

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

9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grado 2b de Wagner.</li> <li>• Úlcera neuropática. Mal perforante plantar.</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar Metformina.</li> <li>• AAS 100-150 mg/día.</li> <li>• Insulinoterapia intensiva.</li> <li>• Laserterapia.</li> <li>• Hba1C menor 7% .</li> <li>• LDL menor 70 mediante simvastatina o atorvastatina a dosis altas.</li> <li>• Tg menor 150 mg/dl.</li> <li>• TA menor 120/80 .</li> </ul>
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizaría péptido C, para ver reserva insular.</li> <li>• Recomendaría trasplante renal o combinado renal/pancreas, a partir de un aclaramiento de creatinina inferior a 30 ml/h</li> </ul>

## CASO CLÍNICO B

Nº PREGUNTA	RESPUESTA
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Función tiroidea (TSH).</li> <li>• Ecografía tiroidea.</li> <li>• Gammagrafía tiroidea.</li> <li>• PAAF de ambos nódulos dominante.</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nódulo sólido hipocogénico que ocupa LD, sin halo periférico, de bordes irregulares.</li> <li>• En la imagen 1b con doppler se observa vascularización de predominio central del nódulo.</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imagen gammagráfica tiroidea compatible con gran nódulo frío en lóbulo derecho y desestructuración de lóbulo izquierdo.</li> <li>• Ausencia de captación extratiroidea.</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiroidectomía total o “casi” total.</li> <li>• Tiroidectomía subtotal con biopsia intraoperatoria.</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>La paciente presenta un Tumor de Alto Riesgo:</b></li> <li>• Edad &gt; 45 años</li> <li>• Variante histológica de mal pronóstico (Ca Folicular de células de Hurthle)</li> <li>• Invasión vascular</li> <li>• Tamaño tumoral: 4 cm.</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4-8 semanas: Rastreo Corporal total. Determinación de TSH, Tg y Ab Tg.</li> <li>• Dosis ablativa de I-131 (100 mCi)</li> <li>• Rastreo tras dosis ablativa</li> <li>• Iniciar tratamiento con levotiroxina para mantener niveles de TSH suprimidos (TSH &lt;0.1 mU/ml)</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• T2N1M0.</li> <li>• Estadio III ( mayor 45 años, T2, N1a, M0).</li> <li>• Seguimiento: Control semestral de TSH, Tg y Ab antitiroglobulina.</li> <li>• Anualmente: Rastreo,Tg estimulada, Ecografía cervical.</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rastreo corporal total con I-131 en hipotiroidismo.</li> <li>• Tg estimulada.</li> <li>• Dosis de I-131 (≥ 100 mCi) en función de resultados del rastreo y Tg estimulada.</li> <li>• Aumentar dosis de LT4 a 175 mcg/día.</li> </ul>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debe realizarse un PET corporal total si existe disponibilidad.</li> <li>• TAC o RNM afín de confirmar y definir lesiones localizadas en el PET.</li> </ul>



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