



SESIÓN NOVEDADES 2

ENDOCRINOLOGÍA

NOVEDADES EN SÍNDROME DE CUSHING, EN PATOLOGÍA HIPOFISARIA Y EN TIROIDES

Una de las primeras sesiones de esta primera jornada del 66º Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) ha versado sobre Novedades en Endocrinología y ha sido moderada por Javier Aller Pardo, especialista en Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda (Madrid). Han intervenido las doctoras Betina Biagetti Biagetti, coordinadora de la Unidad de Patología Compleja Hipotálamo Hipofisaria del hospital Vall d'Hebron de Barcelona, con el tema *Síndrome de Cushing*; Rocío Villar Taibo, facultativa especialista en Endocrinología y Nutrición en el Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, con el tema *Hipófisis*; y el doctor Tomás Martín Hernández, especialista en Endocrinología y Nutrición y coordinador de la Unidad de Referencia Andaluza de Patología Tiroidea Intervencionista en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, con el tema *Tiroides*.

En su intervención, Biagetti ha sintetizado los avances más relevantes del síndrome de Cushing en los últimos años: pruebas diagnósticas más accesibles y fiables, terapias dirigidas en camino y protocolos de prevención de trombosis que comienzan desde el diagnóstico. Como mensaje central, ha resumido: “Podemos diagnosticar antes, tratar mejor y reducir complicaciones”.

Respecto al diagnóstico ha expuesto que es más sencillo: “La cortisona salival tras 1 mg de dexametasona (toma domiciliaria) se postula como primer cribado; el cortisol/cortisona en pelo ayuda en Cushing cíclico. Hay protocolos de diagnóstico diferentes tomando en consideración la cortisoluria del paciente [la medición de los niveles de cortisol en la orina]”. También ha indicado que hay avances en el diagnóstico por imagen (RM 7T, PCD-CT y trazadores PET en investigación como AVPR1b).

El tratamiento es más personalizado, con nuevas moléculas y nuevas estrategias, y con la relevancia de la cronoterapia. Además, las complicaciones están bajo control: “Un nuevo consenso propone trombopprofilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBPM) desde el diagnóstico y hasta 3 meses tras la remisión. Persiste el riesgo de fractura, especialmente vertebral, por lo que se recomienda un plan activo de salud ósea y poner el foco en el riesgo cardiometabólico”.

El paciente es importante, por eso para Biagetti “el objetivo ya no es solo normalizar el cortisol: es devolver calidad de vida, reducir fracturas y evitar trombosis. Las herramientas actuales acortan el camino diagnóstico y nos permiten elegir el fármaco adecuado para cada caso”.

En su charla ha explicado también qué cambia en la consulta. Por un lado, si el cortisol sérico tras dexametasona queda en ‘zona gris’, “la cortisona salival aporta claridad sin depender de



proteínas transportadoras. La cortisoluria complementa y acorta el circuito diagnóstico”. El tratamiento va más allá de reducir el hipercortisolismo: atender al ritmo, a las comorbilidades y objetivos personalizados para cada paciente. Además, hay un seguimiento holístico, por ejemplo, la vigilancia del hueso, el control cardiometabólico y la atención a síntomas neuropsiquiátricos. Biagetti señala que hay que considerar biomarcadores emergentes en contextos de investigación.

Rocío Villar, por su parte, ha presentado las principales novedades en el campo de la patología hipofisaria, centradas en dos grandes áreas de avance. En primer lugar, la actualización de las guías clínicas publicadas en 2025, que aportan criterios más precisos para la práctica asistencial. “Estas guías permiten optimizar el manejo de los incidentalomas hipofisarios mediante protocolos de seguimiento clínico y radiológico más eficientes; actualizan las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas en adenomas agresivos, favoreciendo una vigilancia personalizada y la reducción de complicaciones; y, finalmente, incorporan estrategias en el ámbito postoperatorio orientadas a disminuir la incidencia de hiponatremia tras la cirugía hipofisaria”.

La otra área presentada son las nuevas evidencias terapéuticas y diagnósticas que avanzan hacia la medicina de precisión en tumores hipofisarios. La especialista ha explicado que en acromegalia destacan los algoritmos predictivos de respuesta a análogos de somatostatina, que permiten acelerar el control de la enfermedad, reduciendo el retraso en lograr su control bioquímico. También destaca el desarrollo de nuevos fármacos, entre ellos el octreótido depot subcutáneo y la paltusotina oral, diseñados para mejorar la adherencia y la calidad de vida. Asimismo, según Villar la cirugía está ganando protagonismo como alternativa preferente en determinados prolactinomas, en contraste con el abordaje tradicional basado en agonistas dopaminérgicos como tratamiento primario.

En el terreno diagnóstico, ha indicado que los avances en clasificación molecular de los adenomas hipofisarios no funcionantes permiten diferenciar subtipos con comportamiento clínico distinto, facilitando un pronóstico más ajustado.

Villar ha concluido que las nuevas evidencias en patología hipofisaria “nos acercan a una práctica endocrinológica cada vez más precisa, personalizada y orientada a mejorar tanto el pronóstico como la calidad de vida de estos pacientes”.

La intervención de Tomás Martín ha puesto el foco en la autonomía del paciente y en la toma de decisiones compartida que consolida la guía de cáncer de tiroides recién publicada (ATA 2025) para el cáncer diferenciado de tiroides. Respecto a la actualización de la guía de la American Thyroid Association (ATA 2025), ha destacado que enfatizan las decisiones compartidas y apuntan a la desescalada del tratamiento cuando es seguro, con seguimientos menos intensivos en pacientes de bajo riesgo con respuesta clínica excelente, la supresión de la hormona tiroidea (TSH) ajustada al riesgo y el uso más selectivo del yodo radiactivo, así como la vigilancia activa en microcarcinoma papilar (T1a) dentro de circuitos estructurados.

Según Martín, “la guía ATA 2025 desplaza el foco a resultados que importan al paciente, reduce el sobretratamiento y los efectos adversos, impulsa materiales comprensibles y un registro formal de la decisión compartida”.



Ha presentado también otras tres líneas en las que ha habido avances. Es el caso de la oftalmopatía tiroidea (EOT) u oftalmopatía de Graves, con la hipótesis de mimetismo molecular VPH–TSHR/IGF-1R con señales serológicas diferenciales. Esta investigación entre la infección del Virus del Papiloma Humano con la expresión de los receptores de la hormona tiroidea (TSHR) y del factor de crecimiento 1 similar a la insulina IGF-1R es “podrían ayudar a perfilar la huella inmunológica del paciente a futuro”, pero es “una línea aún exploratoria”, ha especificado Martín. “Los motivos proteicos compartidos podrían explicar susceptibilidad autoinmune en subgrupos. Abre vías para estratificación e investigación traslacional, sin cambios clínicos inmediatos”, ha indicado.

También es el caso de la embolización arterial tiroidea (TAE), en el que hay evidencia limitada (series y casos) que sugiere utilidad -puede reducir volumen y síntomas- en escenarios muy seleccionados, como pueden ser bocios muy vascularizados, puente prequirúrgico o paliación. No hay aún ensayos clínicos y los riesgos no son triviales, por lo que el especialista señala que su papel es selectivo, quedando reservada a centros con experiencia y con consentimiento informado robusto.

Y, finalmente, una última línea ha sido las necesidades no cubiertas en supervivientes de cáncer de tiroides, como los déficits de información y de apoyo psicológico, y donde Martín ha subrayado que hay que evitar la etiqueta ‘buen cáncer’. En este punto ha ofrecido recomendaciones prácticas para la consulta, por ejemplo, implementar puntos de control (*checklists*) informacionales; cribado de estrés psicofísico y derivación temprana a Psicooncología y Trabajo Social, para mejorar la experiencia y adherencia; o cambiar la organización de la consulta más que la tecnología.