para oncología, el bioquímico clínico se ve forzado a recurrir a los disponibles en el mercado. Es importante: conocer para cada método, las variantes moleculares detectadas y la posibilidad de "ceguera" frente a alguna de ellas; tener en cuenta la historia natural de la patología y mantener una buena comunicación con el médico en el diagnóstico y durante el seguimiento. En caso de discrepancias, se sugiere repetir el dosaje con un método que use un par distinto de anticuerpos de captura y detección.

PRESENTACION POSTER - 11

EL DISRUPTOR ENDOCRINO BISFENOL A MODIFICA LOS MECANISMOS NEUROINMUNOENDOCRINOS QUE REGULAN EL EJE REPRODUCTOR AFECTANDO SU RESPUESTA ANTE UN EVENTO INFLAMATORIO

J. LAVALLE [*]; N. CARDOSO; J. GAMEZ; R. PENALBA; S. CARBONE; O. PONZO;
P. SCACCHI; R. REYNOSO;

Laboratorio de Endocrinología. Departamento de Fisiología. Facultad de Medicina. UBA. Cátedra de Fisiología. Facultad de Ciencias Médicas. Pontificia Universidad Católica Argentina, CABA, AR

La disrupción del sistema endocrino afecta al sistema inmune. El organismo es capaz de tolerar el efecto de una toxina generando una respuesta apropiada, pero la toxicidad se incrementa al exponerlo previamente a agentes que lo han sensibilizado. Actualmente se conoce que el Bisfenol A (BPA) alteraría el sistema inmune incrementando la toxicidad de la toxina y afectaría su regulación reduciendo la producción de NO y de TNF α inducida por LPS. Nuestro objetivo fue estudiar el efecto del BPA, sobre los mecanismos neuroinmunoendocrinos que regulan el eje reproductor y su respuesta durante la inflamación sistémica, en animales macho adultos expuestos a BPA desde el inicio de la gestación y durante la lactancia. Se administró BPA en el agua de bebida (DAE=0.125 mg/kg/día) a la rata madre y etanol al 0.1% (grupo control), (n=10/grupo). Los grupos estudiados fueron: 1) control, 2) animales tratados con LPS, 3) animales tratados con BPA, 4) animales tratados con BPA+LPS. LPS en dosis 250 μ g/kg fue administrado por vía I.P, 5 horas antes del sacrificio. Se determinó liberación de Gn-RH y producción de nitritos por fragmentos de hipotálamo medio basal (RIA pg/HMB, método de Griess μ moles/l) y niveles séricos de LH, FSH y testosterona (RIA: ng/ml, nmoles/ml). Resultados: Gn-RH: 1) 5.3 \pm 0.7, 2) 3.1 \pm 0.6, 3) 3.5 \pm 0.9, 4) 2.5 \pm 0.2; Nitritos: 1) 30 \pm 0.2, 2) 75 \pm 1.4, 3) 26 \pm 2.7, 4) 18 \pm 0.2; LH: 1) 85 \pm 4, 2) 37 \pm 5, 3) 28 \pm 4, 4) 14 \pm 2; FSH: 1) 65 \pm 13, 2) 35 \pm 3, 3) 23 \pm 3, 4) 16 \pm 1,1; Testosterona: 1) 2.2 \pm 0.2, 2) 0.6 \pm 0.2, 3) 1.0 \pm 0.3, 4) 0.4 \pm 0.1. BPA+LPS produjo disminución significativa (p<0.001) de la liberación de Gn-RH al compararlo con el grupo control y con los tratados solo con BPA o con LPS. Ambas gonadotropinas, LH y FSH, disminuyeron con LPS (p<0.001, p<0.01) y con BPA (p<0.001, p<0.001), mientras que el tratamiento conjunto con LPS y BPA disminuyó aún más sus niveles séricos (p<0.01, p<0.05). Por otra parte los niveles de testosterona mostraron una disminución significativa con LPS (p<0.01) y con el tratamiento con BPA (p<0.01) efecto no modificado significativamente por el tratamiento conjunto. El tratamiento con BPA no modificó la producción de nitritos, mientras LPS la incrementó (p<0.001) y el tratamiento conjunto la disminuyó significativamente (p<0.001). Conclusiones: La exposición a BPA podría afectar los mecanismos neuroinmunoendocrinos de regulación del eje reproductor modificando así su respuesta ante un evento inflamatorio.

PRESENTACION POSTER 12

HORMONA ANTIMÜLLERIANA COMO PREDICTOR DE RESPUESTA OVARICA EN TRATAMIENTOS DE FERTILIZACION ASISTIDA

J. CAVALLERO [*]; C. FRANCO; F. JOFRE; C. PEYRALLO; A. ROYO; S. SERRALONGA;
Htal B. Rivadavia, CABA, AR

INTRODUCCION: La secreción de AMH es un buen marcador de reserva ovárica. Con la edad existe declinación de la función reproductiva. La correcta identificación de la baja o pobre respuesta ayuda a decidir la dosis de gonadotrofinas, o la renuncia al tratamiento. **OBJETIVO:** correlación entre los niveles de AMH con la respuesta a la estimulación, en mujeres que realizaron Fertilización Asistida. **MATERIAL, Y METODOS:** Estudio de correlación, retrospectivo, observacional y transversal. Abril 2010. n= 13 **RESULTADOS:** Se estudió una muestra de 13 pacientes de 38 años en promedio (mín 31 – max 42 años). Se realizó la inducción de la ovulación con antagonistas a dosis de 300 UI. Se observó un menor número de ovocitos recuperados en aquellas pacientes mayores de 40 años de edad a pesar de que en todos los casos los niveles de HAM fueron considerados normales (> 2ng/ml). Se observaron niveles mayores de HAM en aquellas pacientes que tuvieron mayor número de ovocitos recuperados independientemente de la edad. Con respecto a los niveles de FSH encontrados, en todos los casos eran menores a 10 siendo el promedio de 5,42; teniendo menor respuesta en aquellas pacientes con valores por encima de 8,5.

PRESENTACION POSTER - 13

ERRORES CONGENITOS EN EL METABOLISMO DE LOS HIDRATOS DE CARBONO COMO CAUSA DE FALLA GONADAL

G. Blanco [*]; V. Straminsky M. Perez Lana; C. Onetto; L. Galluzzo; M. Nolting;
Hospital de Clinicas, AR

INTRODUCCION: Algunos desordenes metabólicos, como la galactosemia y los desórdenes congénitos de la glicosilación (CDG) son enfermedades congénitas que resultan de la falla en la actividad de alguna de las enzimas involucradas en el proceso del metabolismo de los carbohidratos. La galactosemia presenta una frecuencia de 1/60000 nacidos vivos, mientras que del CDG 1 hay 700 casos reportados mundialmente. **OBJETIVO:** tres casos de fallo gonadal de causa metabólica. **MATERIAL Y METODO:** Se reportan tres casos de estos desórdenes asociados a amenorrea hipergonadotrófica: Estudio descriptivo, serie de casos **RESULTADOS:** Dos pacientes hermanas con galactosemia, una con amenorrea primaria y una paciente con amenorrea secundaria. 2) Una paciente con CDG 1 con amenorrea primaria. Creemos importante conocer estas patologías como causa de depleción ovocitaria, y a su vez, mediante su conocimiento asesorar a estas pacientes acerca de su futuro reproductivo.

PRESENTACION POSTER - 14

PREVALENCIA DE DISLIPEMIA EN MUJERES CON SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS

M. PEREZ LANA; J. OCHOA; K. STERNBERG [*]; BLANCO G. M. NÖLTING;
Hospital de Clinicas, AR

INTRODUCCION: El síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) afecta a mujeres jóvenes. Se encuentra asociado a obesidad e insulinoresistencia. Estas patologías condicionan un patrón lipídico aterogénico. **OBJETIVO:** Determinar la prevalencia de cada componente del perfil lipídico en pacientes con SOP. **MATERIAL Y METODO:** Se incluyen en el estudio 162 pacientes con diagnóstico de SOP. Diseño transversal, de prevalencia. **RESULTADOS:** La edad media de las pacientes es de 26.4 años. El índice de masa corporal promedio fue de 27.87 kg/m². El valor medio de LDL-c fue: 121.5; el valor medio de HDL-c fue: 50.31; el valor medio de triglicéridos fue: 116.68. Teniendo en cuenta los valores considerados para la clasificación de síndrome metabólico el 42.8% presenta valores de HDL-c < 50 y el 20.77% valores de triglicéridos > 150. **CONCLUSION:** La dislipemia se presenta comúnmente en mujeres con SOP, siendo el descenso de HDL-c lo más característico.

PRESENTACION POSTER - 15

ESTIMACION DE VALORES DE REFERENCIA PARA CORTISOL SALIVAL DE 8 Y 23 HS, UTILIZANDO DIFERENTES CONSIDERACIONES PREANALITICAS DE TOMA DE MUESTRA.

ALUMNOS; S. ACTIS GIORGETTO; M. ALVAREZ; M. BENITEZ; A. BONJORM; C. BORDALLO;
A. CAVALERI; D. CROCCO; L. DOARTERO; G. FELDHAUSS; M. FERNANDEZ; C. GARELLI; M. GIJUSA;
E. HOLLMAN; C. JUSTO; R. MIRA; A. NELLI; F. SAN MARTÍN; R. SANCHEZ; M. SCHVARZSEIN;
M. SPINOZZI; P. TERRUZZI [*]; L. TOGNALI; -. DOCENTES: L. BOERO; M. CALCAGNO; M. CORTELEZZI;
M. DICUGNO; C. FENILI; L. MITELBERG; D. RODRIGUEZ VIDAL; G. ROSSI; G. SUIFFET

*AUTORES POR ORDEN ALFABÉTICO.;

V CURSO SUP SOBRE AVANCES EN ENDOCRINOLOGIA GINECOLOGICA Y REPRODUCTIVA SAEGRE
2010-2011., CABA, AR

Introducción. En el plasma, aproximadamente un 90% del cortisol circula unido a proteínas y el 10% libre. El cortisol salival (CS) refleja la fracción de cortisol libre y no se ve afectado por los niveles de proteínas transportadoras. Su concentración representa aproximadamente un 2% del cortisol sérico, por lo que se requiere un método muy sensible para su detección. Si bien la obtención de muestras de saliva es más sencilla que la recolección de orina de 24 hs (para la determinación de Cortisol libre urinario), debería ser estandarizada. **Objetivos.** 1-Estimar los valores de referencia de CS de 8 y 23 hs en nuestra población, con muestras obtenidas con salivette-torunda de algodón (T) o salivación en recipiente de polipropileno o tubo (S). 2-Evaluar si la obtención de la muestra con T ó S en el mismo paciente, influye en los resultados de CS. **Materiales y Métodos.** Se obtuvieron 264 muestras de saliva de niños y adultos, sin patología demostrable, en T y S, a las 8 y 23 hs. Se entregaron por escrito las instrucciones para una adecuada recolección y conservación de la muestra. El CS se midió por Electroquimioluminiscencia (EQL), ROCHE. **Resultados.** Se estimaron los límites de referencia de CS según documento C28-A3 del Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) en 2008, como IC 90%. CS: 8hs T (n=78): hasta 22,6 nmol/l; 8hs S (n=59): hasta 24,4 nmol/l; 23hs T (n=63): hasta 8,5 nmol/l y 23hs S (n=64): hasta 8,7 nmol/l. Las Medianas (Q1°-Q3°) para muestras de 8 y 23hs S fueron de 13,57 (10,18-17,66) nmol/l y 3,41 (1,85-4,91) nmol/l respectivamente y para las de 8 y 23hs T 11,3 (8,86-16,06) nmol/l y 2,79 (1,93-5,16) nmol/l, respectivamente. Al comparar los resultados de CS de las muestras obtenidas con T vs S, se observaron diferencias significativas (Wilcoxon; p<0,05)

en ambos horarios, con concentraciones más elevadas de CS en las muestras obtenidas con S. Conclusiones. 1-El número de muestras evaluadas con EQL, ROCHE, permitió sólo estimar los valores de referencia de CS, con concentraciones en las muestras T a las 8 hs: hasta 22,6 nmol/l y a las 23 hs: hasta 8,5 nmol/l y en las muestras S a las 8 hs: hasta 24,4 nmol/l y a las 23 hs: hasta 8,7 nmol/l. 2-Los resultados de las muestras obtenidas con S o T para la determinación de CS presentaron diferencias significativas. En consecuencia, los valores de referencia deben ser informados según las condiciones preanalíticas utilizadas.

PRESENTACION POSTER - 16

EVALUACION DE LA RESPUESTA DENSITOMETRICA A LOS 12 Y 24 MESES DEL USO DE RANELATO DE ESTRONCIO (RS) EN PACIENTES PREVIAMENTE TRATADAS CON BIFOSFONATOS (BP)

M. PREMROU; C. PELEGRIN; I. TORRECILLA; L. MAFFEI;
Consultorios Asociados de Endocrinología, CABA, AR

Introducción: Muchos pacientes con osteoporosis severa deben recibir tratamiento en forma prolongada y es frecuente el cambio en los esquemas de tratamiento. Previamente hemos publicado una mejoría densitométrica al año de tratamiento con RS luego del tratamiento prolongado con BP. Objetivos: El objetivo primario de este trabajo fue evaluar la respuesta densitométrica a los 12 y 24 meses de tratamiento con RS, y en forma secundaria, si existen diferencias en la respuesta obtenida entre los 12 y 24 meses. Material y métodos: Se estudiaron a mujeres postmenopáusicas que habían recibido más de 3 años consecutivos de tratamiento con BP, con empeoramiento o mantenimiento de la densitometría ósea (DMO) y debían continuar tratamiento para su osteoporosis. Se realizaron DMO de raquis lumbar y de cuello femoral (CF), al inicio, a los 12 y a los 24 meses. Resultados: Fueron consideradas un total de 63 pacientes con una media de edad de 64,83 años (48-86 años). La DMO (expresada en g/cm) lumbar basal media (n= 59) fue de 0,813 (IC 95% = 0.790-0.837), de 0,837 a los 12 meses (n = 56; IC 95% = 0.811-0.863) y de 0.892 a los 24 meses de tratamiento (n = 21; IC 95% =0.852-0.934). La DMO en CF basal media (n = 58) fue de 0,676 (IC=0.650-0.701), de 0,708 (n = 56; IC=0.684-0.732) a los 12 meses, y de 0,737 (n = 19; IC=0.692-0.782) a los 24 meses. Al comparar la DMO en los distintos periodos se observaron los siguientes aumentos medios: 3,53% de lumbar al año respecto del basal (0,836 vs 0,811; p = 0,001); de 4,51% de lumbar a los 2 años, respecto del basal (0,891 vs 0,813 respectivamente; p < 0,001); de 2,53% de lumbar a los 2 años respecto de lumbar al año (0,892 vs 0,858 respectivamente; p = 0,02); de 3,57% del CF al año respecto del basal (0,705 vs 0,608, respectivamente; p = 0,001); 3,71% del CF a los 2 años respecto del basal (0,736 vs 0,667; p = 0,002); y de 1,37% del CF a los 2 años respecto del CF al año (0,746 vs 0,726; p = NS).(*) prueba t para muestras pareadas. Conclusiones: Respecto del valor basal, la DMO en raquis lumbar y en cuello femoral fue significativamente más elevada tanto a los 12 como a los 24 meses de tratamiento con RS, siendo aún más significativa a los 24 meses. Con el uso prolongado de bifosfonatos se encuentra muy inhibido el turn over; el RS se depositaría con más facilidad en hueso nuevo y eso explicaría la mejoría de los parámetros con un mayor tiempo de tratamiento.

PRESENTACION POSTER - 17

ESTRUMA OVARICO: CAUSA INFRECUENTE DE HIPERTIROIDISMO

S. CAPURRO [*]; L. SORDO; R. LUTFI; E. FAURE; G. FARAJ;
Complejo Médico Policial Churrucá-Visca, Capital Federal, AR

Paciente de sexo femenino de 69 años de edad, con antecedentes de hipertiroidismo tratado con antitiroideos. Tiroidectomía total en diciembre de 2010 por bocio multinodular e hipertiroidismo (Anatomía patológica: hiperplasia coloide-tiroiditis linfocítica). Consulta para su reevaluación en enero de 2011. Al examen físico, clínicamente eutiroides, tiroides no palpable. Laboratorio al mes post quirúrgico sin tratamiento: TSH 0.15 uUI/ml, T4 10.1 ug/dl, T4L 1.27 ng/dl, T3 133 ng/dl. Centellograma tiroideo: Sin captación en cuello. Ecografía cervical: tiroides ausente sin adenomegalias. Se repite laboratorio: TSH 0.05 uUI/ml, T4 9.2 ug/dl, T4L 1.42 ng/dl, T3 85 ng/dl, tiroglobulina 117 ng/ml, ATG 391.4 U/ml. En el mes de Abril se realiza TAC de cuello y tórax: No se visualiza glándula tiroidea y ecografía abdominal y transvaginal: Imagen anecoica de aspecto quístico simple de 24 x 28 mm en ovario derecho. Rastreo corporal total 10 mci de I131 (Mayo): Captación en resto cervical y región pelviana (línea media y hacia la derecha) de morfología esférica, supravesical, que coincide con topografía del quiste ovárico. En junio con sospecha de estruma ovárico se solicita TAC abdomen y pelvis que muestra masa en región anexial derecha de 92 x 72 x 12 mm de diámetro, contornos irregulares, heterogénea con múltiples calcificaciones con áreas de distinta densidad, que contacta con la pared anterior y lateral derecha del útero, desplaza al uréter pero no lo obstruye. Laboratorio: TSH < 0.01 uUI/ml, T4 13.4 ug/dl, T4L 2.01 ng/dl, T3 172 ng/dl, TRABS 14% (VR: 12%). Reinicia antitiroideos. Se realiza anexohisterectomía total en agosto (Anatomía patológica: Formación tumoral quística de ovario derecho constituida por tejido glandular tiroideo compatible con estruma ovárico). La paciente evoluciona favorablemente, laboratorio postquirúrgico: TSH 110 uUI/ml, T4 <0.2 ug/dl, T4L 0.23 ng/dl, T3 < 10 ng/dl. Se inicia tratamiento con levotiroxina a dosis creciente.

PRESENTACION POSTER - 18

EVALUACION DEL CONTROL DEL CICLO, SINTOMAS PREMENSTRUALES, Y ACEPTABILIDAD DEL ANILLO VAGINAL DURANTE EL SEGUIMIENTO DE CINCUENTA Y DOS CICLOS

G. RACCA; P. PERFUMO;
Sanatorio Mapaci, Rosario, AR

OBJETIVO: Evaluar el control del ciclo, síntomas premenstruales y aceptabilidad del anillo vaginal en mujeres sanas durante un seguimiento de 52 ciclos.

MATERIALES Y METODOS: Se siguieron durante 4 ciclos 13 mujeres sanas que consultaron por anticoncepción.

Las pacientes no presentaron contraindicaciones para anticoncepción hormonal y firmaron consentimiento informado.

Se completó un formulario de satisfacción al 28º día de la inserción y al final del 4º ciclo.

El patrón de sangrado fue analizado a partir del volumen menstrual, sangrado intermenstrual y amenorrea.

Se consideraron como síntomas premenstruales: tensión mamaria, dismenorrea y cefalea.

Se interrogó sobre aceptabilidad considerando expulsión del anillo y discomfort de la usuaria y/o de su pareja durante el acto sexual.

RESULTADOS:

PATRON DE SANGRADO

No hubo modificaciones en el volumen menstrual en las no usuarias de anticoncepción hormonal. Usuarias de anticoncepción hormonal refirieron igual o menor volumen de sangrado.

El sangrado intermenstrual se presentó en el 23% en el primer ciclo, resolviéndose al completar el 4º. Una de 13 presentó amenorrea en el 1º ciclo de uso.

SINTOMAS PREMENSTRUALES: Ninguna presentó dismenorrea durante el uso del anillo. Las pacientes que eligieron el método para mejorar sus algias pelvianas la resolvieron completamente a la evaluación del 4º ciclo. 30% presentaron cefaleas desde el inicio de uso del anillo y no hubo mejoría con el uso prolongado.

El 7% refirió mastalgia durante los 4 ciclos.

ACEPTABILIDAD: La expulsión del anillo no se presentó en ninguna paciente.

7% refiere modificación en el placer sexual y 7% discomfort de su partner. Todas ellas abandonaron el método.

CONCLUSION: El anillo vaginal resultó ser un método aceptable durante el seguimiento de 13 pacientes en 52 ciclos. La principal causa de abandono estuvo vinculada a la falta de aceptabilidad por discomfort en el acto sexual.

La dismenorrea estuvo ausente. Las pacientes que optaron por el anillo para mejorar este síntoma lograron resolverlo completamente dentro de los cuatro ciclos. La ausencia de modificación del volumen menstrual en las pacientes que no usaban anticoncepción hormonal previa, se considera sesgado por el bajo n de pacientes en este subgrupo.

La cefalea fue el efecto adverso más reportado, persistiendo en las pacientes que lo informaron como síntoma previo al uso y apareciendo en 15,2% de las usuarias sin antecedentes.

Si bien el número es bajo para concluir, muestra una tendencia en nuestra población.

PRESENTACION POSTER - 19

FACTORES DE RIESGO PARA SINDROME METABOLICO EN MUJERES PRE Y POSTMENOPAUSICAS CON DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA

R. RUBASCHEVSKY; S. LEIDERMAN; J. MOGUILVSKY; S. TATTI; S. CARBONE;
Carrera de Especialización en Endocrinología Ginecológica y de la Reproducción-Facultad de Posgrado,
Universidad Favaloro y Hospital Italiano de Bs. As., CABA, AR

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: Se ha sugerido que en la postmenopausia hay asociación entre incremento de cáncer de mama (CM) y trastornos metabólicos. Se investigó la presencia de factores de riesgo para Síndrome Metabólico (SM) en pacientes pre (PREM) y post menopáusicas (POM), al momento del diagnóstico de CM en diferentes estadios.

MATERIAL Y METODO: Se incluyeron 143 mujeres (90 PREM Y 53 POM) asistidas en un hospital privado de Bs.As. (2008-2009), con diagnóstico de CM estadios 1-2-3, sin antecedentes de otras patologías ni terapia de reemplazo hormonal. Se excluyeron pacientes estadio 4, por posibles alteraciones metabólicas. Se estudió la histología del tumor y el grado de diferenciación. Al momento del diagnóstico se evaluaron: índice de masa corporal (IMC), estatus hormonal, glucemia (GLU:); colesterol total (CT); triglicéridos (TG); HDL-c; LDL-c; presión arterial sistólica y diastólica (PAS/PAD). Se hizo un estudio observacional, descriptivo, cuali-cuantitativo y retrospectivo, procesando los datos por el programa PAN Statistics.

RESULTADOS: La prevalencia de SM en pacientes con CM fue 23,1%, siendo mayor en POM que en PREM (32,1% vs 17,8%). En POM hubo aumento significativo de factores de riesgo para SM, respecto a PREM (GLU \geq 100 mg/dl: 43,4% vs. 38,9%; CT \geq 200 mg/dl: 72,5% vs. 57,1%; HDL-C $<$ 50 mg/dl: 55% vs. 42,3%; LDL-c \geq 130 mg/dl: 66% vs. 43,6%; TG \geq 150 mg/ml: 36% vs.19,1%;TAS/TAD \geq 85/130 mm Hg: 43,3% vs. 24,4%; IMC $>$ 25 kg/m²: 62,2% vs. 34,4%). La prevalencia de sobrepeso y obesidad en PREM y POM con SM y CM, fue significativamente mayor respecto a normopeso (PREM: 87,5% vs. 12,5%; POM: 88,8 % vs. 11,8%). Además, en mujeres sobrepeso y obesas predominaron los estadios tumorales más avanzados: 2A, 2B, 3A y 3B (54,3%) y en las normopeso prevaleció el estadio 1 (62,9%).

CONCLUSIONES: En pacientes POM con CM, se halló aumento significativo de factores de riesgo para SM, respecto a las PREM. No obstante, el sobrepeso y la obesidad se vincularían con el incremento de SM, CM y estadio tumoral de mayor riesgo, independientemente del estatus hormonal, probablemente porque el incremento

del tejido graso estimularía la carcinogénesis, por conversión periférica a estrógenos, y además favorecería un estado de hiperinsulinemia. El perfil metabólico sería útil para identificar y controlar alteraciones que podrían ser también factores de riesgo de CM y que son modificables por cambio en los hábitos de vida, desde temprana edad

PRESENTACION POSTER - 20

GLOBOZOOSPERMIA TOTAL Y PARCIAL: A PROPOSITO DE DOS CASOS

M. HUERTA LORENZETTI; M. UGOZZOLI LLUGDAR [*]; A. QUINTEIRO RETAMAR;
C. ALVAREZ SEDO; A. COSCIA; A. GRABIA;
CEGyR, , AR

Introducción: La Globozoospermia forma parte de las patologías acrosomales del espermatozoide humano cuya incidencia es menor al 0.1%. La Globozoospermia puede ser: total, en donde se evidencia la ausencia del acrosoma en el 100% de los espermatozoides y estos son de forma redonda; y parcial, en la cual se presentan espermatozoides tanto de forma redonda (sin acrosoma) y normales.

Objetivo: Presentar dos casos clínicos de Globozoospermia (total y parcial) en nuestra institución.

Material y Métodos: Caso 1: Ella 33 y él 45 años, con infertilidad secundaria (1 año). Ella presentó estudios hormonales normales, CFA: 20 e Histerosalpingografía (HSG) normal. Espermograma: Vol: 4.3ml, concentración: 45 x 10⁶, Movilidad total: 40%, Kruger: 0%, Globozoospermia total.

Caso 2: Ella 35 y el 36 años, con infertilidad primaria (3 años). Ella presentó estudios hormonales normales (FSH: 8, LH: 4, E: 39, Prl: 13), CFA: 13 e HSG normal. Espermograma: Vol: 5.1ml, concentración: 47 x 10⁶, Movilidad total: 62%, Kruger: 1%, Globozoospermia parcial 67%.

Las muestras de semen fueron sometidas a estudios de microscopía electrónica para la confirmación de las patologías. Ambas parejas realizaron tratamientos de reproducción asistida de alta complejidad (ICSI), y en el caso 1 se empleó activación ovocitaria con Ionóforo de Calcio.

Resultados: Caso 1: Se aspiraron 22 ovocitos, de los cuales 17 fueron MII. Luego del ICSI + Ionóforo, fertilizaron 6 ovocitos de forma normal. Se realizó la transferencia embrionaria a las 48hs de dos embriones de muy buena calidad. BhCG = positiva.

Caso 2: Se aspiraron 16 ovocitos, de los cuales 11 fueron MII. Luego del ICSI fertilizaron 8 ovocitos de forma normal. Se realizó la transferencia embrionaria a las 72hs de dos embriones de muy buena calidad. BhCG = positiva.

Conclusión: Se conoce que la ausencia del acrosoma está asociada a la disminución o ausencia de proteínas activadoras del ovocito. Por lo que la técnica del ICSI es la terapéutica ideal para el tratamiento de estos pacientes, es así que en la Globozoospermia parcial se logra identificar a los espermatozoides normales que pueden lograr la fecundación adecuada del ovocito. Por el contrario, en la Globozoospermia total, además es necesario el uso del Ionóforo de calcio para activar al ovocito debido a la ausencia total del acrosoma en el 100% de los espermatozoides.

PRESENTACION POSTER - 21

HIPERPROLACTINEMIA RECURRENCIA POSTERIOR A LA SUSPENSION DEL TRATAMIENTO

L. URZICH; T. JALDIN [*]; S. MALACHANE; V. BUSTOS; E. LUPO; A. OSORIO;
Hospital C Argerich, CABA, AR

OBJETIVOS: Evaluar la recurrencia de hiperprolactinemia en pacientes tratados con agonistas dopaminérgicos.

MATERIALES Y METODOS: Estudio retrospectivo, se evaluaron 75 mujeres (18-42 años) con hiperprolactinemia no tumoral y tumoral (años 2001-2011). Las pacientes completaron tratamiento de 2 años con agonistas dopaminérgicos y fueron reevaluadas 3 a 6 meses post suspensión. Resonancia magnética hipofisaria fue realizada al inicio y presuspensión.

RESULTADOS: Se dividió a las pacientes en 3 grupos

Grupo 1 macroprolactinoma n= 11 Edad= 28,9 años±10 Prl inicial= 296,3 ng/ml(±202)

Grupo 2, microprolactinoma. n= 36 Edad= 33 ±9,5 Prl= 80,9 (±61)

Grupo 3, funcionales n= 28 Edad= 30,7 ±8,4 Prl= 73,9 (±42)

Mantuvieron altos los valores de PRL, luego del periodo de suspensión: G 1, 8/11 (72%) G 2, 22/36 (61%) G 3, 10/28 (33%)

CONCLUSION: La recurrencia en pacientes con hiperprolactinemia tumoral se observa en mas de la mitad de los pacientes con 2 años de tratamiento. En las hiperprolactinemias funcionales la recurrencia fue menor. Una disminución paulatina del tratamiento podría seleccionar a las pacientes que requerirían un mayor tiempo del mismo.

PRESENTACION POSTER - 22

IMPACTA EL NUMERO DE DIAS DE ANTAGONISTAS (ESQUEMA FLEXIBLE) SOBRE LA CALIDAD OVOCITARIA?

I. DALL'AGNOLETTA [*]; V. MARTIN; D. LANGE; S. PROVENZANO; E. GOMEZ PASSANANTE;
Hospital de Clinicas José de San Martín, Ciudad Autonoma de Buenos Aires, AR

Objetivo: Investigar si la implementación de diferentes días de antagonistas Gn RH (esquema flexible) en la hiperestimulación ovárica controlada en un programa de Fertilización in Vitro, impacta en la cantidad y calidad ovocitaria.

Diseño Retrospectivo, Observacional

Material y Metodos Se seleccionaron 237 mujeres que habían realizado tratamiento de fertilización in vitro en el Servicio de Fertilidad Matrimonial del Hospital de Clinicas José de San Martín, en el período comprendido entre marzo de 2008 y diciembre de 2010. Se establecieron como criterios de inclusión que fuesen menores de 38 años, con BMI entre 20 y 24 y nivel de FSH menor de 12 mUI/ml. Se excluyeron pacientes con SOP, cirugía ovárica, e implementación de esquema con agonistas. Todas las mujeres fueron hiperestimuladas a partir del 2º día del ciclo con FSH recombinante y se agregó antagonistas Gn RH 0,25 mg/ día ante la presencia de folículos mayores de 14 mm (esquema flexible). Las pacientes fueron divididas en dos grupos según el número de días de antagonistas GnRH que hubieran requerido: Grupo A (n=130): pacientes que requirieron 3 días de antagonistas Gn Rh; Grupo B (n=107): pacientes que requirieron 1, 2, 4 ó 5 días de antagonistas Gn RH (0,25 mg/día). Los grupos fueron comparados a través del test t de Student, tomándose como nivel de significación $\alpha=0.05$. Las variables analizadas fueron: dosis de gonadotrofinas, número total de ovocitos recuperados y número de ovocitos MII recuperados. Todos los resultados se presentan como media ± ES.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la dosis total de gonadotrofinas administradas (Grupo A: 1968,85 UI ± 41.06 vs Grupo B: 1969,16 UI ± 45,57 , $t= 0.005$; ns); ni en el número total de ovocitos recuperados (Grupo A: 8,20 ± 0.42 vs Grupo B: 8,21 ± 0.39 , $t= 0.010$; ns) ni en el número de ovocitos MII recuperados (Grupo A: 6,42 ± 0.34 vs Grupo B: 6,92 ± 0.38 , $t= 1.010$; ns).

Conclusion: El número de días de implementación de antagonistas Gn RH en la hiperestimulación ovárica controlada en un programa de Fertilización in vitro, no influyó en la cantidad y/o en la calidad de ovocitos recuperados

PRESENTACION POSTER - 23

INCIDENCIA DE SINDROME METABOLICO E INSULINO RESISTENCIA EN POBLACION RURAL

L. TOGNALI [*]; E. FISCHER; J. ALBIZZATTI;
lab fischer tognali, alberti, AR

Incidencia de Síndrome Metabólico en hombres de zona rural es del 35%
El 14% de pacientes con SM presenta glucemia >110 mg/dl
El 100 % presentan Tg >150 mg/dl
El 85 % presenta presiones arteriales patológicas
El 28% presenta HDLc < 40 mg/dl
El 100% presentan cinturas aterogénicas.
En conclusión los Tg aumentados y las cinturas aterogénicas están siempre presentes en síndrome metabólico. Los demás factores pueden acompañar o no a estos
El 71% de los pacientes con SM presentan IR con HOMA >2,5 e insulinas > 13 uUI/ml
El 100 % presenta índice TG/HDL > 3,0
Ninguno de los hombres con síndrome metabólico presentó los 5 parámetros alterados
Incidencia de Síndrome Metabólico en mujeres de zona rural es de 30 %
El 100% de las pacientes con SM tienen cintura >88 cm
El 16,6 % tiene glucemia > 110 mg/dl
El 83% tiene TG>150 mg/dl
El 83% tiene HDL <50 mg/dl
El 100% tiene TA patológica
El 66% tiene HOMA >2,5
50% tiene Insulina >13 uUI/ml
Un 17% de las pacientes presentan todos los parámetros alterados con valores de insulina >20 uUI/ml indicando diabetes tipo 2 y HOMA >20
Tomando como corte de insulina >13 uUI/ml en pacientes con posible insulino resistencia a partir de los datos obtenidos en nuestro laboratorio compararemos índice HOMA e índice TG/HDL en sensibilidad, especificidad y valor predictivo de ambos para diagnóstico de Insulino resistencia .

PRESENTACION POSTER - 24

INSOLITO FALLO SOBRE EL DESTINO DE EMBRIONES CRIOPRESERVADOS A UNA MUJER DIVORCIADA

R. Willner de Dresdner [*]; A. Gallo; R. Arribere; S. Rivera; T. Mackey; R. Coco;
Comité Ética Fecunditas Medicina Reproductiva- afiliado a UBA, CABA, AR

Es nuestro propósito exponer y discutir el controvertido fallo de un juez referido al destino de preembriones criopreservados por una pareja para ser transferidos arbitraria y unilateralmente a la mujer con su solo consentimiento. Los pre-embriones no transferidos si se quieren preservar se deben criopreservar. Si los mismos pertenecieran a un varón y una mujer que conforman una pareja, ellos serían los genitores. Si la transferencia embrionaria culminara en un nacido, ambos miembros de la pareja se convertirán en padres genéticos, biológicos y sociales del niño advenido. Advertimos que las consecuencias de un fallo judicial basado en la aplicación de la tecnología en el campo de la reproducción humana generan estupor, desconfianza y condena de las prácticas biomédicas a nivel social. Desde un punto de vista psicológico ayudar al advenimiento de un niño que no solo será anticipada y declaradamente huérfano de función paterna, sino también será más Objeto de conflicto y disputa que Sujeto deseado y deseante, constituye un acto iatrogénico. La tramitación emocional de estas circunstancias es ardua y compleja

para el niño. A nivel legal, el fallo adolece en dos aspectos, a saber por un lado considera a los ovocitos fecundados in vitro como sujetos de derecho y por otro, se basa en un supuesto consentimiento informado inexistente. En cuanto a una mirada bioética, la decisión judicial no respeta la decisión autónoma de ambos genitores para realizar la transferencia embrionaria y no aplica los principios de beneficencia y de no maleficencia al potencial niño por nacer. Como Comité de Ética de un Centro de Medicina Reproductiva concluimos que las prácticas médicas en el ámbito de la reproducción sólo pueden realizarse de acuerdo a los lineamientos del juramento hipocrático al que naturalmente adherimos, siempre que los preembriones obtenidos de fecundación in vitro no sean considerados Persona sino Vida Humana. Si bien nuestra práctica profesional está al servicio de quienes deseen poder cumplir su deseo de convertirse en padres, cuando no lo puedan hacer natural ni espontáneamente, siempre deberíamos jerarquizar a cada uno de los principios bioéticos en los implicados de tal decisión.

PRESENTACION POSTER - 25

INSULINORRESISTENCIA ASOCIADA A HIPOTIROIDISMO EN MUJERES DE LA PROVINCIA DE LA RIOJA

S. BLANCO [*]; M. VANINETTI; G. MATELLON; E. LUNA; P. SORIA; A. SORIA;
INSTITUTO MEDICO MARINELLI, La Rioja Capital, AR

La insulinorresistencia en el hipotiroidismo, se debe al deterioro en la traslocación de los transportadores de glucosa GLUT4, disminución de la síntesis de glucógeno, del catabolismo de la glucosa intracelular y alteración del flujo sanguíneo. Ambos, comparten la ganancia de peso, perfil lipídico aterogénico, un estado hipercoagulable y proinflamatorio.

Nuestra región, es zona endémica de hipotiroidismo, por lo que es importante estudiar esta asociación, relacionada al aumento de peso corporal.

Objetivo General: Determinar la asociación de resistencia a la insulina en pacientes hipotiroideas de La Rioja.

Objetivos específicos: • Conocer el número de pacientes hipotiroideas que presentan hiperinsulinemia en ayunas y post estímulo. • Comparar los valores de insulina en ayunas y post estímulo entre pacientes hipotiroideas y eutiroides. • Analizar índice HOMA e IMC en hipotiroideas y compararlas con las pacientes eutiroides.

Materiales y Método: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, comparativo en 946 mujeres de 12 a 50 años, divididas en dos grupos, 473 hipotiroideas y 473 eutiroides pertenecientes a ocho departamentos de La Rioja, a las que se les realizó TSH, T4 libre, glucemia, insulinemia en ayunas y post estímulo a los 120 minutos y HOMA, por Quimioluminiscencia (Immulate 1000). Se determinó peso, altura e IMC. Criterio de exclusión: diabéticas y pacientes con curva de tolerancia a la glucosa alterada. Método estadístico: se obtuvieron medias y sus correspondientes desviaciones. Se utilizó test de Student para la comparación de medias y la prueba de chi cuadrado para la comparación de variables categóricas.

Resultados: Sobre un total de 946 mujeres, 351 hipotiroideas presentaron hiperinsulinemia basal (74%) vs 26% de hiperinsulinemia en las eutiroides, y en 435 hipotiroideas (92%), se determinó hiperinsulinemia post estímulo, vs 4,9% en las eutiroides. El 67% de las pacientes hipotiroideas presentó un HOMA mayor a 2,5 vs 22% en las eutiroides, mientras que el IMC mayor a 25 fue del 77% para las hipotiroideas y 44% para las eutiroides.

Conclusiones: La IR parece ser una característica destacada en el grupo estudiado con hipotiroidismo; aquellos pacientes que presenten ésta patología tiroidea, deberían someterse a una minuciosa evaluación del metabolismo, y así, prevenir y reducir la incidencia de trastornos metabólicos asociados a patología cardiovascular.

PRESENTACION POSTER - 26

MEDICION DE VITAMINA D EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES TRATADAS CON VITAMINA D2 (ERGO-CALCIFEROL) O D3 (COLE-CALCIFEROL).

E. REPETTO [*]; C. FENILI; S. DAMILANO;
Laboratorio Bioanalítica, CABA, AR

La 25(OH)VitaminaD es indicadora del estatus nutricional ó biodisponibilidad de Vitamina D. Se ha replanteado su utilidad clínica, considerando sus acciones clásicas y no clásicas. Los métodos utilizados en el área asistencial presentan dificultades de especificidad que llevan a discrepancias en los resultados. Objetivos. Evaluar los resultados de vitamina D obtenidos por 2 métodos con especificidad para D2 + D3 (D Total), en pacientes libres de medicación (NS) y tratados con D2 (SD2) ó D3 (SD3). Materiales y métodos. Se estudiaron muestras de 81 pacientes, 26 NS, 34 SD2 y 21 SD3. Se midió 25(OH)D Total con un RIA manual, previa extracción con acetonitrilo; Diasorin y con un EQLIA: Vitamina D Total, Cobas e411, Roche. Se obtuvieron datos de dosis y tiempo desde la última dosis. Estadística. Coeficiente de correlación (Pearson). Concordancia (B. Altman). Coeficiente de correlación de concordancia (ρ_c) (Lin, 1989&2000). Resultados. 25(OH)D Total (Media; Rango (ng/mL)): con RIA en NS= 23(5,8-49); SD2= 47(26-74) y SD3= 33(22-60). Con EQLIA en NS= 30(12-64); SD2= 36(24-58) y SD3= 41(24-70). Se observa correlación (Pearson): $r=0,9161$; $p<0,0001$ y concordancia $\rho_c=0,8102$ entre los resultados de RIA vs EQLIA de NS. Se pierde la correlación y la concordancia cuando se comparan resultados de SD2 ($r=0,3701$; $p=0,1320$; $\rho_c=0,1932$) y de SD3 ($r=0,5154$; $p=0,0038$; $\rho_c=0,3601$). Al analizar si las diferencias RIA-EQLIA se correlacionan con el factor: "dosis de D2 (n° de gotas) /días desde última dosis" ó con 1/tiempo (días) post dosis de D3 (ampolla de 100000U): se observa que en SD2, los desvíos entre los inmunoensayos tienden a ser mayores a medida que la relación dosis/tiempo aumenta, y en SD3, los desvíos entre los inmunoensayos tienden a ser menores a medida que aumenta el tiempo post dosis. Conclusiones. Los métodos evaluados detectan de manera similar la 25(OH)D endógena, observando resultados comparables en pacientes NS. Sin embargo, de acuerdo a nuestros resultados preliminares, si bien ambos métodos tendrían la capacidad de reconocer tanto D2 como D3, tendrían diferente grado de reactividad con las formas moleculares presentes en los pacientes suplementados. El efecto del tratamiento se corrobora al observar un mayor desvío a mayor dosis y/o menor tiempo desde la administración. Se reafirma la necesidad de una mejor estandarización de los métodos y mientras tanto, destacar la importancia de realizar los seguimientos con la misma metodología.

PRESENTACION POSTER - 27

NIVELES DE CORTISOL FECAL SEGUN SEXO Y ESTADO REPRODUCTIVO EN EL PRIMATE CEBUS APELLA.

Z. FARINATI [*]; G. GETTE; M. LAHOZ; M. PORTA; K. CASTIÑEIRA; C. NAGLE;
Centro de Investigación en Reproducción Humana y Experimental (CIRHE)-CEMIC, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, AR

El estrés distorsiona los valores de cortisol (C) y su medición en plasma puede no representar el estado basal. El objetivo fue determinar si la medición de C en materia fecal (MF) constituye una herramienta diagnóstica de situaciones en las cuales este esteroide presenta variaciones fisiológicas que pueden estar ocultas ante un estrés. En el estudio se emplearon primates Cebus apella mantenidos en cautiverio controlado. Se midió C en condiciones basales en 13 machos adultos, 20 hembras cíclicas, 2 hembras preñadas, pre y post parto y 4 hembras cíclicas pre y post punción venosa. Los valores se expresaron según peso corporal (PC), peso de MF excretada en 7 hs diurnas (9-16). Las muestras fueron conservadas a -70°C hasta su procesamiento. Las determinaciones se realizaron por inmunoensayo (Modular E170-Roche). El PC fue de $3,14\pm 0,62$ para machos y $2,25\pm 0,39$ kg para hembras mientras que el peso MF fue $45,0\pm 3,66$ g /7hs y $36,7\pm 2,60$ g /7hs respectivamente. La excreción de C / 7hs fue: $112,1 \pm 19,0$ μg para machos y $36,6\pm 5,67$ μg para hembras, expresado en $\mu\text{g/g}$ de MF fue $2,68\pm 1,80$ y $1,05\pm 0,56$

respectivamente, mientras que expresado en $\mu\text{g}/\text{kg}$ de PC los valores fueron $34,7\pm 5,07$ en machos y $17,5\pm 12,59$ en hembras. Los valores de C en hembras preñadas oscilaron entre 25,9 y $48,4 \mu\text{g}/\text{kg}$ de PC durante la preñez. Al mes post-parto se produjo un descenso a valores entre 15,0 y $20,5 \mu\text{g}/\text{kg}$ y a los 2 meses post-parto los niveles se estabilizaron entre 2,54 y $18,2 \mu\text{g}/\text{kg}$. La punción venosa indujo un aumento del C fecal de $4,88\pm 1,96$ a $42,80\pm 6,69 \mu\text{g}/\text{kg}$ de PC pre y post-punción respectivamente. Los resultados obtenidos revelaron: a) La excreción de C por MF fue significativamente más elevada en machos que en hembras, independientemente del PC y MF excretada; b) La excreción fecal de C desciende abruptamente en el post-parto. c) El estrés inducido por la captura y punción venosa produce un aumento significativo del C fecal. Observaciones previas revelaron similitud en los valores de C plasmático en machos y hembras. En este estudio los machos excretan un 300% más de C en MF. Estos hallazgos sugieren una homeostasis diferencial, sexo dependiente para una misma concentración en sangre, cuyo significado deberá ser investigado. La hembra preñada alcanza niveles de C en MF comparables a aquellos obtenidos en situación de estrés luego de la punción venosa, lo cual sugiere que los valores de C fecal en la preñez podrían representar la suma de la función suprarrenal materna y fetal.

PRESENTACION POSTER - 28

PRESENTACION, SEGUIMIENTO Y EVOLUCION DE LA HIPERPROLACTINEMIA EN UNA POBLACION DE UN CENTRO DE ENDOCRINOLOGIA GENERAL PRIVADO DE LA C.A.B.A

M. PREMROU [*]; S. DIEZ; A. TALARICO; A. PAIZAL; M. FARALDO; L. MAFFEI;
Consultorios Asociados de Endocrinología, CABA, AR

Introducción: Los síntomas de hiperprolactinemia más frecuentes en la mujer son trastornos del ciclo y galactorrea, en el hombre disminución de la libido, síntomas de masa. El porcentaje de remisión luego del tratamiento varía en distintas series. Objetivo: analizar la población de pacientes con hiperprolactinemia en nuestro centro. Material y métodos: revisión retrospectiva de pacientes con hiperprolactinemia entre 1999 y 2010. Variables de estudio: motivo de consulta; dosis de agonistas dopaminérgicos necesaria para normalización de prolactina o disminución del tamaño tumoral; tiempo de tratamiento; evolución en embarazo, postparto; % de remisión. Resultados: Incluimos 119 pacientes: 11 varones y 108 mujeres. Motivos de consulta más frecuentes en mujeres: oligomenorrea (n=28), galactorrea (n=21), y amenorrea secundaria (n=18). En hombres: hipogonadismo (n=3), disminución de libido (n=4), disfunción eréctil (n=2), ginecomastia (n=1) e infertilidad (n=1). 117 pacientes tenían RM basal: 72 micro, 16 macroadenomas, 13 signos indirectos, 3 aracnoidocele selar y 13 normal. Fueron tratados con Cabergolina © 103, dosis inicial 0,50 mg/sem (n = 54), 0,25 (n = 42), 1 (n=4) y 0,12 mg (n=3) 9 con BEC, dosis inicial 2,5 mg/d (n=7) y 5 (n=2). De los que comenzaron con © 0,25mg/sem el 41% debió aumentarla; con 0,50, el 72,6 mantuvo o la disminuyó y el 27,6% debió aumentarla; con 1 mg, el 75% mantuvo o disminuyó y el 25% debió aumentarla. La diferencia entre la dosis media inicial del tratamiento y la media de dosis máxima recibida fue estadísticamente significativa (0,41 vs 0,53 mg/semana). La media del tiempo de tratamiento en los que recibieron tratamiento más de 1 año fue 4,1 años (IC 95% 3,33– 4,77) De los 119 pacientes incluidos, 98 continuaron controles periódicos (82,4%), de los cuales el 28,6% entro en remisión. No hubo diferencias significativas entre los que remitieron y los que no, con relación a RM inicial, tiempo de tratamiento, dosis máxima utilizada ni sexo. De las 10 pacientes embarazadas, 8 bajo BEC y 2 con ©. No reportaron complicaciones obstétricas y recién nacidos fueron normales. Conclusiones: los motivos de consulta en las mujeres coincidieron con los descriptos en la literatura, no así en los hombres. Parecería ser más indicado no comenzar con dosis menores a 0,5 mg/semana, coincidiendo con lo reportado en la literatura. El porcentaje de remisión en esta población fue bajo probablemente debido a una alta tasa de abandono de seguimiento.

PRESENTACION POSTER - 29

PRESERVACION DE LA FERTILIDAD EN PACIENTES ONCOLOGICAS EN ETAPA INFANTO JUVENIL

L. ZUCCARDI [*]; R. QUINTANA; R. BOU-KHAIR; I. ALBAMONTE; M. GRYNGARTEN;

M. ESCOBAR DE LÁZZARI;
Hospital de Niños "Dr. Ricardo Gutiérrez", CABA, AR

Objetivo: El objetivo del presente trabajo ha sido plantear una nueva metodología y experiencia científica en la preservación de la fertilidad en pacientes mujeres pediátricas y adolescentes con procesos neoplásicos para evitar la infertilidad como secuela de su terapéutica. **Introducción** El constante desarrollo y evolución de la terapéutica oncológica ha logrado aumentar la sobrevivencia de los pacientes en forma notable, este factor sumado a la incorporación de nuevas técnicas de diagnóstico, a su diagnóstico más temprano y también la mayor incidencia de cáncer en diferentes grupos poblacionales plantea una nueva problemática que requiere soluciones posibles y concretas.

Los efectos adversos del tratamiento oncológico incluyen posibles trastornos hepáticos, renales, cardíacos, pulmonares, endocrinos, psicosociales y reproductivos.

Algunos tratamientos de acuerdo a la edad de los pacientes y a las características de la radioterapia y/o quimioterapia realizadas pueden desde disminuir el funcionamiento ovárico hasta llegar a ocasionar un fallo ovárico prematuro, impidiendo la maternidad una vez resuelto su proceso oncológico.

El daño gonadal puede ocurrir por acción sistémica de la quimioterapia o por radiación realizada en cuerpo entero, región pelviana, columna y también en la región encefálica por alteración en el funcionamiento del eje hipotálamo-hipofiso-ovárico.

Material y Método:

Entre noviembre de 2007 y diciembre de 2011 fueron referidas 15 pacientes femeninas por oncólogos pediátricos y/o ginecólogos pediátricos para preservación de tejido ovárico previo al tratamiento a realizarse con el fin de evitar la esterilidad como posible secuela.

Se recolectaron fragmentos ováricos de 15 pacientes cuya edad fue entre 7 y 18 años. En todos los casos la indicación de radioterapia o quimioterapia con acción gonadotóxica fue la base de la indicación del procedimiento de criopreservación ovárica.

Discusión:

La criopreservación de ovario surge como una alternativa sólida que nos permitirá diferentes posibilidades: aislamiento folicular en el laboratorio, maduración in vitro de ovocitos inmaduros y el trasplante posterior al proceso de descongelamiento.

La toma del material se realiza por laparoscopia, que no retrasa el inicio del tratamiento de quimioterapia o radioterapia.

Hemos utilizado para la preservación la técnica de vitrificación.

En el caso de nuestras pacientes, en ninguna de ellas hemos desvitrificado tejido para su próximo trasplante.

PRESENTACION POSTER - 30

RECLUTAMIENTO DIFERENCIAL DE LINFOCITOS T POR CELULAS ESTROMALES ENDOMETRIALES

E. GRASSO [*]; L. FRACCAROLI; V. HAUKE; D. PAPANINI; L. GALLINO; G. MOR;
C. PÉREZ LEIRÓS; R. RAMHORST;

Laboratorio de Inmunofarmacología, Dpto. Química Biológica, FCEyN-UBA – CONICET; Reproductive Immunology Unit, Department of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Sciences, School of Medicine, Yale University, Buenos Aires, AR

Introducción: La formación de la interfase materno-placentaria involucra la modulación de quimioquinas, receptores y el reclutamiento de distintas poblaciones leucocitarias entre ellas a los linfocitos T reguladores (Treg). Por otra parte, el péptido intestinal vasoactivo (VIP) es producido por células trofoblásticas y modula la respuesta inmune materna hacia un perfil tolerogénico. En este trabajo caracterizamos el sistema de VIP y sus receptores VPAC y evaluamos el efecto de VIP en la modulación de la expresión de quimioquinas y en el reclutamiento de células Treg por células estromales endometriales. Materiales y Métodos: Caracterizamos el sistema VIP/VPAC en condiciones basal y bajo el estímulo de progesterona en la línea celular HESC (human endometrial stromal cells). Las mismas fueron estimuladas en presencia de VIP (10⁻⁷M) y se evaluó la expresión de quimioquinas (RANTES, IL-8 y MCP-1) por RT-PCR y PCR en tiempo real. El reclutamiento de células Tregs se evaluó en un sistema de transwell (8µm), en el cual se sembraron células Tregs inducidas en el compartimiento superior y medios condicionados de HESC en el inferior. Luego de 24 horas se cuantificó por citometría de flujo las células Tregs (CD4⁺Foxp-3⁺) que migraron al compartimiento inferior. Resultados: Las células HESC expresan VIP y su receptor VPAC1 en forma constitutiva. Por otra parte, cuando las HESC se activaron a través de receptores de tipo toll (TLR), particularmente TLR4, utilizando LPS (0.1µg/ml) en presencia de VIP, se observó un aumento significativo en la expresión de la quimioquina RANTES la cual es característica del reclutamiento de linfocitos T, mientras que otras como IL-8 y MCP-1 no mostraron cambios (p<0.05). Asimismo, la progesterona (1 uM) estimuló la expresión endógena de VIP en células HESC e indujo un aumento de la expresión de RANTES que fue inhibido con el péptido antagonista de VIP (p<0.05). Finalmente, a través de un modelo de diferenciación de iTreg in vitro (Tregs inducibles) a partir de linfocitos T CD4 vírgenes de mujeres fértiles cultivados 5 días en presencia de IL-2 y TGFβ, se evaluó la capacidad de las células HESC de atraer iTregs bajo los distintos estímulos. Las células HESC fueron capaces de reclutar selectivamente iTregs y LPS aumentó este efecto luego de 24 horas. Concluimos que VIP tendría un papel activo en el reclutamiento de iTreg hacia las células estromales endometriales a través de la modulación de la expresión de RANTES.

PRESENTACION POSTER - 31

RESISTENCIA SECUNDARIA A CABERGOLINA (CAB) EN UN MICROPROLACTINOMA

M. BALLARINO [*]; C. FENILI; G. STALLDECKER;
¹CIER. ²Laboratorio Bioanalítica., Buenos Aires, AR

La respuesta de prolactinomas al tratamiento con agonistas dopaminérgicos es variable. Es infrecuente que sean poco respondientes ó resistentes a dosis habituales de cabergolina (1-2mg/sem) y menos frecuente aun, una resistencia 2° a CAB en aquellos que han respondido inicialmente al tratamiento, normalizando los niveles de Prolactina (PT) ó disminuyendo el tamaño del tumor en más de un 50% del volumen. Es más probable que ésto ocurra en macroprolactinomas que con frecuencia expresan marcadores de proliferación celular. Objetivo: presentar el caso de una paciente portadora de microprolactinoma con resistencia parcial y 2° a CAB. Caso Clínico: Mujer de 23 años, eumenorreica, sin galactorrea, con hipotiroidismo subclínico y PT=39 ng/ml (A). Se inicia tratamiento con levotiroxina (LT4). Al año de tratamiento (T4L=1.3 ug/dl TSH=1.2 uU/ml (A)), persistía eumenorreica con progesterona (P4=6.1ng/dl (B)), sin galactorrea, pero PT=121ng/ml (A); Macroprolactina (MP)=25%; Prolactina Libre (PL)=91 ng/mL (C). RMN: imagen hipointensa (8 mm) en ala izquierda de adenohipófisis, compatible con microadenoma. Recibió LT4 por 6 años más, sin cambios en la clínica, PT=110 ng/mL (D)) y sin cambios en la RMN. A los 31 años inicia oligomenorrea y galactorrea; PT=220ng/ml (D), RMN sin cambios y permanece eutiroidea. Se inicia tratamiento con CAB en dosis progresivas hasta 1 mg/sem. A los 3 meses reanuda ciclos menstruales regulares, persistiendo con PT=150ng/ml (D), MP=25%, PL=112ng/mL (E). A los 33 años, luego de 2 años de CAB (2.5mg/sem) y PT=100ng/ml (D) (MP=38%; PL=62ng/mL (F)) logra embarazo, que es interrumpido por aborto espontáneo a las 8 semanas de gestación. RMN sin cambios. Al 3er año de igual dosis de CAB (a los 35 años), PT=193ng/ml; MP=49%; PL=96ng/ml (F)), la RMN muestra reducción de imagen a 3mm. La paciente permanece eumenorreica; P4=0.5ng/ml (G), sin lograr nueva gestación. Se aumenta la dosis de CAB a 3mg. Conclusiones- La resistencia 2° a CAB puede presentarse en un microprolactinoma y debería pensarse en pacientes que han dejado de responder al tratamiento con dosis habitualmente inhibitorias.-Ante la sospecha de resistencia a la CAB, tal como está sugerido en la bibliografía, debería intentarse un aumento progresivo de la dosis según tolerancia, hasta lograr normalización de la PT.

Metodología: (A)EQLIA, Elecsys2010; (B)RIA dsL; (C)PAS-EQLIAI, Elecsys2010; (D)EQLIAII, Elecsys2010; (E)PAS-IRMA dsll; (F)Polietilénlicol-EQLIAII, Cobase411. (G)EQLIA,Cobas e411.

PRESENTACION POSTER - 32

RESPUESTA DENSITOMETRICA AL RANELATO DE ESTRONCIO (RS) EN PACIENTES CON OSTEOPOROSIS (OP) PREVIAMENTE TRATADAS CON BISFOSFONATOS (BP), EN FUNCIÓN DE LA EDAD, Y EL TIPO Y DURACION DE BP.

M. PREMROU [*]; C. PELEGRIN; I. TORRECILLA; L. MAFFEI;
Consultorios Asociados de Endocrinología, CABA, AR

Introducción: El uso prolongado de BP se acompaña de una inhibición del turn over óseo. La inhibición del mismo difiere en los distintos BP, y puede estar inhibido largo tiempo después de suspendido. La respuesta densitométrica al tratamiento con RS luego del uso de BP, suele ser menor o retardada. El turn over óseo es diferente de acuerdo a la edad en la postmenopausia.

Objetivo: Evaluar si la respuesta densitométrica al tratamiento con RS al año tiene relación con la edad de las pacientes, o con el tipo y el tiempo de BP utilizado previamente.

Material y métodos: incluimos 63 pacientes postmenopáusicas con OP que habían recibido tratamiento con BP por más de 3 años y luego rotadas a RS. Se evaluó la densitometría DMO en raquis lumbar RL y cuello femoral CF realizada a los 12 meses de tratamiento con RS, en función de la edad (65 años o +), al tipo y años de BP utilizado.

Resultados: El valor de DMO de RL basal en - 65 años (N:36) fue de 0.815 (IC 95%: 0,782 – 0,849) y 0.831 a los 12 meses (0,794 – 0,869), + 65 el basal (N:23) de RL 0.811 (0,776 – 0,845) y 0.845 (N:23) a los 12 meses (0,807 – 0,885). La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa (p 0.859). El valor de CF basal en - 65 años (N:34) fue 0.694 (0,665 – 0,723) y 0.721 (N:32) a los 12 meses (0,687 – 0,755). En + de 65 años el CF basal (N:24) fue 0.649 (0,603 – 0,695) y 0.692 (N:24) a los 12 meses (0,657 – 0,726). La diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa (p 0.228).

La media del cambio de DMO lumbar a los 12 meses fue 2,37% en -65 y 3,20% en las + 65 años (p NS), y en CF a los 12 meses fue 2,68% en las - y 3,92% en + 65 años (p NS).

De todas las pacientes, más del 50% aumentaron su DMO: en RL las - 65 años, 22 aumentaron (66,7%), 8 disminuyeron (24,2%) y 3 (9,1%) igual; en las + 65, 13 (59,1%) aumentaron, 5 (22,7%) disminuyeron y 4 (18,2%) se mantuvieron igual. (p NS). En CF entre - 65 años, 20 aumentaron (66,7%), 7 disminuyeron (23,3%) y 3 (10%) igual; entre las + 65, 13 (56,5%) aumentaron, 9 (39,1%), y una igual (p NS).

Tampoco hubo correlación entre la respuesta densitométrica de acuerdo al tipo de BP utilizado ni con los años de tratamiento previo.

Conclusiones: A pesar de que el RS se deposita con mayor facilidad en hueso nuevo, no observamos diferencias significativas en las respuestas densitométricas en ambos grupos etarios. El tiempo y el tipo de BP previo tampoco correlacionaron con la respuesta densitométrica.

PRESENTACION POSTER - 33

SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO: FENOTIPOS Y SU PREVALENCIA

F. JOFRE; C. PEYRALLO; C. FRANCO; Y. GARCIA; J. CAVALLERO; S. CUELLAR MURILLO [*];
hospital bernardino rivadavia, caba, AR

INTRODUCCIÓN: Continúa el debate sobre los síntomas que constituyen el diagnóstico de SOP. El ultrasonido amplió el espectro fenotípico. Los estudios revelan una prevalencia del 8% utilizando los criterios clínico-bioquímicos, y del 20% utilizando criterios de Rotterdam. OBJETIVO: Estimar la prevalencia de los diferentes fenotipos de SOP. Estimar la prevalencia de sobrepeso, obesidad, dislipidemia, insulinoresistencia pacientes con SOP. DISEÑO. MATERIALES SOP. El ultrasonido amplió el espectro fenotípico. Los estudios revelan una prevalencia del 8% utilizando los criterios clínico-bioquímicos, y del 20% utilizando criterios de Rotterdam. OBJETIVO: Estimar la prevalencia de los diferentes fenotipos de SOP. Estimar la prevalencia de sobrepeso, obesidad, dislipidemia, insulinoresistencia pacientes con SOP. DISEÑO. MATERIALES. n:39 con SOP. 1 de febrero de 2012 al 1 de marzo de 2012. RESULTADOS:Fenotipo A: 51.3% (IC95% 34,7-67,6); B: 23% (IC95% 11-39,3); C: 5,1% (IC95% 0,5-17,3); D: 0 pacientes; E: 5,1% (IC95% 7,5-17,3), F: 7,69% (IC95%1,5-20,9); G: 2,5% (IC95% 0,03-13,4); H: 2,56% (IC95%0,03-13,4) e I: 2,5% (IC95%0,03-13,4). 15,3% (IC95% 5,8-30,5) presentaron sobrepeso; 38,4% (IC95% 23,3-55,4) obesidad tipo 1, y 10,2% (IC95% 2,8-24,2) tipo 2; 5,13% (IC95% 0,58-17,35) obesidad mórbida una fenotipo A y otra B. 41% (IC95% 25,5-57,9) presentaron colesterol >200mg/dl; 30,77% (IC95% 16,98-47,68) hipertrigliceridemia > 150mg/dl; y 64,1% (IC95% 47,13-78,83) HDL < 50mg/dl. 12 pacientes con insulinoresistencia. CONCLUSIÓN:Mayor prevalencia de fenotipos A y B. No se obtuvieron datos estadísticamente significativos de los restantes. Pacientes con sintomatología florida, mayor tasa de sobrepeso-obesidad y alteraciones lipídicas.

PRESENTACION POSTER - 34

CONCORDANCIA DE DOS CRITERIOS DE DIAGNOSTICO DE DIABETES GESTACIONAL EN PACIENTES EMBARAZADAS DE UN LABORATORIO PRIVADO

GAONA G*, BLANES M*

* Facultad de Ciencias Químicas, Campus San Lorenzo. Universidad Nacional de Asunción

El objetivo de este trabajo es evaluar la concordancia entre los criterios de diagnóstico de diabetes gestacional utilizados por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS) y por la Asociación Americana de Diabetes (ADA). Se estudiaron pacientes embarazadas durante el período de Enero a Octubre de 2011. A partir del resultado de estos análisis, se recomienda la realización de estudios posteriores a fin de determinar si se amerita la revisión del criterio de diagnóstico utilizado actualmente para la Diabetes Gestacional.

Materiales y métodos estudio retrospectivo observacional descriptivo de corte transversal con 100 pacientes embarazadas entre 21 y 28 semanas de gestación sometidas a una Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa que acudieron a un laboratorio privado en el período de Enero a Octubre de 2011, analizando los valores de glicemia obtenidos: basal, 60 min, y 120 min. Metodología analítica hexoquinasa de punto final reagent (Beckman Coulter) para el SYNCHRON CX® System.

Resultados Aplicando el criterio de Diagnóstico del MSPyBS, se obtienen en total 30 pacientes embarazadas con diagnóstico de Diabetes Gestacional, y aplicando el criterio de Diagnóstico de la ADA, se obtienen en total 26 pacientes embarazadas con diagnóstico de Diabetes Gestacional.

Un total de 15 pacientes fueron diagnosticadas con cuadros de Diabetes Gestacional únicamente por uno de los dos métodos; mientras que un total de 20 pacientes fueron diagnosticadas por ambos criterios de diagnóstico.

El análisis estadístico de los resultados obtenidos por ambos criterios para determinar el valor kappa arrojó un valor de concordancia de 0.604, que refleja buena concordancia.

Conclusión La existencia de pacientes que son diagnosticadas como Diabéticas Gestacionales por un solo criterio en una cantidad apreciable, indica que podría haber un grupo de pacientes diagnosticadas con la enfermedad innecesariamente, así como otro grupo de pacientes que dejan de ser diagnosticadas como pacientes con cuadros de Diabetes Gestacional.

A consecuencia de los resultados observados y el análisis de los mismos, se sugiere la realización de estudios posteriores a fin de establecer cuál de los dos criterios tendría mayor utilidad en nuestra población.

Palabras clave: Diabetes Gestacional, Diagnóstico.

PRESENTACION POSTER - 35

DETECCION DE INFECCIONES MULTIPLES EN MUJERES CON LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL Y POSITIVAS PARA HR-HPV POR EL METODO DE CAPTURA HIBRIDA II, PERIODO 2007-2011.

P, ²CASTRO A, ¹CARDOZO F, ¹BLANES M, ²MENDOZA LP, ²PÁEZ M, ²MONGELOS, ²GIMÉNEZ G.
²Departamento de Salud Pública, Instituto de Investigación de Ciencias de la Salud.
Universidad Nacional de Asunción

Objetivo Determinar la frecuencia de infecciones múltiples en 105 mujeres de 16 a 72 años, positivas para Virus Papiloma Humano de alto riesgo oncogénico HR-HPV, método de captura híbrida II, tipificadas por reacción en cadena de la polimerasa asociada a hibridación y citología de lesión escamosa intraepitelial baja o alta HSILoLSIL sin tratamiento previo.

Materiales y métodos Estudio observacional retrospectivo de corte transverso

Resultados y conclusiones El 34,3% presentaron infección múltiple con LSIL o HSIL. El 75% menores a 30 años, el 25% mayores de 30 años. No existiendo correlación entre infección múltiple y aumento de la severidad de la lesión intraepitelial, concuerda con Sotlarat,2004. Discordante con Spinillo, 2009 quien señala que pacientes con citología anormal e infección múltiple por HR-HPV podrían considerarse de mayor riesgo para desarrollo de HSIL, esta discordancia puede deberse a que las mujeres incluidas en su estudio recibieron tratamiento radioterápico. El 44% de infecciones múltiples poseían carga viral relativa intermedia

Conclusiones: No se observó relación entre el aumento de la carga viral relativa y la presencia de infecciones múltiples concuerda con Trottier,2006.

Coincidente con estudios en que la infección múltiple ha sido mencionada como un factor común en mujeres jóvenes Lin N, 2010.

Una infección por HPV persiste por resistencia inmunológica, provocando mayor susceptibilidad a una reinfección. Van den Brule,2002

Recomendacion En estudios posteriores comparar cargas virales relativas en infecciones simples y en infecciones múltiples por HPV. Realizar un análisis de los tipos virales para corroborar que el aumento de la carga viral relativa no se encuentra relacionado con la presencia de infecciones múltiples sino con el tipo del virus presente.

PRESENTACION POSTER - 36

EVALUACION DE FACTORES DE RIESGOS METABOLICOS EN EMBARAZADAS EN CONSULTA AMBULATORIA QUE ACUDIERON AL HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAN PABLO

RÚJZ, A*; BLANES, M*; MORA, C**

** Facultad de Ciencias Químicas, Campus San Lorenzo: Universidad Nacional de Asunción

** Hospital Materno Infantil San Pablo. MSPyBS. Asunción. Paraguay

Objetivo: Evaluar los factores de riesgos metabólicos en 219 embarazadas que acudieron al Hospital Materno Infantil San Pablo. Mayo a Agosto de 2011.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo, observacional descriptivo de corte transverso.

Resultados: El 42.25% con niveles de glicemia entre 81-90 mg/dL, en edades de 19-23 años y con 15-21 semanas de gestación. Desde el segundo y tercer trimestre de gestación se elevan las concentraciones de glicemia. 10.8% presentó hiperglicemia ≥ 100 mg/dL con pruebas de glicemia alterada en ayunas.

El promedio de creatinina para la población estudiada fue de 0.5 mg/dL, con una distribución de frecuencia del 59.05%; en edades de 19-23 años y 8-14 semanas gestacionales. Concuerda con Gómez E, 2011. El valor promedio de urea sanguínea fue 18 mg/d no coincidente con lo expuesto por Durán, 2006, donde se expresa un valor medio de 12 mg/dL

El 37.5% de la población con hipercolesterolemia y el 62.5% con valores normales. 40% presentó hipertrigliceridemia, y 60% valores normales.

Conclusiones: 18,8% de las sujeto en estudio presento hiperglicemias con glucosa en ayuno alteradas considerados indicador de prediabetes concordante con Almiron M,2005

La hipercolesterolemia y la hipertrigliceridemia, se observa en gestantes entre los 29-33 años, y 29-35 semanas gestacionales. Acorde a lo expresado por Landázuri, P,2206 Rodríguez, Y,204 y ; Martínez, M.210.

En los metabolitos, urea y creatinina, en menores de 16 y mayores a 35 años con 20 y 21 semanas de gestación se observaron aumentos en su concentración, indicador de riesgo de patologías renales, acorde a lo expresado por Duran C, 2006

Palabras claves: riesgos metabólicos, embarazada

PRESENTACION POSTER - 37

¿QUE INSULINA MEDIMOS?

M. TORRES [*]; L. DEL VECCHIO; M. PORTA; S. QUIROGA; C. NAGLE;
CEMIC - Programa Buenos Aires, CABA, AR

La determinación de insulina es utilizada por el laboratorio para evaluar producción, diagnosticar un insulinooma, establecer causas de hipoglucemia, o evaluar resistencia insulínica en síndrome de ovario poliquístico, síndrome metabólico y trastornos relacionados con la hipófisis o con las suprarrenales. Los métodos están diseñados para que se reconozca la insulina endógena humana. Sin embargo, en el caso de insulina exógena (sintética o de origen animal), la respuesta de los métodos de medición de insulina puede ser diferente. El objetivo del trabajo es mostrar el distinto comportamiento de los métodos disponibles en el mercado a partir de resultados de un programa de evaluación externa de calidad.

En la ronda 25 del Programa Buenos Aires – CEMIC (2010-2011) se enviaron mezclas liofilizadas preparadas a partir de suero humano, sin/con agregado de insulinas recombinantes o modificadas. Se analizaron los resultados enviados por 150 laboratorios para cada una de las mezclas. Los métodos mayoritarios para quimioluminiscencia (CLIA y CMIA), electroquimioluminiscencia (EQLIA), y MEIA®), declaran no tener cruzamiento con pro-insulina y péptido C.

Se aplicó test de ANOVA a los resultados por método. Se obtuvieron diferencias significativas en todas las mezclas para el CLIA respecto de los otros métodos. Los valores de media (μ UI/ml) y dispersión (CV) obtenidos fueron:

- Sin agregado, nivel medio: CLIA = 11.38 - 27.9%; CMIA = 15.8 - 18.56%; EQLIA = 16.3 - 9.9%.
- Con agregado de insulina recombinante humana, nivel bajo: CLIA = 2.29 - 40.74%; CMIA = 18.37 - 29.7%; EQLIA = 12.57 - 8.57%.
- Con agregado de insulina recombinante humana, nivel medio: CLIA = 3.04 - 73.15%; CMIA = 32.71 - 33.12%; EQLIA = 21.34 - 11.17%.
- Con agregado de insulina porcina modificada: CLIA = 19.83 - 18.8%; CMIA = 64.36 - 22.86%; EQLIA = 60.43 - 7.49%.

Estos resultados muestran el distinto reconocimiento de las insulinas determinadas por diferentes métodos. EQLIA presentó coeficientes menores y más uniformes independientemente de la matriz.

Si se está en tratamiento con insulina, es importante comentarlo con el laboratorio en el que se realiza el análisis. Si se va a realizar un seguimiento de insulina se recomienda que todas las muestras se analicen con el mismo método para asegurar su consistencia.

PRESENTACION ORAL - 38

IMPACTO DE LAS ALTERACIONES NEONATALES EN LA ACTIVIDAD ANDROGENICA SOBRE LA PROGRAMACION ENDOCRINO-METABOLICA EN LA RATA HEMBRA

L. ONGARO GAMBINO [*]; S. RULLI; R. CALANDRA; A. GIOVAMBATTISTA; E. SPINEDI;
Instituto Multidisciplinario de Biología Celular (IMBICE);
Instituto de Biología y Medicina Experimental (IBYME) AR

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es una alteración endocrino-metabólica con elevada frecuencia en mujeres durante la edad reproductiva, aunque su etiología aún se encuentra en discusión. Estudios previos en nuestro laboratorio demostraron que la androgenización neonatal en la rata hembra induce un fenotipo endocrino-metabólico adulto similar al de SOP en la mujer. El objetivo del estudio fue reconocer eventos tempranos durante el desarrollo del fenotipo de SOP, evaluando también la participación del receptor de andrógenos (RA). Con este fin, ratas hembras de 5 días de vida se inyectaron (s.c.) por única vez con 50 uL de aceite de maíz sólo (CT) o conteniendo propionato de testosterona (PT; 1,25 mg/rata) o flutamida (antagonista no esteroideo de RA, F; 1,75 mg/rata). Los animales se sacrificaron a los 30 días de edad, recolectándose sangre para determinar las concentraciones plasmáticas de glucosa (Glu), insulina (Ins), leptina (Lep), corticosterona (B), 17-hidroxi-progesterona (17-HOP4), 5-a-androstanediol (5a-Diol), testosterona total (T), LH y FSH. Se disecaron las glándulas adrenales (GA) y ováricas (OV) para determinar la concentración de 17-HOP4. Además, en OV se evaluaron los niveles de ARNm de las enzimas esteroideogénicas P450scc y P450c17. En los animales PT se detectó: a) apertura vaginal precoz ($p < 0,05$ vs. CT), b) aumento en las concentraciones circulantes de Glu, Lep y B, y c) una disminución en 17-HOP4 ($p < 0,05$ vs. CT) plasmática con niveles circulantes normales de T y 5aDiol. Los animales F se caracterizaron por: i) una menor concentración de Ins circulante, ii) un mayor nivel periférico de 5a-Diol ($p < 0,05$ vs. CT), y iii) normalidad en los restantes parámetros circulantes evaluados. La concentración de 17-HOP4 y la expresión génica de enzimas (P450scc y P450c17) en OV disminuyeron ($p < 0,05$ vs. CT) sólo en el grupo PT. Los niveles plasmáticos de gonadotropinas y la concentración de 17-HOP4 en GA fueron similares en todos los grupos estudiados. El diseño experimental utilizado permite identificar cambios endocrino-metabólicos precoces (prepuberales) que desencadenarán las características del fenotipo endocrino-metabólico de SOP encontradas en la edad adulta (100 días). Adicionalmente, el bloqueo neonatal del RA por F modificó, en parte, la programación endocrina-metabólica. Este estudio pone en evidencia la importancia de la actividad andrógena neonatal en el normal desarrollo de la rata hembra. (PIP 2009-0704 y PIP 2011-183)

PRESENTACION ORAL 39

EFFECTO DE LA INMADUREZ CITOPLASMATICA OVOCITARIA Y SU IMPACTO EN LOS RESULTADOS REPRODUCTIVOS

M. HUERTA LORENZETTI [*]; M. UGOZZOLI LLUGDAR; A. QUINTEIRO RETAMAR;
C. ALVÁREZ SEDO; B. RIESTRA; S. KOPELMAN;
CEGYR, AR

Objetivo: El objetivo fue comparar los resultados reproductivos (calidad embrionaria y tasa de embarazo) entre dos grupos de pacientes normorespondedoras en las cuales uno de los grupos presentó fertilización subóptima (menos del 50%) con características de inmadurez citoplasmática del ovocito.

Materiales y métodos: Se incluyeron 24 parejas de pacientes de forma retrospectiva que realizaron tratamientos de reproducción asistida (TRA) en CEGYR durante el periodo ENE-DIC 2011. Se seleccionaron pacientes normorespondedoras (FSH < 10 UI/dl y CFA 10-20). Las pacientes recibieron de 14 a 21 días de anticonceptivos

orales combinados (Marvelon®) en el ciclo previo seguido de hiperestimulación ovárica controlada con FSHr 225-300 UI (Gonal®) y Antagonista de GnRH (0.25mg) (Cetrotide®) en forma flexible. Se incluyeron casos en donde se obtuvieron más de cinco ovocitos en estadio metafase II. Se incluyeron parejas sin factor masculino (K>4%).

Las 24 parejas fueron separadas en dos grupos: un grupo (N=12, control) que presentó fertilización normal (>50%) y otro grupo (N=12, estudio) en cuyo caso presentó fertilización subóptima (<50%) e inmadurez citoplasmática en los ovocitos que fallaron en la fertilización.

Resultados: No se observó diferencias significativas entre los dos grupos (control vs. estudio): dosis de gonadotropina (281 vs 281), días de estímulo (8.5 vs. 8.9), ovocitos aspirados (12.9 vs. 13.8), ovocitos MII (9.9 vs. 10.5), porcentaje de recuperación de MII (77.9 vs. 77.3), número de embriones transferidos/ciclo (2.0 vs 1.9). Por el contrario, se observó diferencias significativas en el porcentaje de embriones de buena calidad (35.3 vs. 13.3) y tasa de embarazo (42 vs. 8).

Conclusión: Se evidenció que en el grupo estudio (con falla de fertilización subóptima debido a inmadurez citoplasmática ovocitaria), el pronóstico, en cuanto a calidad embrionaria y tasa de embarazo, fue significativamente menor con respecto al grupo control.

PRESENTACION ORAL 40

DOSAJES DE VITAMINA D DURANTE EL EMBARAZO: PORQUE SON NECESARIOS Y CUÁL ES LA DOSIS SUGERIDA PARA LA PREVENCIÓN DEL DÉFICIT.

J. MANSUR [*];

Centro de Endocrinología y Osteoporosis La Plata, La Plata, AR

Sabemos ahora que el déficit de Vitamina D tiene una enorme prevalencia en la población, ya que sólo la exposición al Sol y la ingesta de algunos peces (salmón, atún, caballa) son fuentes significativas de la misma. La deficiencia no sólo altera el metabolismo fosfocálcico sino que se la ha relacionado con menor fuerza muscular, y mayor riesgo de cáncer, diabetes tipo 1 y 2, hipertensión, enf autoinmunes, etc. El nivel óptimo para el metab P-Ca es un dosaje de 25 OH Vit D mayor de 30 ng/ml. Se han mencionado ahora posibles consecuencias del déficit en el embarazo: retraso de crecimiento en el neonato (Bodnar L, 2010), y en las embarazadas con niveles < 15 ng/ml un riesgo de preeclampsia 5 veces mayor (Bodnar L, 2007), de cesárea 3,8 veces mayor (Merewood A, 2009), y de vaginosis bacteriana (Bodnar L, 2009). Pac y mét: se dosó 25OH Vit D a 14 embarazadas, de 6-24 semanas, atendidas por hipotiroidismo, compensado en todos los casos. Se indicó trat con 100.000 UI/mes en todos los casos, y se re-evaluó luego de la semana 24 en 6 casos. Resultados: 12 pacientes tenían déficit (0-10 ng/ml: 3, 10-20 ng/ml: 4, 20-30 ng/ml: 5) y 2 pacientes tenían más de 30 ng/ml. Las dos mujeres de > peso (88 y 104 Kg) fueron las de menor Vit D (4 y 6,2 ng/ml). Los valores durante el tratamiento fueron > de 30 ng/ml en 5 casos (32,7-33,0-44,3-66,4-71,5 ng/ml) y menor en uno (28,3), alejados de niveles de riesgo y sin hipercalcemia. Discusión: se consideraba adecuado el aporte de 400UI/día de Vit D en el embarazo. La Endocrine Society estableció en 600 UI/d la dosis necesaria para optimizar la salud ósea y función muscular, y en 1500-2000 UI/d la necesaria para mantener la Vit D > 30 ng/ml. También incluyó a embarazo y lactancia dentro de las indicaciones para el dosaje como screening. (JCEM. 2011;96:1911-30). Hollis demostró luego que 4000 UI/d desde la semana 12-16 durante todo el embarazo fueron efectivos y sin toxicidad (J Bone Miner Res. 2011;26:2341-57). Encontramos que 12/14 embarazadas tenían déficit de Vit D, el riesgo parece mucho mayor en las obesas, y el tratamiento con 100.000 UI/mes consiguió dosajes > 30 ng/ml en 5/6 casos en que se repitió el dosaje. Si bien todas tenían otra patología (hipotiroidismo) como sus TSH y T4L fueron normales (eutiroideas y compensadas) esto no modifica nuestros hallazgos. Conclusión: el dosaje de 25OH Vit D es necesario como screening, más aún en obesas, y la prevención con 100.000 UI/mes parece segura y adecuada.

PRESENTACION ORAL 41

INMUNOMODULADORES DE LA TOLERANCIA MATERNO FETAL: CONTRIBUCION DEL NEUROPEPTIDO VIP Y SU IMPLICANCIA EN EL ABORTO RECURRENTE ESPONTANEO (PROEGRE)

GRASSO ESTEBAN¹; FRACCAROLI LAURA¹; HAUK VANESA¹; LUCILA GALLINO¹, DANIEL PAPAPARINI¹, LOMBARDI EDUARDO⁺, RODRIGUEZ VIDAL DORIS², MARTA CORTELEZZI²; SEBASTIAN GOGORZA², JJ ETCHEPAREBORDA², PÉREZ LEIROS CLAUDIA¹ Y RAMHORST ROSANNA^{1,2}.

¹Laboratorio de Inmunofarmacología, Dpto. Química Biológica, FCEyN-UBA – CONICET y Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva

Desde el punto de vista inmunológico, el desarrollo del embarazo comprende tres fases asociadas a procesos biológicos distintos. La primera etapa se caracteriza por el predominio de una respuesta pro-inflamatoria que facilita la implantación embrionaria. Si bien, este proceso involucra, entre otros eventos, la ruptura del epitelio uterino, la invasión del endometrio y la remodelación de los vasos maternos que sostendrán la nueva demanda de oxígeno y nutrientes, es un proceso finamente controlado. Más aún, la exacerbación de la respuesta inflamatoria implantatoria se asocia a los abortos recurrentes de causa inmunológica (ARE). En este sentido, el péptido intestinal vasoactivo (VIP) es un neurotransmisor del sistema nervioso central y periférico que promueve el crecimiento embrionario y modula la respuesta inmune, según se ha demostrado en diversos modelos experimentales. En el presente trabajo evaluamos el efecto del VIP en la interacción de células inmunes y trofoblásticas como una aproximación al estudio de la interfase materno-placentaria. Así, a través de la utilización de una línea celular trofoblástica humana de primer trimestre (línea Swan 71) y luego del co-cultivo con células mononucleares de sangre periférica materna, observamos que el VIP induce la producción de citoquinas supresoras y el aumento en la frecuencia de células T regulatorias maternas, las cuales evitarían la expansión de linfocitos maternos activados por antígenos fetales. Presentaremos evidencias sobre la regulación del balance de mediadores pro/anti inflamatorios por este neuropéptido y la re-dirección de la respuesta inmune hacia un perfil de tipo tolerogénico. Por último, en pacientes con ARE, se observó, en condiciones basales, una exacerbada respuesta inflamatoria/Th1 y menor frecuencia de linfocitos T regulatorios en comparación con la observada en mujeres fértiles. Sin embargo VIP fue capaz de modular la respuesta pro inflamatoria en favor de una respuesta tolerogénica. Además, las células mononucleares de las pacientes con ARE presentaron menor frecuencia de células CD4+VIP+ luego del diálogo con células trofoblásticas, como también una disminución en la frecuencia de linfocitos CD4+VIP+ infiltrantes endometriales, sugiriendo que las mismas presentan alterado el sistema VIP y sus receptores VPAC en un estadio previo a la implantación embrionaria. Conclusión: La producción de VIP en sistemas de co cultivos podría utilizarse como un potencial bio-marcador para ARE.

PRESENTACION ORAL 42

LA ACTIVACION DE RECEPTORES ACTIVADOS POR PROLIFERADORES PEROXISOMALES (PPARS) COMO REGULADORA DEL METABOLISMO LIPIDICO EN LA PLACENTA DE PACIENTES CON DIABETES

E. CAPOBIANCO [*]; N. MARTÍNEZ; D. FORNES; R. HIGA; M. KURTZ; I. DI MARCO;
M. BASUALDO; C. FAINGOLD; A. JAWERBAUM;

Laboratorio de Reproducción y Metabolismo.CEFyBO-CONICET-Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; División Obstetricia del Hospital Materno Infantil "Ramón Sardá"; Hospital Dr. César Milstein, Ciudad de Buenos Aires, AR

La diabetes materna induce alteraciones metabólicas y un estado pro-oxidante a nivel intrauterino que afecta el desarrollo fetal y placentario. Los receptores activados por proliferadores peroxisomales (PPARs) son receptores nucleares activados por ligando que regulan el metabolismo lipídico en diversos tejidos. Objetivo: Estudiar si la activación de PPARs regula los niveles de lípidos en la placenta de pacientes sanas y con diabetes tipo 2 y evaluar los niveles de lípidos y de PPARs en dichos tejidos. Las placentas fueron obtenidas luego del alumbramiento y

procesadas para el estudio de los niveles de lípidos mediante TLC, de los tres isotipos de PPARs por Western Blot, del coactivador PGC-1 por inmunohistoquímica y de peroxidación lipídica mediante la evaluación de TBARS. Resultados: Se evidenciaron mayores niveles de lípidos neutros y polares y menores niveles de PPAR α y PPAR γ en las placentas de pacientes diabéticas en relación al control ($P < 0.05$). Agonistas del receptor nuclear PPAR α (LTB $_4$ 1 μ M y clofibrato 20 μ M) redujeron la masa de lípidos en las placentas de pacientes sanas y diabéticas. La activación de PPAR δ (agonistas: cPGI $_2$ 1 μ M y GW 501516 100nM) redujo la masa lipídica sólo en las placentas de pacientes sanas. Al activar PPAR γ (agonistas: 15deoxydelta12,14PGJ $_2$ 2 μ M y Rosiglitazona 3 μ M) se incrementó la masa de lípidos en las placentas de pacientes sanas y diabéticas, proceso posiblemente mediado por la regulación positiva de la enzima de síntesis de ácidos grasos FASN. Acompañando a las anomalías en los niveles de PPARs, se evidenciaron menores niveles de PGC-1, coactivador de PPARs ($P < 0.02$). La peroxidación lipídica, incrementada en placenta de pacientes diabéticas en relación al control ($P < 0.001$), se reguló negativamente al activar los tres isotipos de PPARs en la placenta humana, acción más evidente en la placenta de pacientes diabéticas ($P < 0.05$). Conclusión: Estos hallazgos demuestran importantes anomalías en el metabolismo de lípidos y la presencia de un estado pro-oxidante en la placenta de pacientes con diabetes tipo 2 y evidencian que estas anomalías se acompañan de alteraciones en la expresión y función de los PPARs. Asimismo, se identificaron por primera vez las importantes funciones que ejercen los agonistas de los tres isotipos de PPARs en la placenta humana a término de pacientes sanas y diabéticas sobre el metabolismo de lípidos y en la regulación de parámetros pro-oxidantes.

PRESENTACION POSTER 43

POLIMORFISMOS DEL PAI-1 EN UNA POBLACION DE MUJERES SOP ARGENTINAS BAJO TRATAMIENTO CON METFORMINA

N. MOSES [*]; I. WINNYKAMIEN; C. BAYÓN; M. BALZARETTI; B. LIVELLARA; S. GOGORZA;
Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, AR

Introducción: Las pacientes con SOP (Síndrome de Ovarios Poliquísticos) presentan mayor riesgo de infertilidad, de abortos y complicaciones durante el embarazo como DBT (Diabetes) gestacional, así como RN (recién nacidos) con macrosomía o bajo peso. Trabajos previos muestran que ciertas variantes moleculares del gen del PAI-1, que son más frecuentes en el SOP, se asocian a mayor tasa de abortos. El tratamiento con metformina permite mejorar la insulinoresistencia, el hiperandrogenismo y restaurar ciclos ovulatorios. Además se ha reportado una disminución importante en la tasa de abortos y de DBT gestacional. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de los diferentes genotipos del PAI-1 en una población de mujeres con SOP, que lograron RN vivos, y determinar si existen diferencias clínicas en cada una de las variantes genotípicas. Evaluar la aparición de complicaciones intraembarazo y características de los RN, en dos modalidades de tratamiento con metformina (hasta semana 12 y hasta más allá de semana 30).

Materiales y Métodos: Estudio prospectivo de 30 pacientes con SOP (Criterios de Rotterdam), que lograron embarazo y RN vivo. Se valoró: IMC, TA, hirsutismo, Glucemia, Insulina, HOMA, PTOG (prueba de tolerancia oral a la glucosa), TSHu, ATPO, Androstenediona. Una vez logrado el embarazo se les solicitó genotipo de PAI-1. Fueron tratadas con metformina durante el embarazo, siendo esta suspendida en semana 12 o luego de semana 30 en forma aleatoria. Se evaluaron complicaciones intraembarazo (DBT gestacional, Hipertensión arterial) y características de los RN (edad gestacional, peso y apgar).

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes de 35.9 ± 3.8 años. El 16.7% eran abortadoras recurrentes, mientras que el 35.5% tenía el antecedente de un aborto espontáneo. Los genotipos de PAI-1 4G/5G, 4G/4G y 5G/5G se presentaron en 66.7%, 23.3% y 10% respectivamente. Se encontró mayor porcentaje de abortos recurrentes en el grupo 4G/4G (28.6%), que en 4G/5G (15%) (p ns). Se mantuvo la metformina hasta semana 12 en 9 pacientes, y en el resto hasta semana 30-36. Dos pacientes del último grupo desarrollaron DBT gestacional (una 4G/4G y otra 4G/5G) (p ns).

Conclusiones: Este es el primer reporte que evalúa genotipo del PAI-1 en mujeres SOP Argentinas. Encontramos en nuestra población mayor frecuencia de variantes 4G/4G y 4G/5G, coincidiendo con estudios previos. El antecedente de aborto recurrente fué más prevalente en las pacientes 4G/4G, aunque sin significancia estadística.

PRESENTACION POSTER 44

PRESENTACION INUSUAL DE SINDROME DE AMENORREA-GALACTORREA DEBIDO A TUBERCULOMA SELAR ASOCIADO A FALLA OVARICA PRECOZ.

DRA. MONICA AGUERO

Introducción: Si bien la patología tumoral hipofisaria es la etiología más frecuente del síndrome amenorrea-galactorrea, el origen no neoplásico por procesos inflamatorios, infecciosos o quísticos es infrecuente. El tuberculoma selar es un desafío diagnóstico y terapéutico por su escasa frecuencia.

Caso Clínico: Paciente femenina, 34 años, internada por tuberculosis pulmonar (2005) amenorrea (12 m), galactorrea (2 a). Eutiroides sin bocio, asintomática. TSH 2.85 μ UI/ml, T4 L 18.15 pmol/L (12-22). ATPO y ATG negativos, prolactina (PRL) 65.5 ng/ml, cortisol 18.2 mcg/dl, FSH 59.2 mUI/ml, LH 51.8 mUI/ml, estradiol (E2) 7.4 pg/ml. RMN: Imagen hiperintensa en región selar y supraselar que comprime y desplaza quiasma óptico, tallo pituitario engrosado. Neurohipófisis hiperintensa. DD: hipofisitis linfocitaria vs macroadenoma. Campo visual, fondo de ojos y ecografía ginecológica normales. Se inicia cabergolina 0.5 mg/sem. Cumple esquema tuberculostáticos. En oligomenorrea (a 3 meses), en FF temprana: PRL 27.8 ng/ml, FSH 33.5 mUI/ml, LH 33.2 mUI/ml, E2 65.4 pg/ml. A 7 meses de cabergolina, RMN con igual imagen. Se suspende el mismo, se indica corticoterapia con diagnóstico presuntivo de hipofisitis, asociado a anticonceptivos orales (ACO) (18 meses). Anticuerpo antiovario negativo. Cariotipo 46 XX. Laboratorio (sin ACO) FF espontánea: TSH 2.81 μ UI/ml, PRL 36.8 ng/ml, cortisol 15.3 μ d/dl, LH 55.2 mUI/ml, FSH 66.2 mUI/ml, E2 <5 pg/ml. RMN sin cambios. Se realiza cirugía transnasal endoscópica con resección completa de lesión: diagnóstico bacteriológico y anatomopatológico de tuberculoma. Se reinicia tratamiento antituberculoso. Evoluciona eudrenal y eutiroides, en amenorrea. A 2 meses post cirugía: cortisol 16.3 μ d/dl, TSH 2.8 μ UI/ml, T4 libre 0.9 ng/dl, LH 16.3 mUI/ml, PRL 19.2 nd/dl. La paciente persiste en amenorrea, en tratamiento con ACO.

Conclusiones: El tuberculoma hipofisario constituye una localización inusual de la enfermedad, con manifestaciones endocrinológicas e imagenológicas similares al adenoma hipofisario. La coexistencia de falla ovárica precoz en esta paciente planteó diagnósticos diferenciales con otras etiologías hipofisarias no tumorales como las autoinmunes e infecciosas. La cirugía endoscópica puede constituir la única forma de confirmación diagnóstica ante pacientes con lesiones hipofisarias persistentes post tratamiento antituberculoso o en presencia de otras endocrinopatías que dificultan el diagnóstico.