



OSAKIDETZA

2011ko azaroaren 8ko
1732/2011 Erabakiaren bidez
egindako Oposaketa-Lehiaketarako
deia (EHAA 226 Zkia. 2011ko
azaroaren 29ekoa)

Concurso-Oposición convocado
por Resolución nº 1732/2011, de 8 de
noviembre de 2011 (B.O.P.V. Nº 226
de 29 de noviembre de 2011)

**KATEGORÍA: FAK. ESP. ENDOKRINOLOGIA ETA
NUTRIZIOKO MED.**

**CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO ENDOCRINOLOGÍA Y
NUTRICIÓN**

Proba eguna / Fecha prueba:
2012ko martxoaren 24a / 24 de marzo de 2012

2. ariketa / 2º ejercicio

Caso clínico Numero 1

Mujer de 49 años de edad remitida por su médico de cabecera por sospecha de acromegalia para completar estudio.

Antecedentes personales:

- No alergias conocidas.
- HTA conocida desde hace 10 años en tratamiento con un ARA2 y un diurético a dosis bajas, con buen control de la misma.
- DM2 de 5 años de evolución en tratamiento con metformina y repaglinida
- Colecistectomía.
- No hábitos tóxicos.
- Menarquia 13 años, dos embarazos y partos normales, con pesos al nacer entre 2.800 y 3.400 Kg; menopausia a los 43 años sin sofocos.

Antecedentes familiares:

- Padre de 80 años, con DMT2 en tratamiento con ADOs
- Madre de 77 años, sin tratamiento farmacológico.
- Dos hermanos y dos hijos sin enfermedades de interés.

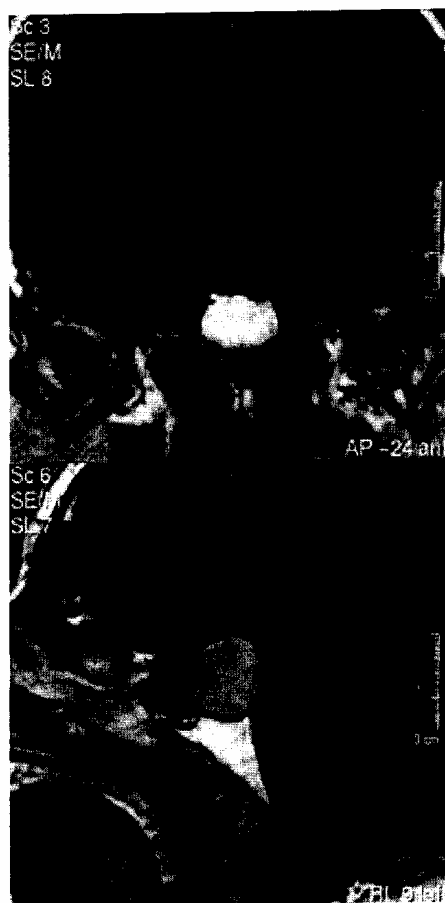
Enfermedad actual:

Vista la paciente, refiere historia de unos 8-10 años de evolución de crecimiento acro, observa y confirma cambios en la cara y extremidades, habiendo precisado cambiar el anillo en dos ocasiones y un aumento del número de calzado de 3 números. Asimismo, cefalea desde hace años, más acusada desde hace unos 5 años, y disminución de la capacidad vital con menor rendimiento en el trabajo. Exploración: 164 cm, peso 80 Kg, TA 140/87 mm Hg. Facies acromegaloide, se palpa bocio II, difuso, consistencia elástica, que se desplaza con la deglución, no doloroso y sin adenopatías en cuello. Abdomen con hepatomegalia dudosa. Extremidades con crecimiento acro

Los niveles de T4l fueron de 1,0 ng/dl con TSH de 1,3 μ U/ml, cortisol 14 mcg/dl, GH 25 ng/ml e IGF-1 859 ng/ml.

Campimetría normal

Las pruebas de imagen se muestran a continuación:



Se decide intervención quirúrgica vía transesfenoidal. En las primeras 48 horas se le administran dos dosis de 2 mcg de desmopresina intravenosa por diuresis elevada. Al alta al 6º día se le realizan determinaciones hormonales basales y se va de alta con hidroaltesona 20 mg/día y desmopresina oral 0,2 mg/noche. A los 3 días acude a urgencias por anorexia, apatía y calambres musculares.. En Urgencias se observa Na de 123 mEq/l.

CUESTIONES A CONTESTAR

- 1.- Valoración pronóstica del motivo de consulta de esta paciente
- 2.-Valore posibles causas de la hiponatremia en esta paciente.
3. Indique que otras pruebas complementarias realizaría
4. Indique tratamiento a seguir
5. Pronóstico evolutivo em relación a la hiponatremía de la paciente.

Caso clínico Numero 2

Varón de 66 años que acudió a su médico de familia por nerviosismo, insomnio, y palpitaciones desde un mes antes.

Se le efectuó una determinación de tiroxina libre (T4L), triyodotironina libre (T3L) y tirotropina (TSH) que fueron sugestivas de hipertiroidismo, por lo que fué derivado a Endocrinología, donde también refirió la aparición de disnea de esfuerzo y una pérdida de 3 kg de peso en el último mes, sin cambios en el apetito.

Dos años antes había sido diagnosticado de fibrilación auricular paroxística, tratado con cardioversión eléctrica, antiagregantes plaquetarios y 200 mg de amiodarona oral que mantiene en la actualidad.

Seis meses antes de la consulta presentó un electrocardiograma en ritmo sinusal, y consultó con un naturista para bajar de peso, que le recomendó un producto homeopático y reducir la ingesta de grasas y alcohol.

No refería estudios radiológicos con contraste en el último año, ni tenía antecedentes familiares ni personales de enfermedad tiroidea, pero no disponía de información sobre su función tiroidea antes del iniciacio del tratamiento con amiodarona.

A la exploración se trataba de un paciente obeso con presión arterial de 145/55 mmHg, y temperatura de 36,8°C que presentaba una mirada fija con retracción parpebral por encima del limbo esclero corneal, sin edema parpebral y un tiroides no doloroso, sin claro aumento de tamaño y sin nódulos palpables. Tenía una piel húmeda con temblor fino en manos y pérdida de fuerza simétrica. La auscultación pulmonar era normal. Presentaba una taquicardia a 120 latidos/minuto sin claros soplos.

En las pruebas complementarias destacaba un electrocardiograma con fibrilación auricular, una radiografía de torax sin alteraciones y analítica con hemograma, recuento, fórmula y velocidad de sedimentación globular sin alteraciones, T4L 7,2 ng /dl (normal de 0,8 a 1,8 ng /dl), T3L 6,3 pg /ml (normal de 2,3 a 4,2 pg /ml); tiroglobulina de 205 ng/ml (normal de 0,5 a 70 ng/ml) y TSH menor de 0,01 mcU / ml (normal de 0,35 -5,5 mcU / ml). Los anticuerpos antitiroglobulina, antitiroperoxidasa, y anti-receptor de TSH fueron indetectables así como los niveles de gonadotropina coriónica en suero. La yoduria fue de 9.100 µg/24 h, (normal en adultos de 100-300 µg / 24 h).

La ecografía tiroidea evidenció un tiroides de situación normal, ligeramente hipocogénico, sin nódulos y con un volumen total estimado de 18 ml. La captación tiroidea de yodo radiactivo fue de 0,9% a las 24 h y la ecografía doppler color del tiroides mostró un patrón ecográfico de ausencia de hipervascularización.

CUESTIONES A CONTESTAR

- 1.- Diagnóstico diferencial de ESTE caso.
- 2.- El diagnóstico etiológico más probable en este paciente
- 3.- Explique como debería ser el tratamiento inicial
- 4.- Indique que alternativas terapéuticas hay en caso de evolución desfavorable con riesgo vital.
- 5.- Explique el pronóstico y manejo de la tirotoxicosis una vez superado el episodio inicial.