

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018
Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-
Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko
otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por
Resolución nº 111/2018 de 7 de Febrero de
2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de Febrero de
2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. ENDOKRINOLOGIA ETA NUTRIZIOKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MEDICO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION

Proba eguna / Fecha prueba
2018ko maiatzaren 27an/ 27 de mayo de 2018.

2. ariketa / 2º ejercicio

CASO 1

Paciente de 24 años de edad enviada del servicio de Hematología para estudio de masa abdominal detectada en una ecografía realizada para estudio de trombocitosis.

ANTECEDENTES FAMILIARES: Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES: Mononucleosis infecciosa con 17 años.

ANAMNESIS: Refiere la paciente encontrarse asintomática. No HTA conocida. Mantiene peso. No ha presentado episodios de palpitaciones, ni cefalea. No aumento de vello corporal. Menarquía a los 13 años. Reglas regulares.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Peso: 55,5 Kg Talla 170 cm TA 110/65

Buen color de piel y mucosas. Ptosis palpebral izda. Pupilas isocóricas y normorreactivas.

Campimetría por confrontación normal. Reflejo pupilar y movilidad del globo ocular normal.

Sensibilidad facial conservada. No signos de parálisis facial. Desviación de la lengua a la izda.

Cuello: no bocio ni adenopatías cervicales.

Tórax: AP y AC normales.

Abdomen: no estrías

Ausencia de manchas café con leche. No pecas axilares ni inguinales.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Metanefrinas orina 24 h:

Metanefrina 109 $\mu\text{g}/24\text{h}$ (VN<341)

Normetanefrina 3772 $\mu\text{g}/24\text{h}$ (VN<444)

Metanefrinas plasma

Metanefrina 27 pg/mL (VN<12)

Normetanefrina >1000 pg/mL (VN<200)

Bioquímica e iones normales, DHEAS, 17 OH progesterona, estradiol, testosterona, androstendiona delta-4, PTH, calcitonina normales; cromogranina A: 597.5 ng/mL (VN 19-98); cortisol tras 1 mg dexametasona nocturno < 1 $\mu\text{g}/\text{dL}$.

PREGUNTAS:

1. Teniendo en cuenta el resultado de los análisis realizados y en espera de realización de pruebas de imagen, señale la opción falsa:

- a. El fenotipo bioquímico con secreción predominante de noradrenalina suele estar presente en pacientes con mutaciones del gen VHL y de SDHx.
- b. Los paragangliomas de cabeza y cuello en general no son productores de catecolaminas, por lo que es poco probable que el tumor esté localizado en el cuello.
- c. El perfil bioquímico orienta posiblemente a un MEN 2.
- d. La mayoría de los feocromocitomas/paragangliomas se localizan en el abdomen.

Se realiza TAC abdominal: masas suprarrenales bilaterales que presentan marcado realce tras la administración de contraste intravenoso. Descartar feocromocitoma como primera posibilidad (lado izdo 2,4x3.3cm y lado dcho 4.8x3.7 cm).

- 2. Respecto a las pruebas complementarias de imagen, señale la opción correcta:**
 - a. Las indicaciones para realizar una Gammagrafía con MIBG corporal total en pacientes diagnosticados de feocromocitoma son: tumor adrenal >5 cm o existencia de un paraganglioma extraadrenal.
 - b. El hallazgo de una lesión adrenal de 3 cm en TC con densidad <10 uds Hounsfield, homogénea, es sugestivo de malignidad.
 - c. En pacientes con diagnóstico de paraganglioma maligno, la sensibilidad del FDG-PET es superior a la de Gammagrafía con MIBG para la detección de enfermedad metastásica.
 - d. El octreoscan es la prueba de imagen funcional de elección en el estudio de pacientes con feocromocitoma/paraganglioma.

- 3. Todas las sustancias indicadas pueden dar lugar a falsos positivos por elevación de los niveles de catecolaminas y metanefrinas medidos en el laboratorio, excepto:**
 - a. Atorvastatina
 - b. Antidepresivos tricíclicos
 - c. Anfetaminas
 - d. Cocaína

- 4. Se realiza suprarrenalectomía bilateral tras el adecuado α -bloqueo. El informe anatómo-patológico informa de feocromocitoma bilateral. Las técnicas de inmunohistoquímica muestran SDHB positivo. ¿Qué estudio genético realizaría en primer lugar?**
 - a. Estudio del gen RET
 - b. Estudio del gen SDHB
 - c. Estudio del gen VHL
 - d. Estudio del gen SDHC

- 5. El estudio genético fue positivo. Respecto al seguimiento de esta paciente y sus familiares, señale la respuesta correcta:**
 - a. La paciente no necesita más seguimiento, ya que tras la intervención los marcadores bioquímicos se han normalizado.
 - b. En pacientes con mutaciones en VHL se debe descartar la presencia de hemangioblastomas cerebrales y carcinoma renal.
 - c. En caso de mutación en el gen SDHD la enfermedad se manifiesta con mayor frecuencia si se hereda de la madre.
 - d. En caso de mutación en VHL, la probabilidad de que los hijos estén afectados es de un 25%.

CASO 2

MOTIVO DE CONSULTA: Valoración de tratamiento, en paciente de alto riesgo cardiovascular.

ANTECEDENTES PERSONALES: Obesidad, HTA e Hiperlipemia de 9 años de evolución, Glucemia alterada en ayunas desde hace 3 años. Tabaquismo 20 cig/d. No OH. Colon irritable. Trabaja como conductor de autobús. Tratamiento: Enalapril 20mg: 1-0-0, Intolerancia a Simvastatina por artralgias.

ENFERMEDAD ACTUAL: Varón de 59 años que acude a Urgencias hace 1.5 meses por dolor torácico siendo diagnosticado de Infarto Agudo de Miocardio con colocación de 2 stent farmacoactivos.

Durante su estancia en el hospital se evidencia Glu 240 mg/dl a su llegada a Urgencias y Glu 180 mg/dl en analítica de laboratorio con HbA1c 9,3%. Al alta se inició tratamiento con Metformina 1000 mg: 1-0-1, Atorvastatina 80 mg y doble antiagregación. Se remite a nuestra consulta para valoración y seguimiento.

Pendiente de iniciar Rehabilitación Cardíaca.

EXPLORACION: P 95, T 170, IMC 32.87, TA 160/95, PER ABD 115, Pulsos Pedios +, Tibiales Posteriores +, Sensibilidad con Monofilamento +.

PREGUNTAS

1-Que medida terapéutica le parece más importante en el momento actual?

- a. Valorar la adherencia al tratamiento e iniciar educación diabetológica para Dieta, Ejercicio y Autoanálisis de Glucemias capilares junto con recomendación de stop tabaco.
- b. Pedir una analítica con Lípidos, HbA1c, Cociente Albúmina/creatinina.
- c. Proponer IPCSK9.
- d. Añadir Gliclazida.

2-Como modificaría el tratamiento en este paciente de acuerdo a su riesgo cardiovascular:

- a. Optimización del tratamiento con Estatinas teniendo en cuenta su probable intolerancia previa a alguna de ellas.
- b. Añadir Empagliflozina.
- c. Control de TA ambulatoria (AMPA) y adecuación del tratamiento.
- d. Todas son correctas.

3-Señale la respuesta falsa:

- a. Si la estrategia de tratamiento se basara en la mínima pérdida progresiva de células beta, incluiría una tiazolidindiona.
- b. Las gliflozinas son fármacos a retirar antes de una cirugía.
- c. Las glinidas se unen más a los receptores SUR2 que a los SUR1.
- d. Se puede mantener Empagliflozina si tras el inicio del tratamiento el filtrado glomerular baja a 55 ml/min.

4-Señale la respuesta verdadera:

- a. El ejercicio no aumenta el transporte de glucosa independiente de insulina.
- b. El ejercicio aumenta el transporte de glucosa mediante translocación de GLUT4 intracelular a la superficie celular.
- c. En el estudio ACCORD, el grupo de tratamiento intensivo con HbA1c<7% estaba asociado a aumento de mortalidad.
- d. En los pacientes con Diabetes la tasa de Insuficiencia Cardíaca tras el Infarto es superior a la de los no Diabéticos, pero depende de la superficie infartada.

5-Señale la respuesta verdadera:

- a. El Carvedilol disminuye la resistencia insulínica y tiene efectos antioxidantes.
- b. Se recomienda el aporte de un complemento de omega 3 para prevenir eventos cardiovasculares.
- c. El uso de gliflozinas se asocia con un descenso de glucagón.
- d. El descenso nocturno de la Tensión Arterial se conserva a pesar de la aparición de Microalbuminuria.

CASO 3

Varón de 72 años con antecedentes de

HTA bien controlada

No DM

No alergias conocidas

Enfermedad Actual:

Dolor abdominal, anorexia, pérdida de peso no cuantificada y últimamente vómitos alimentarios tras cada comida, por lo que desde hace 3 semanas ha disminuido ingesta a dieta líquida/ blanda con disminución de cuantía.

Exploración física:

TA 110/60 mmHg, FC 75 , dolor abdominal a la palpación sin otros hallazgos

Peso habitual 80 Kg, hace 6 meses

Peso actual 60 Kg. Talla: 168 cm. (IMC 21,25 kg/m²).

Analítica:

Hemograma, bioquímica y coagulación normales salvo proteínas totales 5,6 gr/dl (normal 6,5-8 gr/dl) Albúmina de 2,5 g/dl. Prealbúmina 14 mg/dl. Transferrina 95 mg/dl.

TAC abdominal

Masa en cabeza pancreática que estenosa parcialmente segunda porción duodenal, con aspecto de malignidad

Ingresa a cargo de Cirugía General y se programa intervención para 5- 7 días después (no hay hueco de quirófano antes)

PREGUNTAS:

- 1) Aunque estos métodos están validados en cribado de riesgo nutricional en el paciente hospitalizado, ¿Cuál de entre ellos está validado especialmente en el paciente oncológico?
- Nutritional Risk Screening(NRS) 2002
 - Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
 - Valoración Global subjetiva Generada por el paciente (VSGGP)
 - Mininutritional assessment (MNA)

En el tratamiento se deja prescrita dieta líquida, analgesia y sueroterapia con 1500 ml de suero glucosalino

2) Tras la valoración Nutricional, ¿Qué intervención nutricional terapéutica inicial le parece la más adecuada ?

- a) Indicar nutrición enteral completa por vía oral hasta la cirugía y revisar evolución pasadas 48 horas
- b) Indicar nutricional enteral completa a través de sonda nasogástrica, ya que es poco probable que cumpla requerimientos por vía oral y revisar evolución pasadas 48 horas
- c) Indicar dieta líquida, ya que tiene las mismas Kcal que la dieta basal del Hospital y revisar evolución pasadas 48 horas
- d) No es necesaria ninguna medida especial, el plazo de 7 días en este paciente nos permite mantener la sueroterapia.

El paciente es intervenido realizándose Duodenopancreatectomía cefálica y gastroyeyunostomía en yeyuno proximal en Y de Roux. Infundibilización de páncreas en yeyuno y coledocoyeyunostomía

Postoperatorio (+ 96 horas): Débito de aspecto entérico-biliar (100cc/24 h) por los drenajes. Se sospecha dehiscencia de anastomosis. Desde cirugía optan por iniciar tratamiento conservador con somatostatina y solicitan nuestra valoración

3) En su opinión ¿Qué intervención nutricional sería la más correcta?

- a) Iniciaría Nutrición parenteral total en cuanto fuera posible para asegurar un correcto aporte calórico y proteico
- b) Intentaría conseguir un acceso enteral con sonda nasoyeyunal de doble luz de alimentación y aspiración, con extremo distal en yeyuno para iniciar Nutrición enteral.
- c) Ajustar sueroterapia para conseguir administrar líquidos, glucosa y potasio en un volumen adecuado.
- d) Recomendar reintervención, en esta situación la intervención nutricional va a ser poco eficaz

4) Siendo un paciente quirúrgico, optamos por aportar Glutamina en su pauta de nutrición artificial. Con respecto a la misma ¿ Qué afirmación no es correcta?

- a) En nutrición artificial, el aporte de glutamina por vía enteral o parenteral tiene una eficacia similar en la mejora del estado nutricional.
- b) La glutamina es un aminoácido no esencial que forma parte de la síntesis proteica corporal
- c) La glutamina sirve como fuente energética para las células de la mucosa intestinal
- d) La glutamina es un precursor de la síntesis de purinas y pirimidinas.

El paciente es reintervenido. Pasados unos días ha iniciado tolerancia oral pero su ingesta es menor de un 50% de los requerimientos energéticos diarios y decidimos utilizar suplementación enteral

5) La fórmula de nutrición enteral que vamos a utilizar contiene un 20% de lactoalbumina como fuente de proteínas, sacarosa y triglicéridos de cadena media, su densidad calórica es de 1.3 kcal/ml. ¿Cómo clasificaría esta fórmula?

- a) Polimérica, concentrada, normoproteica
- b) Oligomérica, isocalórica, hiperproteica
- c) Polimérica, concentrada, hiperproteica
- d) Oligomérica, concentrada, hiperproteica.

CASO 4

Motivo de consulta

Mujer de 38 años de edad que es remitida por observación de hipoglucemia.

Antecedentes familiares

- Padres viven sin enfermedades de interés.
- Una hermana de 46 años con hipotiroidismo primario secundario a tiroiditis de Hashimoto.
- No hijos

Antecedentes Personales

- No alergias conocidas.
- Bocio multinodular normofuncionante.
- No intervenciones quirúrgicas.
- No hábitos tóxicos. Trabaja como administrativa.
- Tratamiento indicado por neurología: Neurontín.
- Menarquia a los 14 años. Reglas regulares. No embarazos ni abortos. Nunca ha consultado por ello.

Enfermedad actual

Durante un ingreso en neurología para estudio de crisis de ausencia, observaron una glucemia de 45 mg/dl por lo que es remitida a nuestro servicio para estudio de hipoglucemia.

La paciente había presentado 3 situaciones en las que se le había detectado glucemia <50 mg/dl. En una de las ocasiones tuvo previamente sensación de hambre. Desconoce si tiene otra sintomatología salvo que ella no recuerda nada y se ha visto en dos ocasiones en el hospital. La paciente se encuentra cansada, resultándole difícil seguir el ritmo de trabajo que hasta ahora llevaba bien. La función tiroidea realizada recientemente refería que fue normal. Reglas regulares.

Examen físico

Talla 165 cm – Peso 62 Kg – TA 120/67 mm Hg. Consciente y orientada. Coloración normal de piel y mucosas. Bocio II-III multinodular que se desplaza bien con la deglución. Resto de exploración general normal.

Analítica

Se le realizó una nueva glucemia e insulina tras 10 horas de ayuno con glucemia de 72 mg/dl e insulinemia 3,2 μ U/ml. Una determinación de cortisol realizada fue de 4,8 mcg/dl, T4L 1,2 ng/dl, TSH 2,2 mcU/ml, 17- β -estradiol 60 pg/ml, FSH 6,4 mU/ml y LH 4,6 mU/ml, PRL 5,7 ng/ml.

PREGUNTAS:

- 1. La forma de presentación del cuadro clínico te parece compatible con:**
 - a) Tumoración hipofisaria.
 - b) Enfermedad Addison.
 - c) Neurosarcoidosis.
 - d) Hipofisitis autoinmune.

- 2. ¿Cuál de las siguientes determinaciones te daría más información cara al tratamiento?:**
 - a) Cortisol tras hipoglucemia insulínica.
 - b) IGF-1.
 - c) ACTH.
 - d) Ac. anti TPO.

- 3. Después del estudio realizado la paciente fué diagnosticada de insuficiencia suprarrenal secundaria e inicia tratamiento con hidrocortisona a una dosis de 20 mg/día pese a lo cual no mejora su astenia ni capacidad de trabajo. ¿Cuál sería tu siguiente paso?:**
 - a) Aumentar dosis de hidrocortisona a 30 mg/día.
 - b) Añadir mineralocorticoides.
 - c) Cambiar hidrocortisona por dexametasona.
 - d) Valorar resto de la función hormonal hipofisaria.

- 4. Desde el tratamiento con hidrocortisona la paciente no ha vuelto a presentar crisis de ausencia, manteniendo el tratamiento con neurontín. A pesar de haber aumentado la dosis de hidrocortisona a 30 mg/día contemplando estrés en el trabajo, la situación clínica es la misma. ¿Cuál sería el siguiente paso que definiera mejor la situación?:**
 - a) Medir IGF-1
 - b) Medir IGF-1 e IGF-BP3
 - c) Medir IGF-1 y GH tras hipoglucemia insulínica
 - d) GH tras glucagón

- 5. Finalmente la paciente es diagnosticada de déficit de hormona de crecimiento. El objetivo fundamental para el tratamiento con GH es:**
 - a) Mejorar la capacidad vital y recuperación después del ejercicio
 - b) Mejorar la osteoporosis
 - c) Normalizar niveles de IGF-1
 - d) Reducir mortalidad a largo plazo