

**FACULTATIVOS ESPECIALISTAS DE AREA
ESPECIALIDAD: ENDOCRINOLOGÍA**

**RESPUESTAS CORRECTAS AL CASO CLÍNICO REALIZADO EL
24 DE ENERO DE 2008.**

CASO CLÍNICO A

Nº PREGUNTA	RESPUESTA
1	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares (AF) de Diabetes Mellitus. • AF cardiopatía isquémica. • Alergias medicamentosas. • Consumo de tabaco, alcohol y drogas. • Fármacoterapia. • Hipertensión arterial, dislipemia. • AF de otras enfermedades autoinmunes. • Existencia de Diabetes Gestacional previa.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Peso, talla, tensión arterial (TA), perímetro de cintura. • Exploración general. • Bioquímica general, Hba1C, perfil lipídico, microalbuminuria, Anti GAD, Péptido C (basal o estimulado).
3	DM tipo 2.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaciones nutricionales con dieta hipocalórica. • Educación diabetológica. • Actividad física regular. • No fumar. • No gestación (proponer contracepción). • Metformina. • Estatina. • Repetir microalbuminuria, no tratar aún.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Fondo ojo o retinografía. • Exploración de la sensibilidad en pies (monofilamento). • Exploración pulsos MMII. • Microalbuminuria y Función renal.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar dosis de estatina. • Añadir IECA o ARA 2. • Emitir Informe de Alta a Médico de Familia y seguimiento en Atención Primaria.
7	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar Metformina, Estatina e IECA. • Añadir 200 microgramos de yoduro potásico. • Añadir ácido Fólico. • Insulinizar a la paciente. • Seguimiento en consulta Endocrinología. • Fondo de ojo. • T4l y TSH y anticuerpos antitiroideos. • Hemograma, bioquímica, Hba1C . • Microalbuminuria. • Si HTA, tratamiento antihipertensivo con fármacos aceptados para uso en gestación.
8	<ul style="list-style-type: none"> • Índice tobillo/brazo. • Ingreso en hospitalización para antibioterapia IV empírica . • Toma de muestra para cultivo de la lesión. • Rx pie para descartar osteomielitis. • Reevaluación metabólica.

9	<ul style="list-style-type: none"> • Grado 2b de Wagner. • Úlcera neuropática. Mal perforante plantar.
10	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar Metformina. • AAS 100-150 mg/día. • Insulinoterapia intensiva. • Laserterapia. • Hba1C menor 7% . • LDL menor 70 mediante simvastatina o atorvastatina a dosis altas. • Tg menor 150 mg/dl. • TA menor 130/80.
11	<ul style="list-style-type: none"> • Realizaría peptido C, para ver reserva insular. • Recomendaría trasplante renal o combinado renal/pancreas, a partir de un aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml/h

CASO CLÍNICO B

Nº PREGUNTA	RESPUESTA
1	<ul style="list-style-type: none"> • Función tiroidea (TSH). • Ecografía tiroidea. • Gammagrafía tiroidea. • PAAF de ambos nódulos dominante.
2	<ul style="list-style-type: none"> • Nódulo sólido hipocogénico que ocupa LD, sin halo periférico, de bordes irregulares. • En la imagen 1b con doppler se observa vascularización de predominio central del nódulo.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Según la guías de práctica clínica de manejo del nódulo tiroideo y Ca de tiroides debe realizarse gammagrafía tiroidea en todos los nódulos tiroideos que presenta TSH por debajo del rango normal, a fin de valorar si el nódulo es hipocaptante (frío), isocaptante o hipercaptante (caliente), ya que la mayoría de los nódulos calientes son benignos y en ese caso puede no ser necesario realizar PAAF.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Imagen gammagráfica tiroidea compatible con gran nódulo frío en lóbulo derecho y desestructuración de lóbulo izquierdo. • Ausencia de captación extratiroidea.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Tiroidectomía total o “casi” total. • Tiroidectomía subtotal con biopsia intraoperatoria.
6	<ul style="list-style-type: none"> • La paciente presenta un Tumor de Alto Riesgo: • Edad > 45 años • Variante histológica de mal pronostico (Ca Folicular de células de Hurthle) • Invasión vascular • Tamaño tumoral: 4 cm.
7	<ul style="list-style-type: none"> • 4-8 semanas: Rastreo Corporal total. Determinación de TSH, Tg y Ab Tg. • Dosis ablativa de I-131 (100 mCi) • Rastreo tras dosis ablativa • Iniciar tratamiento con levotiroxina para mantener niveles de TSH suprimidos (TSH <0.1 mU/ml)
8	<ul style="list-style-type: none"> • T2N1M0. • Estadio IV (mayor 45 años, T2, N1b, M0). • Seguimiento: Control semestral de TSH, Tg y Ab antitiroglobulina. • Anualmente: Rastreo,Tg estimulada, Ecografía cervical.
9	<ul style="list-style-type: none"> • Rastreo corporal total con I-131 en hipotiroidismo. • Tg estimulada. • Dosis de I-131 (≥ 100 mCi) en función de resultados del rastreo y Tg estimulada. • Aumentar dosis de LT4 a 175 mcg/día.
10	<ul style="list-style-type: none"> • Debe realizarse un PET corporal total si existe disponibilidad. • TAC o RNM afín de confirmar y definir lesiones localizadas en el PET.



11	<ul style="list-style-type: none">• Debe plantearse cirugía en 1º lugar si las lesiones son abordables quirúrgicamente.• Si no es posible tratamiento quirúrgico o como tratamiento complementario está indicada radioterapia externa paliativa.
----	---