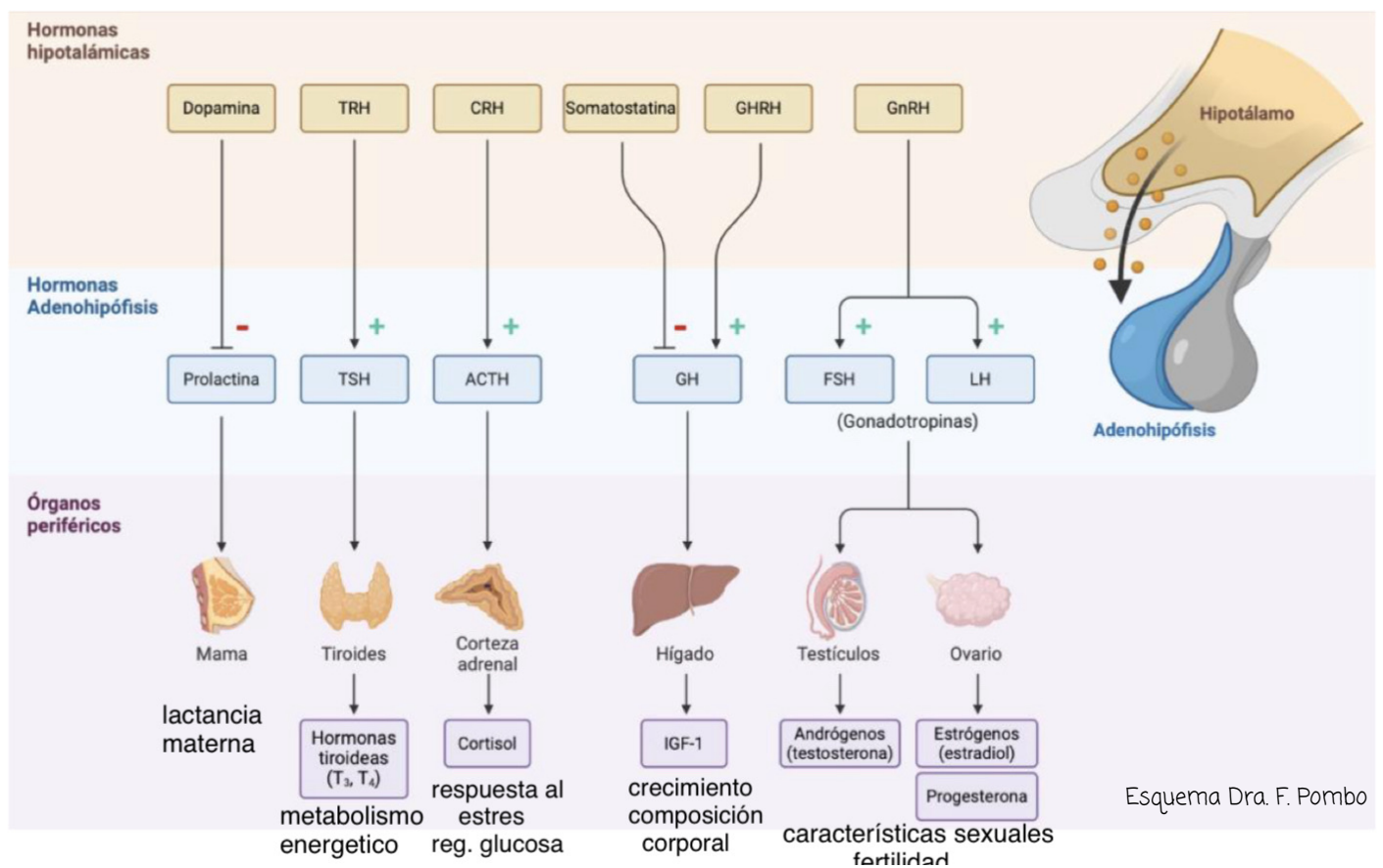


# ENDOCRINOLOGÍA





# ENDOCRINO

## 2. HIPOPITUARISMO Y SÍNDROMES HIPOTALÁMICOS

. ¿Cuál de las siguientes NO es una hormona hipotalámica? (2020 enero)

- a) Oxitocina. \*
- b) Somatostatina.
- c) Prolactina.
- d) Dopamina.
- e) GHRH.

. Indique cuál de los siguientes factores hipotalámicos NO intervienen en la regulación de la secreción adenohipofisaria: (2019 junio) (2018 enero)

- a) CRH.
- b) Dopamina.
- c) Oxitocina. \*
- d) Somatostatina.
- e) TRH.

→ hormonas hipotalámicas = dopamina + TRH + CRH + somatostatina + GHRH + GnRH

→ ADENOHIPOFISIS = 5 tipos células secretoras de hormonas

- 1. C. Lactotropas = prolactina (PRL)
- 2. C. Tiotropas = hormona estimulante de tiroides (tirotropina, TSH)
- 3. C. Corticotropas = hormona adrenocorticotropa (ACTH).
- 4. C. Somatotropas = hormona del crecimiento o somatotropina (GH).
- 5. C. Gonadotropas = gonadotropinas (hormona estimulante del folículo = FSH + hormona luteinizante = LH).

. Unha muller de 48 anos consulta por astenia e diminución da libido. Tivo a menarquia aos 12 anos e dende hai 6 anos está en amenorrea. So tivo un fillo aos 34 anos, cun parto complicado por un shock hipovolémico grave que requeriou varias transfusións de sangue. A presión arterial é de 108/46 mmHg cunha frecuencia cardíaca de 59 lpm, sendo o resto da exploración física anodina. Non toma ningún fármaco. Os estudos bioquímicos revelan os seguintes datos: TSH: 0.8 mIU/L (RN: 0.5-5.0), T3I: 1.22 pg/mL (RN: 2.3-4.2), T4I: 0.71 ng/ dL (RN: 0.89-1.8), LH: 3.0 UI/L (16-54), FSH: 2.3 UI/L (RN: 23-116), estradiol: 25 pg/mL (RN: 20 - 88), cortisol plasmático as 8:00: 3 mcg/dL (RN: 5-25), ACTH: 5 pg/mL (RN: 6-76), glucemia basal: 48 mg/dL. Con esta información, ¿cál das seguintes afirmacións é CORRECTA? (2024 enero)

- a) A causa máis probable é un insulinóma.
- b) Ten un hipotiroidismo subclínico.
- c) Unha causa probable sería unha síndrome de Sheehan.
- d) Ten unha insuficiencia suprarrenal primaria.
- e) Deberíase tratar inmediatamente con levotiroxina sódica.

→ hipopituitarismo - causas = sd Sheehan

→ Sd Sheehan:

- infarto hipófisis tras hemorragia postparto

- sospecha si: hemorragia postparto + incapacidad lactancia/reestablecer menstruación

→ hipopituitarismo = diminución ACTH, TSH, gonadotropinas = astenia + diminución libido + amenorrea secundaria

→ hipopituitarismo - tto = 1. Eje corticotropo (hidrocortisona) → 2. Eje tiotropo (levotiroxina) → 3. Eje gonadotropo (estrógenos x ser mujer) → 4. Eje somatotropo (Gh recombinante).

. En relación co déficit de GH, ¿cál das seguintes aseveracións é incorrecta? (2023 enero)

- a) Pode aparecer tanto en nenos como en adultos.
- b) Pode incrementar o risco de fracturas.
- c) A determinación de GH basal non é útil pra o diagnóstico.
- d) Un pico de GH menor de 3 ng/mL tras un test de hipoglucemia insulínica é diagnóstico en adultos.
- e) O tratamento con somatotropina humana recombinante nunca está indicado en adultos. \*

→ hipopituitarismo => clínica déficit GH = diminución masa ósea

→ hipopituitarismo - dx => eje somatotropo

- GH basal = NO útil
- hipoglucemia insulínica = baja GH -
- hipopituitarismo - tto eje somatotropo = GH recombinante

### 3. TUMORES HIPOFISARIOS

. Respecto as masas selares, é FALSO: (2024 enero)

- a) Cos adenomas hipofisarios de menos de 1 cm se denominen microadenomas.
- b) Que podan secretar GH.
- c) Que podan ocasionar oftalmoplexia.
- d) Que xeralmente sexan lesións benignas.
- e) Que xeralmente causen diabetes insípida. \*

→ masas selares - clínica = quiasma óptico

→ masas selares = 80-90% adenomas hipofisarios = benignos

- microadenoma = <10mm / macroadenoma = >10mm

- no funcionante / funcionantes = hipersecreción hormonal

→ adenoma hipofisario funcionante - somatotropo = GH

. En relación cas masas selares é FALSO que: (2023 junio)

- a) Sexan máis frecuentes nos homes. \*
- b) Podan ser hiperfuncionantes.
- c) Podan causar alteracións da personalidade.
- d) Podan ser de orixe vascular.
- e) Podan ser quísticas.

→ masas selares

- clasificación = adenoma hipofisario + carcinoma hipofisario + quistes bolsa Rathke/dermoides/epidermoides/aracnoideos/pineal + procesos vasculares + ...

- clínica = afecta hipófisis - hiper/hiposecreción hormonas // outras: trastornos personalidad

- adenoma hipofisario = funcionante / no funcionante.

. En relación cas masas selares: (2023 enero)

- a) Poden ser non funcionantes.
- b) Poden atoparse incidentalmente nunha proba de imaxe.
- c) Aos microadenomas non funcionantes débeseles facer inicialmente seguimento con RNM ao cabo dun ano.
- d) A afectación da vía óptica suxire invasividade.
- e) Todas son correctas. \*

→ masa selar = lesión area selar

- clínica => quiasma óptico = afectación visión

- adenoma hipofisario = funcionantes + no funcionantes

- adenoma hipofisario NO funcionante = suelen identificarse en RM realizadas x outros motivos (incidentaloma hipofisario)

\*. Os tumores hipofisarios: (2024 junio)

- a) Poden causar clínica compresiva local.
- b) Poden estar relacionados con síndrome xenéticos.
- c) Poden causar oftalmoplexia.
- d) A cirurxía transesfenoidal endoscópica é o tratamento de elección en todos eles.
- e) "a", "b", "c" son correctas. \*

. Os tumores hipofisarios: (2023 junio)

- a) Xeralmente son de natureza benigna.
- b) Habitualmente ocasionan unha diabetes insípida central.
- c) Poden causar un hipertiroidismo.
- d) "a" e "c" son correctas. \*
- e) Todas son correctas.

→ masas selares => adenoma hipofisario = (+) frecuente + tumor benigno

→ craneofaringioma = diabetes insípida (una de las características + precoces)

. Respecto a la acromegalia, solo una afirmación es INCORRECTA: (2020 enero)

- a) La fragilidad ósea está aumentada.
- b) La primera causa de mortalidad es la oncológica.

- c) El exceso de GH / IGF-I ejerce un efecto anabólico.
  - d) El fenotipo histológico escasamente granulado se caracteriza por una enfermedad menos severa y mejor respuesta al tratamiento con análogos de la somatostatina. \*
  - e) Cursa con pérdida de masa grasa.
- es de otro tema pero viene bien para poner conocimientos en sus sitio y relacionar las cosas vistas en otro tema.
- acromegalia:
- caracterizado x concentraciones elevadas de GH e IGF-1 = crecimiento extremidades + partes blandas
  - comorbilidades = aumento riesgo fracturas x compresión vertebral

. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas o complicaciones NO suelen estar presentes o desarrollarse en un paciente con acromegalia? (2020 enero)

- a) Adiposidad. \*
- b) Disfunción diastólica.
- c) Prognatismo.
- d) Diabetes o intolerancia a la glucosa.
- e) Artropatía.
- f) Fragilidad ósea.
- g) Cardiopatía.

→ acromegalia = exceso GH + IGF-1 = signos clínicos = crecimiento extremidades y partes blandas (labios, lenguas, orejas, manos, pies, mandíbula, arcos superciliares y cigomáticos, prognatismo, ...)

→ acromegalia => otras alteraciones = diabetes + aumento riesgo fracturas (x compresión vertebral) + manifestaciones cardiovasculares.

. Respecto a los tumores hipofisarios productores de TSH, señale la respuesta incorrecta: (2019 junio) (2018 junio) (2018 enero) (2014 enero) (2013 enero)

- a) Debe sospecharse en presencia de un hipertiroidismo con TSH no suprimida.
- b) Pueden co-secretar otras hormonas hipofisarias.
- c) La determinación de la fracción subunidad alfa-TSH/TSH puede ser útil en el diagnóstico.
- d) Suelen ser macroadenomas.
- e) Debe realizarse el diagnóstico diferencial con la resistencia a las hormonas tiroidea.
- f) El hipertiroidismo debe corregirse con antitiroideos o tiroidectomía. \*
- g) Suelen ser microadenomas. \*
- h) Antes de la cirugía hipofisaria debe corregirse el hipertiroidismo con antitiroideos o tiroidectomía si fuera preciso.

→ otro tema

→ tirotropinoma/TSHoma = pueden cosecretar GH/PRL + mayoría macroadenomas (y localmente invasivas) + signos/síntomas hipertiroidismo + TSH normal.

. La presencia de máculas hiperpigmentadas en un paciente con acromegalia nos debe llevar a sospechar la presencia de: (2020 enero)

- a) Un MEN1.
- b) Un MEN4.
- c) Una mutación del gen GNAS. \*
- d) Una mutación del gen PROP.
- e) Una mutación del gen AIP.

→ sd familiares que incluyen adenomas hipofisarios - sd McCune-Albright = gen GNAS1 + secreción GH (~acromegalia-) + pigmentación cutánea (manchas café con leche).

. En relación cos tumores hipofisarios agresivos, é FALSO que: (2023 enero)

- a) Podan ser non funcionantes.
- b) Adoiten responder mal a múltiples liñas de tratamento.
- c) Adoiten presentar mal un Ki-67 menor do 3%. \*
- d) A presencia de metástasis defina al carcinoma hipofisario.
- e) A cirurxía transesfenoidal endoscópica poda inducir unha SIADH.

→ tumores hipofisarios agresivos

- adenomas hipofisarios agresivos = resistencia tto médico + aumento actividad mitóticas y del índice Ki-67

- tumor hipofisario maligno / carcinoma hipofisario = detección metástasis (requisito dx)

→ masas selares - tto = Cx transesfenoidal - complicaciones = SIADH (+ hipopituitarismo yatrogénico + diabetes insípida + infecciones + fuga LCR).

. Una muller de 25 anos, asintomática e sen antecedentes de interés, presenta unhas concentracións plasmáticas de IGF1 persistentemente elevadas. A concentración nadir de GH tras unha SOG foi de 0.5 e 0.8 ng/mL en dúas probas (técnica de determinación altamente sensible). Con estos datos, ¿qué proba complementaria solicitaría en primeiro lugar entre as que se citan? (2023 junio)

- a) Determinación de GHRH.
- b) Ningunha xa cos tests de GH tras SOG descartaron hipersecreción de GH.
- c) RNM hipófisis. \*
- d) A1c para excluír diabetes.
- e) Campimetria.

→ masas selares - dx => dx did adenoma hipofisario = RM hipófisis + campimetria + bioquímica + AP (dx def)

→ acromegalia - dx bioquímico = (+) IGF1 + GH > 0,4/1 tras SOG (sobrecarga oral glucosa).

. Respecto aos tumores hipofisarios: (2024 enero)

- a) Os macroadenomas adoitan ser hipointensos na RNM.
- b) Xeralmente o tratamento de elección é a hipofisectomía transesfenoidal endoscópica.
- c) Nos que secretan PRL o tratamento de elección é a radioterapia.
- d) A maioría derivan de liña celular produtora de TSH.
- e) Todas son correctas.

. Respecto aos tumores hipofisarios: (2024 enero)

- a) Os macroadenomas adoitan ser hipointensos na RNM.  
→ adenomas hipofisarios = hiperintensos en RMN
- b) Xeralmente o tratamento de elección é a hipofisectomía transesfenoidal endoscópica.  
→ tumor hipofisario - tto = Cx transesfenoidal
- c) Nos que secretan PRL o tratamento de elección é a radioterapia.  
→ prolactinoma - tto = único adenoma hipofisario funcionante con tto médico (agonistas dopamina)
- d) A maioría derivan de liña celular produtora de TSH.  
→ prolactinoma = adenoma hipofisario funcionante (+) frecuente
- e) Todas son correctas.

. Respecto ao tratamento da acromegalia: (2023 junio)

- a) A cirurxía transesfenoidal endoscópica é o tratamento primario de elección. \*
- b) A radioterapia adyuvante tras cirurxía é sempre necesaria para reducir o risco de recidivas.
- c) O tratamento con análogos da somatostatina débese instaurar sempre antes da cirurxía para reducir o tamaño tumoral.
- d) "a" e "c" son correctas.
- e) Todas son falsas.

→ masas selares - tto = Cx transesfenoidal - indicada = adenomas secretores: GH (acromegalia) + ACTH (Cushing) + TSH (tirotropinoma)

. Nos tratamento dos prolactinomas: (2023 junio)

- a) Habitualmente se tratan con agonistas dopaminéxicos. \*
  - b) No caso dos macroprolactinomas a primeira opción terapéutica é a cirúrxica.
  - c) No caso dos macroprolactinomas a primeira opción terapéutica é a radioterapia.
  - d) No caso dos microprolactinomas so se tratan se a prolactina é maior de 150 ug/L.
  - e) "a" e "b" son correctas.
- prolactinoma = unido adenoma hipofisario funcionante - tto médico 1ª liña (agonistas dopamina)

. En relación co cráneoofarinxoma, é FALSO: (2024 enero)

- a) Que sexa o tumor supraselar máis frecuente na infancia.
- b) Que xeralmente teña un mal pronóstico. \*
- c) Cas manifestación clínicas non endocrinas sexan menos frecuentes cas endocrinas.
- d) Que proceda de restos da bolsa de Rathke.
- e) Que poda ocasionar unha síndrome hipotalámica.

→ craneofaringioma

- tumor selar (+) frecuente = infancia + adolescencia
- NO frecuente transformación maligna
- llega alcanzar gran tamaño = infiltrando estructuras adyacentes (sd hipotalámico)

. En relación co cráneoofarinxioma: (2023 junio)

- a) O pico de incidencia ocurre a partir dos 50 anos.
- b) Representan o 30% dos tumores cerebrais en nenos.
- c) O 30% son exclusivamente lesiones intraselares.
- d) A maioria son lesiones malignas.
- e) Todas son falsas. \*

→ craneofaringioma

- distribución x edad bimodal = entre 5-14a + adultos 50-74a.
- tumor (+) frec en infancia/adolescencia
- 60% dentro área selar = 40% fuera
- NO es frecuente la transformación maligna

. ¿En qué tumor del área sellar existe una mutación BRAF (V600E)? (2020 enero)

- a) Somatotropinoma.
- b) Tirotropinoma.
- c) Craneofaringioma adamantinomatoso.
- d) Hamartoma.
- e) Craneofaringioma papilar. \*

→ otro tema pero nos vale

→ nuestra gran Antía nos habla de que el Craneofaringioma papilar es el que más frecuentemente observamos en adultos. Luego nos dice que el tto tiene enfoques terapéuticos según sus variantes oncógenas = CTNNB1 + BRAF.

## 4. HIPERPROLACTINEMIA

. Muller de 38 anos remitida ao Servicio de Endocrinoloxía por unha prolactinemia de 60 ug/L (RN <20 ug/L). A doente está asintomática, con 11 menstruacións por ano. Non galactorrea. Está tomando sulpiride por vértigo. ¿Cál debe ser a súa actitude con esta doente entre as que se citan? (2024 junio)

- a) Solicitar unha RNM de hipófisis.
- b) Iniciar tratamento con agonistas dopaminérxicos.
- c) Suspende sulpiride e solicitar determinación de PRL (-30, 0 min). \*
- d) Remitir a neurocirurxía por sospeita dun macroprolactinoma.
- e) "a" e "c" son correctas.

→ hiperprolactinemia x fármacos => bloqueantes receptores D2 (inhiben liberación dopamina) = sulpiride.

→ prolactinoma = PRL >150

→ se solicitan 2 determinacións = una de inicio y otra media hora (+) tarde -> el inicio ligeramente aumentado x estrés venopunción.

. Unha muller de 25 anos a tratamento por un cadro psiquiátrico con risperidona e fluoxetina é remitida ao endocrinólogo por unha PRL de 50 ug/L. A doente refire presentar baches amenorreicos e na exploración física presenta galactorrea á expresión. Entre as que se cita, ¿cás das seguintes é correcta? (2024 enero)

- a) Solicitaría unha determinación de PRL en 2 tempos (-30, 0 min).
- b) É posible de que se trae dunha hiperPRL inducida por fármacos.
- c) Solicitaría una RMN de hipófisis.
- d) "a" e "b" son correctas. \*
- e) Todas son correctas.

→ hiperprolactinemia x fármacos

- bloqueantes receptores D2 = risperidona + sulpiride

- antidepressivos = fluoxetina

→ se solicitan 2 determinacións = una de inicio y otra media hora (+) tarde -> el inicio ligeramente aumentado x estrés venopunción.

. Unha muller de 18 anos consultou ao seu médico de cabeceira porque tiña ciclos menstruais de 35-40 días. Éste solicitou PRL (38 ng/dL) e TSH (20 mIU/L), motivo polo cal a deriva a Endocrinoloxía para reavaliación e tratamento. Cando vostede a atende a muller está asintomática e a exploración física é normal. ¿Cál das que se citan é a actitude correcta? (2023 enero)

- a) Solicitar prolactina en 2 tempos (-30 e 0 min). \*
- b) Solicitar unha RNM de hipófisis.
- c) Iniciar tratamento con cabergolina para normalizar os ciclos menstruais.
- d) "a" e "b" son correctas.
- e) A debe dar de de alta porque a elevación da prolactina non ten significación clínica.

. En relación á macroprolactinemia: (2024 enero)

- a) Fai referencia a unhas concentracións plasmáticas de prolactina maiores que 1000 ug/L.
- b) Adoita asociarse cunha síndrome de amenorrea-galactorrea.
- c) É un achado frecuente en doentes tratados con bloqueantes dos receptores de dopamina.
- d) Está causada por un hipotiroidismo primario grave por elevación da TRH.
- e) Todas son falsas. \*

→ macroprolactina

- forma prolactina de alto peso molecular

- cantidades elevadas de macroprolactina + prolactina monomérica normais

- actividade baixa = NO asintomática

- orixe responde a mecanismos autoinmunes

. Muller de 26 anos, natural de Pontevedra, que acude a súa consulta de médico de Atención Primaria por: amenorrea de 18 meses, cefalea a diario cada vez máis intensa, alteracións no campo visual e galactorrea. Na exploración física vostede comproba que presenta galactorrea á expresión e unha hemianopsia bilateral heterónima bitemporal mediante campimetría de confrontación. Non presenta outros antecedentes nin consume fármacos. Como médico de familia, ¿cál debería ser a súa actitude con esta doente? (2024 junio)

- a) Derivala ao Servicio de Urgencias.

- b) Derivala ao servizo de Endocrinoloxía con carácter preferente. \*
- c) Derivala ao servizo de neurocirurxía.
- d) Iniciar tratamento con agonistas dopaminérxicos.
- e) Solicitar una RNM de hipotálamo-hipófisis con carácter urgente.

→ prolactinoma

- mulleres con microadenoma = síntomas locais raros (cefalea) + galactorrea + amenorrea
- alteracións visuais = hemianopsia bitemporal

. O feito de atopar concentracións de prolactina falsamente baixas en individuos con macroprolactinomas debido a unha saturación da técnica analítica denomínase: (2024 enero)

- a) Efecto Hook \*
- b) Big-PRL
- c) Pseudo-hipoprolactinemia.
- d) Efecto Down.
- e) Todas son falsas.

→ efecto Hook = valores PRL falsamente baixos en macroprolactinomas con hiperprolactinemia moi marcadas x saturación técnica analítica

. Unha muller de 38 anos presta unha prolactinemia de 85 ug/L (en 2 tempos), amenorrea e galactorrea de 2 anos de evolución. A RNM confirma a presenza dun tumor hipofisario de 23 mm que comprime e despraza o quiasma óptico sen afectar os senos cavernosos. Afirmar cos aneis quedánille pequenos e tivo que aumentar un número de calzado. Entre as que se citan, ¿cál das seguintes afirmacións é FALSA? (2024 junio)

- a) Trátase con seguridade dun macroprolactinoma.
- b) Solicitaria unha nova determinación de PRL con dilución para descartar efecto Hook.
- c) Solicitaria unha determinación de IGF1.
- d) Dado o tamaño do tumor e a afectación quiasmática esperaríase que a doente presentara diplopía.
- e) "b" e "c" son correctas. \*

→ prolactinoma

- ocasionalmente tumores mixtos GH/PRL → pedir IGF1 ⇒ \*pista de sobreproducción de GH "no le entran los anillos"
- macroprolactinoma >2cm = >1000PRL
- macroprolactinomas con hiperprolactinemia poden producir saturación técnica analítica = efecto Hook / efecto gancho = valores PRL falsamente baixos ⇒ \*macroadenomas hai que medir PRL con dilución previa e facer corrección para saber valor real
- clínica ⇒ alteracións visuais = compresión quiasma óptico / compresión pares craneais (seno cavernoso) = diplopía + oftalmoplejía → lojo piojo! que te la has comido, porque di que despraza o quiasma óptico pero que o seno cavernoso está sano, a diplopía é síntoma de compresión de pares craneais que casualmente se encontran no seno cavernoso.

. No tratamento dos prolactinomas: (2023 junio)

- a) Habitualmente se tratan con agonistas dopaminérxicos. \*
- b) No caso dos macroprolactinomas a primeira opción terapéutica é a cirúrxica.
- c) No caso dos macroprolactinomas a primeira opción terapéutica é a radioterapia.
- d) No caso dos microprolactinomas só se tratan se a prolactina é maior de 150 ug/L.
- e) "a" e "b" son correctas.

→ prolactinoma - tto = agonistas dopaminérgicos - indicacións = macroprolactinomas + micro con clínica

. Unha muller de 31 anos presenta amenorrea, galactorrea e diminución da libido de 14 meses de evolución, sen outra clínica. A concentración de prolactina foi de 151 ug/L, o IGF1 estaba en rango e na RNM de hipófisis se observou unha lesión de 9 mm suxestiva de adenoma. Respecto a este caso, ¿cál das seguintes afirmacións é CORRECTA? (2024 enero)

- a) A remitiríase ao neurocirurxán para unha hipofisectomía transesfenoidal endoscópica.
- b) Dado o tamaño da lesión faríase só seguimento cunha RNM de hipófisis en 12 meses.
- c) Iniciaríase tratamento con cabergolina. \*
- d) Iniciaríase tratamento con lanreotida.
- e) Iniciaríase tratamento con anticonceptivos orais.

→ prolactinoma

- si <1cm = PRL <150
- clínica muller con microadenoma = gala tórrea + amenorrea + diminución libido

- tto => agonistas dopaminérgicos = cabergolina

. Unha muller de 26 anos consulta por amenorrea de 2 anos de evolución. Na exploración física só destaca galactorrea á expresión. Non toma ningunha medicación nin consume sustancias ilegais. Na analítica que vostede solicita presenta unha PRL: tempo -30 min: 160 ng/mL, tempo 0 min: 153 ng/mL (RN: 2-29 ng/mL), unha TSH de 1.67 mIU/L (RN: 0.5-5.0 mIU/L), un cortisol plasmático de 14 mcg/dL (RN: 5 -25 mcg/dL). A RNM de hipófisis tras gadolinio é informada de lesión hipocaptante de 9 mm na parte dereita da hipófisis. ¿Cál das que se citan é a resposta correcta? (2023 enero)

- a) A remitiría a neurocirurxía pra hipofisectomía por vía transesfenoidal endoscópica.
- b) Excluiría a presenza de macroprolactinemia.
- c) Solicitaría unha campimetría.
- d) A elevación de prolactina é debida ao efecto Hook, polo que se trataría dun adenoma non funcionante.
- e) Iniciaría tratamento con cabergolina. \*

. En un caso con un macroadenoma hipofisario de 2 cm en contacto con el quiasma pero sin déficit visual, con función hipofisaria conservada y con una PRL de 815 y de 780 ng/ml: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a su tratamiento es correcta? (2022 junio)

- a) Debe realizar seguimiento sin tratamiento.
- b) Debe ser intervenida por vía transesfenoidal.
- c) Debe tratarse con análogos de la somatostatina.
- d) Debe tratarse con agonistas dopaminérgicos. \*
- e) Debe ser intervenida por vía transcraneal

## 5. ACROMEGALIA

. Entre os que se citan, ¿cál é a causa máis frecuente de acromegalia? (2023 enero)

- a) Adenoma hipofisario aillado esporádico. \*
- b) Síndrome de McCune-Albright.
- c) Carcinoma hipofisario.
- d) FIPA.

e) Acroxigantismo familiar ligado ao X.

→ acromegalia/gigantismo = casi siempre debida a adenoma células somatotropas

→ adenoma hipofisario primario = produce 98% acromegalias

. La presencia de máculas hiperpigmentadas en un paciente con acromegalia nos debe llevar a sospechar la presencia de: (2020 enero)

- a) Un MEN1.
- b) Un MEN4.
- c) Una mutación del gen GNAS. \*
- d) Una mutación del gen PROP.
- e) Una mutación del gen AIP.

→ sd familiares que incluyen adenomas hipofisarios - sd McCune-Albright = gen GNAS1 + secreción GH (~acromegalia-) + pigmentación cutánea (manchas café con leche).

→ acromegalia = exceso 1º GH ⇒ sd genéticos = sd McCune-Albright (GNAS1) = máculas hiperpigmentadas

. Un doente presenta acromegalia, hiperplasia suprarrenal, carcinoma diferenciado de tiroides, mixoma auricular e máculas en labios, conxuntiva e mucosa oral. Este conxunto de alteracións é suxestivo de: (2024 junio)

- a) Síndrome de McCune-Albright.
- b) Complexo de Carney. \*
- c) Síndrome FIPA.
- d) Neoplasia endocrina múltiple tipo 1.
- e) Neoplasia endocrina múltiple tipo 4.

→ exceso 1º GH - síndromes genéticos = complejo de Carney (inactivadora PRKAR1A) - clínica:

- manchas mucocutáneas (labios, conjuntiva y mucosas)
- mixomas
- endocrinopatías = hiperplasia adrenal + acromegalia + cáncer tiroides + tumor testículos

. ¿Cál das seguintes afirmacións sobre a síndrome FIPA é FALSA?: (2024 junio)

- a) Sempre se asocia cun xigantismo hipofisario. \*
- b) É un trastorno autosómico dominante.
- c) Nun 20% aproximadamente dos casos é causado por variantes no xene AIP.
- d) Sempre se relaciona con adenomas hipofisarios.
- e) Os adenomas hipofisarios poden ser non secretores.

→ síndrome FIPA:

- autosómica dominante
- gen = variante AIP (15%)
- acromegalia / prolactinoma / tumores no funcionantes

. A síndrome 3PAs se define por: (2024 junio)

- a) Adenoma de paratiroides e feocromocitoma.
- b) Carcinoma renal e carcinoma hipofisario.
- c) Paraganglioma e carcinoma medular de tiroides.
- d) "a" e "c" son correctas.
- e) Todas son falsas. \*

→ síndrome 3PAs =

1. Pituitary = adenoma hipófisis
2. Paraganglioma
3. Pheocromocitoma

Adenoma hipófisis + paraganglioma/feocromocitoma

. Respecto a la acromegalia, solo una afirmación es INCORRECTA: (2020 enero)

- a) La fragilidad ósea está aumentada.
- b) La primera causa de mortalidad es la oncológica.
- c) El exceso de GH / IGF-I ejerce un efecto anabólico.
- d) El fenotipo histológico escasamente granuloso se caracteriza por una enfermedad menos severa y mejor respuesta al tratamiento con análogos de la somatostatina. \*

e) Cursa con pérdida de masa grasa.

→ acromegalia - adenoma hipofisario 1º - tipos histológicos

- densamente granuloso = comportamiento benigno + mejor respuesta tto análogos SST

- escasamente granuloso = (+) agresivo + (-) respuesta tto análogos SST

- mixtos GH/PRL mamlsomatotrofos

→ acromegalia - clínica:

- alteraciones metabólicas = prediabetes/diabetes + dislipemia + pérdida masa grasa

- artropatía = aumento fragilidad ósea (= fracturas) + artropatía grave y precoz + sd atrapamiento nervioso (sd túnel carpiano = STC).

- art oncológica = 1ª causa mortalidad.

. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas o complicaciones NO suelen estar presentes o desarrollarse en un paciente con acromegalia? (2020 enero)

a) Adiposidad. \*

b) Disfunción diastólica.

c) Prognatismo.

d) Diabetes o intolerancia a la glucosa.

e) Artropatía.

f) Fragilidad ósea.

g) Cardiopatía.

→ acromegalia - clínica:

- cambios físicos => crecimiento mandíbula = prognatismo

- art metabólicas => (alteraciones tolerancia glucosa => diabetes + dislipemias + pérdida masa grasa (x aumento lipólisis)

- art reumatológica => artropatía (grave y precoz) + aumento fragilidad ósea (= fracturas)

- art cardiovasculares => miocardiopatía + disfunción diastólica

. ¿Cuál es el mejor test para el diagnóstico y seguimiento de la acromegalia? (2024 junio)

a) Determinación de GH en suero en 2 tiempos.

b) Determinación de IGF1. \*

c) Test de hipoglucemia insulínica.

d) Test de tolerancia a la glucosa para GH.

e) Test de glucagón.

→ acromegalia - dx = IGF-1 mejor test para dx y seguimiento

. Un hombre de 51 años que consulta por diabetes mellitus tipo 2 llama a la atención a su facies acromegaloide. Además el individuo muestra diástemas y macroglosia, así como refiere que dejó de usar anillos porque quedabanle pequeños, así como que tuvo que aumentar el tamaño del calzado. ¿Cuál sería la primera prueba complementaria que solicitaría para confirmar la sospeita de acromegalia? (2024 enero)

a) IGF1 plasmático. \*

b) GH en dos tiempos (-30, 0).

c) GH tras SOG.

d) RNM de hipófisis

e) "a" y "c" son correctas.

. ¿Cuál de los siguientes resultados bioquímicos confirma la presencia de una acromegalia? (2022 junio)

a) GH tras sobrecarga oral de glucosa > 2 ng/ml.

b) GH basal media superior a 2,5 ng/ml.

c) GH tras sobrecarga oral de glucosa > 0,4 ng/ml. \*

d) GH tras sobrecarga oral de glucosa > 1,8 ng/ml.

e) Ninguno de los anteriores.

. Una muller de 25 anos, asintomática e sen antecedentes de interés, presenta unhas concentracións plasmáticas de IGF1 persistentemente elevadas. A concentración nadir de GH tras unha SOG fol de 0.5 e 0.8 ng/mL en dúas probas (técnica de determinación altamente sensible). Con estos datos, ¿qué proba complementaria solicitaría en primeiro lugar entre as que se citan? (2023 junio)

- a) Determinación de GHRH.
- b) Ningunha xa cos tests de GH tras SOG descartaron hipersecreción de GH.
- c) RNM hipófisis. \*
- d) A1c para excluir diabetes.
- e) Campimetria.

→ acromegalia - dx:

1. IGF-1 mejor test (dx + seguimiento)
2. Test supresión GH tras sobrecarga oral glucosa (SOG) = >0,4 dx
3. Necesario valorar prolactina + resto hormonas hipofisarios
4. Sospecha producción ectópico = medir GHRH
5. RM útil para localizar patología

. Respecto a acromegalia é FALSO que: (2023 enero)

- a) Os valores basais de GH carezcan de interés no diagnóstico.
- b) O valor de IGF1 sexa o mellor test de diagnóstico.
- c) O test de supresión de GH tras SOG sexa o test de primeira elección pra o diagnóstico.
- d) Un dos criterios de control durante o tratamento sexa un valor de IGF1 normal.
- e) O pegvisomant sexa un antagonista do receptor da GH.

. Respecto a acromegalia é FALSO que: (2023 enero)

- a) Os valores basais de GH carezcan de interés no diagnóstico.  
→ acromegalia - dx = determinación GH basal - NO interés
- b) O valor de IGF1 sexa o mellor test de diagnóstico.  
→ acromegalia - dx = IGF-1 mejor test para dx y seguimiento
- c) O test de supresión de GH tras SOG sexa o test de primeira elección pra o diagnóstico. \*  
→ acromegalia - dx = sí IGF-1 no es válida o hay dudas → test supresión GH tras SOG = >0,4 dx
- d) Un dos criterios de control durante o tratamento sexa un valor de IGF1 normal.
- e) O pegvisomant sexa un antagonista do receptor da GH.  
→ acromegalia - tto médico = antagonistas GH = pegvisomant

. ¿Entre os que se citan cuál se considera un fármaco de primeira liña no tratamento da acromegalia ca intención de reducir tamaño tumoral? (2024 junio)

- a) Lanreótido. \*
- b) Pasireótido.
- c) Pegvisomant.
- d) Cabergolina.
- e) Todas son correctas.

→ acromegalia - tto médico = 1ª línea = agonista dopamina (cabergolina) / análogos somatostatina (SST) 1ºG (ocreótido + lanreótido) → antisecretores + antitumorales

\*cabergolina NO efecto antitumoral

. En relación ao tratamento da acromegalia: (2024 enero)

- a) O pasireótido sería o primeiro fármaco de elección polo seu efecto antisecretor e antitumoral.
- b) A cirurxía transesfenoidal endoscópica é habitualmente a primeira liña de tratamento.
- c) A radioterapia é a segunda liña de tratamento.
- d) Os análogos da somatostatina poderían considerarse como primera liña de tratamento en certos casos.
- e) "b" e "d" son correctas. \*

→ venga guapa que te la has comido y has dicho 1ª línea pues el tto médico con análogos somatostatina lperol te has equivocado

→ acromegalia - tto = Cx transesfenoidal (endoscópica) = tto elección

. Indique la respuesta incorrecta respecto al tratamiento con análogos de somatostatina de primera generación en la acromegalia: (2022 junio)

- a) El 50-55% de los pacientes se controlan bioquímicamente con este tratamiento.
  - b) Son la primera línea de tratamiento después de la cirugía no curativa.
  - c) Suelen tener un efecto menor sobre la glucemia.
  - d) Con frecuencia disminuyen el tamaño tumoral.
  - e) Ejercen su efecto por activación de los receptores de somatostatina subtipo 5. G \*
- acromegalia - tto médico = 2ª línea acromegalia → fármacos 1ª línea = análogos somatostatina (AAS) 1ª generación
- efecto activación SSTR2
  - 50-55% paciente normalizan niveles GH/IGF-1 = eficacia bioquímica
  - 50% descenso tamaño tumoral
  - pueden desarrollar intolerancia glucosa

## 6. PATOLOGÍA TIROIDEA: HIPOTIROIDISMO

. ¿Cuál es la causa más frecuente del hipotiroidismo? (2023 junio)

- a) El tumor hipofisario.
- b) La cirugía tiroidea.
- c) La radioterapia cervical.
- d) El hipotiroidismo congénita.
- e) La tiroiditis crónica autoinmune. \*

→ hipotiroidismo primario = tiroiditis crónica autoinmune de Hashimoto = causa (+) frecuente de hipotiroidismo en nuestro medio.

. ¿Cuál de estas alteraciones analíticas puede aparecer en un hipotiroidismo primario grave?: (2024 enero)

- a) Aumento de la CPK.
- b) Disminución del sodio.
- c) Anemia.
- d) Aumento del colesterol.
- e) Todas ellas. \*

→ hipotiroidismo clínico = aumenta TSH + baja T4 - clínica:

- anemia
- miopatía = elevación CPK
- hiponatremia
- hipercolesterolemia

. Una paciente de 36 años y con problemas de fertilidad quiere quedar embarazada y en la analítica de control presenta una TSH 8.5 mU/L. ¿Cuál de estas afirmaciones es falsa? (2024 junio)

- a) Iniciar tratamiento con T4.
- b) Tener una TSH 0.35-2.5 mU/L.
- c) Hacer una ecografía cervical de control previo al tratamiento. \*
- d) Medir los anticuerpos antitiroideos.
- e) Si se inicia tratamiento medir la TSH en al menos 4-6 semanas.

→ hipotiroidismo subclínico en embarazadas/intención/tto fertilidad

- (+)TSH/AAT = (+) patología tiroidea
- objetivo TSH embarazo/intención = <2.5
- tto = tiroxina (a embarazadas se les administra dosis hormona tiroidea T4 superior)
- tras modificar/retirar T4 = analítica 4-6sem (x ser vida media tiroxina)

. Paciente de 34 años embarazada de 6 semanas en analítica de rutina presenta TSH 7.2 mU/ml (0.3-4.3) y LT4 1.4 pgr/ml (0.8-1.7) con AAT positivo débil. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? (2023 enero)

- a) Tiene un hipotiroidismo subclínico.
- b) Se necesita medicar.
- c) Se debe iniciar una dosis entre 50-75 mcg de T4.
- d) Se debe repetir la analítica en las semanas siguientes. \*
- e) Al estar embarazada se debe suplementar con yodo oral.

→ hipotiroidismo subclínico embarazadas

- tratar a cualquier embarazada con cualquier alteración TSH en 1ª analítica = NO esperar resultados 2ª analítica

→ suplementarios yoduro (yodo farmacológico) ¡sólo! = embarazadas + lactancia

. El hipotiroidismo secundario se trata con: (2024 enero)

- a) Tiroxina. \*
- b) Tiroxina.
- c) T4+T3.
- d) El tratamiento es el etiológico de la causa del hipopituitarismo.
- e) No se trata ya que no tiene síntomas.

→ hipotiroidismo - tto = tiroxina sintética (T4 "levotiroxina")

. El hipotiroidismo secundario se trata con: (2023 junio)

- a) Tiroxina. \*
- b) No se trata ya que se mantiene la actividad autónoma del tiroides.
- c) El tratamiento es la etiología del hipotiroidismo secundario.
- d) Yodo.
- e) Como la causa más frecuente es el macroprolactinoma se trata con cabergolina

. En el hipotiroidismo secundario el ajuste de la dosis del tratamiento se realiza con: (2023 enero)

- a) TSH.
- b) Niveles de LT4. \*
- c) Niveles de LT3.
- d) Todos ellos.
- e) Ninguno de ellos.

→ hipotiroidismo - tto = tiroxina → control x niveles TSH - ¡excepto! hipotiroidismo secundario control x T4 + edad.

. Cal destas afirmacións é falsa: (2022 junio)

- a) A causa máis frecuente de hipotiroidismo é o primario.
- b) A causa máis frecuente de hipotiroidismo primario é a tiropatía autoinmune.
- c) O tratamento faise con T4.
- d) As doses de T4 son sempre as mesmas independentemente da causa.
- e) O axuste faise por niveis de TSH.

. Cal destas afirmacións é falsa: (2022 junio)

- a) A causa máis frecuente de hipotiroidismo é o primario.  
→ hipotiroidismo primario = >99%
- b) A causa máis frecuente de hipotiroidismo primario é a tiropatía autoinmune.  
→ hipotiroidismo primario ⇒ tiroiditis crónica autoinmune de Hashimoto = (+) frec
- c) O tratamento faise con T4.  
→ hipotiroidismo - tto = tiroxina (T4)
- d) As doses de T4 son sempre as mesmas independentemente da causa. \*  
→ dosis pueden variar bastante dependiendo causa.
- e) O axuste faise por niveis de TSH.  
→ hipotiroidismo - tto = tiroxina → control x niveles TSH

. Respecto á tiroidite granulomatosa ou de Quervain cal é o dato clínico que aparece no 100% dos pacientes: (2022 junio)

- a) Dor cervical á palpación. \*
- b) Febre.
- c) Artralgia.
- d) Mialgia.
- e) Supuración.

→ tiroiditis subaguda o de Quervain = bocio doloroso a palpación 100% casos

\*. María de 80 años tiene una DM tipo 2, HTA, hiperlipemia y cardiopatía isquémica con 2 infartos de miocardio. Múltiples tratamientos, habitualmente se hace una analítica en médico de AP cada 6 meses. Peso. 89 kg talla 1.64 TA 150/85. Algo cansada, en la analítica de rutina aparece TSH 84 mUI/L (0.35-4.5) y LT4 0.4 ng/di (0.8-1.8). ¿Cuál de estas afirmaciones es falsa? (2024 junio)

- a) Antes la ausencia de síntomas claros y que la medicación se va a mantener de forma crónica: repetir la analítica antes de empezar el tratamiento.
- b) Iniciar tratamiento con dosis de 137 mcg de T4 en ayunas. \*
- c) Una vez ajustada la TSH valorar la dosis del resto de las medicaciones.
- d) Iniciar tratamiento con dosis de 25-50 mcg de T4 en ayunas con ajustes progresivos y lentos de la TSH.
- e) Explicar a la paciente y sus familiares la necesidad de una forma correcta de ingesta de T4: en ayunas y de forma diaria.  
En caso de incumplimiento de la medicación avisar

## 7. PATOLOGÍA TIROIDEA: HIPERTIROIDISMO

. Ante un hipertiroidismo primario la técnica complementaria más importante en el diagnóstico diferencial es: (2023 enero)

- a) Gammagrafía tiroidea.
- b) Ecografía tiroidea.
- c) TAC cervical.
- d) RNM hipotálamo hipofisaria.
- e) PAAF.

→ hipertiroidismo - dx = gammagrafía fundamental

. ¿Cuál de estos síntomas no está presente en el hipertiroidismo? (2023 junio)

- a) Temblor fino distal.
- b) Taquicardia.
- c) Hiperhidrosis.
- d) Caída del vello de las cejas. \*
- e) Intolerancia al calor

→ pérdida específica del tercio lateral de las cejas (signo de Hertoghe)

→ hipertiroidismo - clínica = taquicardia + temblor mayor + pérdida pelo (difusa) + intolerancia calor + hiperhidrosis

. ¿Cuál de estas afirmaciones es falsa respecto a los antitiroideos de síntesis? (2023 enero)

- a) Inhibe la peroxidasa tiroidea.
- b) El efecto secundario más relevante es la agranulocitosis.
- c) Las hormonas tiroideas tardan semanas en normalizarse.
- d) Se administran por vía oral.
- e) Es muy eficaz en el tratamiento de la tiroiditis subaguda silenciosa.

→ hipertiroidismo - tto = antitiroideos sintéticos (ATS)

- inhibe TPO (tiroperoxidasa)

- NO actúa sobre hormonas previamente formadas = pueden pasar 1-2 meses para que niveles hormonas tiroideas normalicen

- efecto 2º = agranulocitosis

- urgencia hipertiroides = NO ATS (x no eficaces a tiempo)

\*tiroiditis subaguda = tto sintomático

. Paciente en analítica de rutina postparto tiene TSH 0.01 mUI/L (0.35-4.5) y LT4 3.4 ng/dl (0.6-1.8) 8 meses posparto. Se realiza gammagrafía tiroidea con captación aumentada difusa. El diagnóstico es: (2024 junio)

- a) Graves Basedow.
- b) Hipertiroidismo facticio.
- c) Tiroiditis subaguda dolorosa o de Quervain.
- d) Adenoma tóxico.
- e) Tiroiditis subaguda no dolorosa.

→ enfermedad Graves Basedow

- enfermedad autoinmune x autoanticuerpos = ocurre x interacción: predisposición genética + fact medioambientales

- factores ambientales = antecedentes embarazo

- Dx = T3/4 (+) + TSH (-) → gammagrafía tiroidea con Tc99 = captación aumentada + difusa (del trazador)

. Mujer en primer mes de embarazo con hipertiroidismo primario severo por enfermedad de Graves. ¿El tratamiento de elección es? (2023 junio)

- a) Metimazol.
- b) Propiltiouracilo. \*
- c) I-131.
- d) No tratar.
- e) Tiroidectomía total.

→ enfermedad Graves Basedow - tto = antitiroideos sintéticos (ATS) → propiltiuracilo (PTU) = mabrazadas (1er trimestre)

. Paciente de 75 años con cardiopatía en fibrilación auricular presenta TSH 0.01 mUI/l. (0.35-4.5) y LT4 3.4 m di (0.8-1.8). Se realiza gammagrafía con captación normal y distribución heterogénea del trazador. ¿Cuál de estas afirmaciones es falsa? (2024 junio)

- a) Tiene un bocio multinodular tóxico.
- b) Tratarla de forma indefinida con antitiroideos.
- c) Administrar I131.
- d) Tratarla con antitiroideos y con normofunción tiroidea proceder a una tiroidectomía total.
- e) Evitar compuestos enriquecidos en yodo.

→ bocio multinodular tóxico (BMT)

- múltiples en nódulos glándula tiroides = aumento T3/T4 (independientes control TSH) = suprime TSH
- (+) común = mujeres ancianas
- clínica = destacan síntomas cardíacos (FA, IC, ...)
- dx = gammagrafía Tc-99: muestra zonas calientes y frías de hiper e hipocaptación
- tto = 1. Yodo radioactivo → 2. Cx → \*antitiroideo = tarda mucho normalizar función tiroidea

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? (2024 enero)

- a) La causa más frecuente del hipertiroidismo primario es el Graves Basedow.
- b) La causa más frecuente del hipertiroidismo primario en los pacientes ancianos es el bocio multinodular inteso.
- c) Hipertiroidismo primario no se trata en el embarazo por riesgo de teratogénesis de los antitiroideos de síntesis.
- d) El tratamiento definitivo del hipertiroidismo primario depende de la etiología.
- e) La prueba complementaria más importante para el diagnóstico diferencial del hipertiroidismo primario es la gammagrafía tiroidea.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? (2024 enero)

- a) La causa más frecuente del hipertiroidismo primario es el Graves Basedow.  
→ hipertiroidismo 1º ⇒ enfermedad Graves Basedow = causa (+) frecuente
- b) La causa más frecuente del hipertiroidismo primario en los pacientes ancianos es el bocio multinodular inteso.  
→ bocio multinodular tóxico = (+) común mujeres ancianas
- c) Hipertiroidismo primario no se trata en el embarazo por riesgo de teratogénesis de los antitiroideos de síntesis.  
→ antitiroideos = propiltiuracilo (PTU) → embarazadas (1er trimestre)  
→ no te lías con cabergolina (agonista dopaminérgico tto hiperprolactinemia) que tiene efecto teratogénico
- d) El tratamiento definitivo del hipertiroidismo primario depende de la etiología.  
→ enfermedad graves basedow = antitiroideos / BMNT = yodo radioactivo, Cx / adenoma tiroideo = I-131 / crisis tiroidea = yodo.
- e) La prueba complementaria más importante para el diagnóstico diferencial del hipertiroidismo primario es la gammagrafía tiroidea.  
→ gammagrafía fundamental dx

## 8. NÓDULO TIROIDEO Y ECOGRAFÍA CERVICAL

. Nunha ecografía de tiroides onde se obxetiva un nódulo, entre os que se citan ¿cál está relacionado con benignidade? (2024 enero)

- a) Máis alto que ancho en transversal.
- b) Hipoeoico.
- c) Microcalcificacións.
- d) Patron doppler III.
- e) Artefacto en cola de cometa. \*

→ TIRADS

- ecogenidad => hipoeoico 2pts / muy hipoeoico 3pts -> (+) sólido = (+) maligno
- forma => (+) largo > ancho = malignidad
- focos ecogénicos = artefactos en cola cometa 0pts (benignos) / microcalcificaciones o focos puntiformes 3pts (maligno)
- vascularización = malignidad

. Entre as características ecográficas dos nódulos tiroideos, ¿cál é suxestiva de malignidade entre as que se citan? (2023 junio)

- a) Bordes mal definidos.
- b) Hipocoxenicidade.
- c) Fluxo doppler intranodular.
- d) Microcalcificacións.
- e) Todas son correctas. \*

→ TIRADS

- ecogenidad => hipogenidad = malignidad
- márgenes => lobulados / márgenes irregulares = malignidad
- focos ecogénicos => microcalcificaciones = malignidad
- vascularización = malignidad

. ¿Cuál de los siguientes hallazgos ecográficos es más sugestivo de nódulo tiroideo maligno? (2022 junio)

- a) Ausencia de señal doppler.
- b) Signo cola de cometa.
- c) Nódulo anecoico.
- d) Hipocoxenicidad. \*
- e) Halo perinodular.

. Unha muller de 65 anos presenta un bocio nodular de longa evolución. A TSH e hormonas tiroideas foron normais e presenta anticorpos anti-TPO positivos. Na ecografía cervical se obxetiva un tiroides aumentado de tamaño, con varios nódulos esponxiformes de entre 8 e 12 mm, e un nódulo quístico puro de 10 mm no lóbulo tiroideo dereito. ¿Cál sería a súa actitude respecto a este dacordo cas 2023 European Thyroid Association Clinical Practice Guidelines? (2024 enero)

- a) Remitir a Ciruxía para tiroidectomía.
- b) Iniciar tratamento con levotiroxina sódica.
- c) Solicitar unha PAAF.
- d) Repetir a eco cervical en 3 anos.
- e) Seguimento da función tiroidea en Atención Primaria. \*

→ TIRADS - composición => quístico / esponxiforme = 0pts.

. Un home de 22 anos, eutiroideo, presenta un nódulo en lóbulo tiroideo dereito. O informe da ecografía cervical di que se trata dun nódulo TIRADS 3 de 9 mm. Dacordo con EU-TIRADS, ¿cál sera a actitude correcta con este doente? (2024 junio)

- a) Dalo de alta porque non necesita vixilancia. \*
- b) Repetir a ecografía cervical en 3-5 anos.
- c) Repetir a ecografía cervical en 1 ano.
- d) Realizar unha PAAF ecodirixida.
- e) Remitir a cirurxía para troidectomía.

→ TR 3 = PAAF >2,5cm / seguimiento <1,5cm

→ respuesta de Araujo pero Pombo espero q nos pusieses la opción de seguimiento.

. Un home de 28 anos, sen antecedentes de interese, asintomático, eutiroideo e con anti-PO negativos, presenta nanta ecografía cervical un nódulo tiroideo de 13 mm TI-RADS 3 e outro nódulo quístico de 20 mm TI-RADS 2. ¿Cál debería ser a súa actitude como médico xeral? (2023 xunio)

- a) Solicitar unha PAAF.
- b) Derivar a cirurxía para tiroidectomía.
- c) Derivación a Endocrinoloxía para seguimento.
- d) Facer seguimento ecográfico dende Atención Primaria. \*
- e) "b" e "d" son correctas.

→ TR 3 ⇒ >2,5cm = PAAF / <1,5cm = seguimento

. Un home de 66 anos, eutiroideo, presenta un nódulo en lóbulo tiroideo esquerdo. O informe da ecografía cervical di que se trata dun nódulo TIRADS 4 de 22 mm. Dacordo con EU-TIRADS, ¿cal será a actitude correcta con este doente? (2024 xunio)

- a) Dalo de alta porque non necesita vixilancia.
- b) Repetir a ecografía cervical en 3-5 anos.
- c) Repetir a ecografía cervical en 1 ano.
- d) Realizar unha PAAF ecodirixida. \*
- e) Remitir a cirurxía para tiroidectomía.

→ TR4 = PAAF >1,5cm

. Un home de 45 anos presenta un nódulo tiroideo no lóbulo tiroideo dereito duns 2 cm á palpación. Vostede solicita unha ecografía cervical que é informada como nódulo tiroideo TI-RADS 4 de 27 mm. ¿Cál sería a súa actitude?

- a) Dalo de alta por ser un nódulo de baixo risco.
- b) Solicitar PAAF. \*
- c) Facer seguimento ecográfico cada 6 meses.
- d) Facer seguimento ecográfico cada 12 meses.
- e) Remitir a cirurxía por alto risco de neoplasia maligna.

. Dacordo 2023 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology: Diagnostic Categories, unha categoría III indicaría: (2024 xunio)

- a) Lesión benigna (enfermidade folicular tiroidea).
- b) Lesión benigna (tiroidite autoinmune).
- c) Atípa de significado indeterminado. \*
- d) Neoplasia folicular.
- e) Sospeita de carcinoma papilar de tiroides.

→ Bethesda III = atípa de significado indeterminado (no se sabe se benigno ou non)

. Despois da PAAF dun nódulo tiroideo o patólogo a informa como neoplasia folicular. ¿A qué categoría diagnóstica da clasificación Bethesda corresponde? (2023 xaneiro)

- a) I.
- b) II.
- c) III.
- d) IV. \*
- e) V.

→ Bethesda IV = neoplasia folicular.

\*. A unha muller de 55 anos que presentaba un nódulo tiroideo se lle realizou unha PAAF, sendo informada de que se trataba de un Bethesda III. Dacordo cos guías da European Thyroid Association, ¿cál debería ser a súa actitude? (2024 xunio)

- a) Repetir a ecografía cervical en 6 meses.
- b) De ser un TIRADS III > 10 mm, repetir a PAAF. \*
- c) De ser un TIRADS IV >10 mm, ofrecer cirurxía.
- d) Remitir a cirurxía.
- e) Todas son falsas.

→ bethesda III (atípa con significado indeterminado) = repetir PAAF / Cx (según tamaño, nódulo, ...)

. Unha muller de 46 anos consultou por un bulto no pescozo de 6 meses de evolución. A palpación se obxetivou un nódulo aparentemente tiroideo duns 3 cm no lóbulo tiroideo dereito, non dooroso e desprazable á deglución. Non se palparon

adenopatías sospeitosas. Na eco cervical se determinou que se trataba dun nódulo tiroideo de 28 x 14 x 20 mm, TIRADS 3. Os resultados da PAAF clasificaron o nódulo como Bethesda III. ¿Cál sería a súa actitude respecto a este caso dacordo cas 2023 European Thyroid Association Clinical Practice Guidelines? (2024 enero)

- a) Repetir a PAAF. \*
- b) Remitir a cirurxía para tiroidectomía.
- c) Repetir eco cervical en 6 meses.
- d) Realizar diagnostico molecular.
- e) Todas son correctas.

→ TIRADS 3 + >2.5cm = repetir PAAF

→ Bethesda III = PAAF / Cx.

. Con respecto a los hallazgos ecográficos en nódulo tiroideo cuál de las siguientes o es correcta: (2022 junio)

- a) Nódulo tiroideo mas alto que ancho es de riesgo de malignidad.
- b) El refuerzo posterior en un nódulo tiroideo indica benignidad.
- c) Los nódulos espongiformes se asocian a mayor riesgo de malignidad.
- d) Los nódulos solidos hipoeoicos mayores de 15 mm deben ser objeto de PAAF.
- e) El nódulo tiroideo gammagraficamente "caliente" es sugestivo de benignidad.

. Con respecto a los hallazgos ecográficos en nódulo tiroideo cuál de las siguientes o es correcta: (2022 junio)

- a) Nódulo tiroideo mas alto que ancho es de riesgo de malignidad.  
→ TIRADS => (+) alto > ancho = malignidad
- b) El refuerzo posterior en un nódulo tiroideo indica benignidad.  
→ TIRADS => composición = quístico con refuerzo acústico post - benignidad
- c) Los nódulos espongiformes se asocian a mayor riesgo de malignidad.  
→ TIRADS => composición = espongiforme - benignidad
- d) Los nódulos solidos hipoeoicos mayores de 15 mm deben ser objeto de PAAF.  
→
- e) El nódulo tiroideo gammagraficamente "caliente" es sugestivo de benignidad.  
→ nódulo tiroideo capta glucosa en 18-FDG PET = riesgo malignidad

## 9. NEOPLASIA DE TIROIDES

. Entre os tipos de neoplasias de células foliculares de tiroides que se citan, ¿cál ten peor prognostico? (2023 enero)

- a) Carcinoma oncocítico.
- b) Tumores de tiroides de potencial maligno incerto.
- c) Neoplasia folicular de tiroides non invasiva con características nucleares de tipo papilar.
- d) Carcinoma papilar, variante de células altas.
- e) Carcinoma diferenciado de tiroides de alto grao. \*

→ en los apuntes de Pombo pone que el q tiene peor pronóstico es el carcinoma oncocítico.

. Dentro dos diferentes tipos de carcinoma de tiroides, entre os que se citan ¿cál é o mais frecuente? (2024 junio)

- a) Carcinoma folicular de tiroides.
- b) Carcinoma papilar de tiroides. \*
- c) Carcinoma oncocítico de tiroides.
- d) Carcinoma papilar variante folicular encapsulada invasiva.
- e) Carcinoma tiroideo-mal-diferenciado.

→ carcinoma papilar tiroides = neoplásica maligna tiroides (+) común

. Entre as neoplasias de tiroides que se citan, ¿cál delas ten un mellor pronóstico? (2023 junio)

- a) Carcinoma papilar de tiroides. \*
- b) Tumores de tiroides de potencial maligno incerto.
- c) Carcinoma medular de tiroides.
- d) Carcinoma folicular de tiroides.
- e) Carcinoma oncocítico de tiroides.

→ creo que en la corrección pone B

→ carcinoma papilar tiroides => tasa supervivencia a 25a = 95%.

. Con respecto al c. papilar de tiroides cuál no es correcta: (2022 junio)

- a) Es el tumor tiroideo más frecuente postradiación.
- b) Es el tumor asociado a los MEN. \*
- c) Es el tumor tiroideo con mejor pronóstico.
- d) En su anatomía patologica pueden aparecer cuerpos de psamoma.
- e) Tiene gran tendencia a invadir ganglios linfáticos.

. Con respecto al c. papilar de tiroides cuál es correcta: (2022 junio)

- a) Es el tumor tiroideo más frecuente postradiación.  
→ radiaciones ionizantes = relación específica con carcinoma papilar tiroides
- b) Es el tumor asociado a los MEN. \*  
→ carcinoma papilar tiroides = BRAF (V600E)
- c) Es el tumor tiroideo con mejor pronóstico.  
→ carcinoma papilar tiroides = supervivencia 25a 95%
- d) En su anatomía patologica pueden aparecer cuerpos de psamoma.  
→ carcinoma papilar tiroides - características microscópicas = cuerpos Psamoma
- e) Tiene gran tendencia a invadir ganglios linfáticos.  
→ carcinoma papilar tiroides = 35-50% invaden ganglios linfáticos

. ¿Cal é a actitude diante dun home de 36 anos, cun nódulo tiroideo de 34 mm no lóbulo tiroideo dereito e que tras unha PAAF o patólogo a informa de carcinoma papilar de tiroides? (2023 junio)

- a) Remitir a Cirurxia para tiroidectomía total bilateral. \*
- b) Remitir a Cirurxia para tiroidectomía total dereita e istmectomía.
- c) Solicitar tiroglobulina sérica.
- d) Repetir ecografía cervical en 6 meses porque se trata dun microcarcinoma de tiroides con baixo risco de progresión.
- e) "c" e "d" son correctas.

→ carcinoma papilar tiroides - tto = tiroidectomía total

. Unha muller de 32 anos é sometida a tiroidectomía dereita e istmectomía por un nódulo tóxico. No informe anatomopatolóxico da peza cirúrxica se informa de adenoma folicular de 4 cm e carcinoma papilar, variante hobnail de 1.3 cm, ca variante BRAF V600E. ¿Cál sería a actitude con esta doente? (2023 junio)

- a) Facer seguimento con ecografía cervical, TSH e tiroglobulina cada 12 meses.
  - b) Remitir a Medicina Nuclear para completar o tratamento con I-131.
  - c) Remitir a Cirurxía para tiroidectomía total esquerda. \*
  - d) Solicitar unha TC torácica para descartar metástasis a distancia.
  - e) Dar de alta para seguimento en Atención Primaria dado que se trata dun microcarcinoma de baixo risco.
- carcinoma papilar - tto = tiroidectomía total

. Cual de las siguientes afirmaciones no es correcta: (2022 junio)

- a) El carcinoma papilar de células altas es una variante de peor pronóstico.
- b) El carcinoma papilar es multifocal frecuentemente.
- c) El carcinoma papilar tiene una supervivencia a los 5 años superior al 80%.
- d) Carcinoma papilar de 7 mm hallazgo incidental en hemitiroidectomía, es indicación de completar tiroidectomía total. \*
- e) En pacientes de bajo riesgo de recurrencia el tratamiento con levotiroxina debe tener como objetivo valores de TSH 0,3-2.

. Cual de las siguientes afirmaciones no es correcta: (2022 junio)

- a) El carcinoma papilar de células altas es una variante de peor pronóstico.  
→ carcinoma papilar = (+) agresivos: células altas + células columnares + células hobnail
- b) El carcinoma papilar es multifocal frecuentemente.  
→
- c) El carcinoma papilar tiene una supervivencia a los 5 años superior al 80%.  
→ carcinoma medular tiroides = supervivencia 25a del 95%
- d) Carcinoma papilar de 7 mm hallazgo incidental en hemitiroidectomía, es indicación de completar tiroidectomía total. \*  
→ según ChatGPT: carcinoma papilar menor de 1 cm (microcarcinoma) que es un hallazgo incidental y sin factores de alto riesgo (como extensión extracapsular, metástasis a ganglios linfáticos o características histológicas agresivas), no es necesario completar la tiroidectomía total. Generalmente, una hemitiroidectomía es suficiente para el tratamiento en pacientes de bajo riesgo. Esto se ajusta a las guías actuales, como las de la American Thyroid Association (ATA)
- e) En pacientes de bajo riesgo de recurrencia el tratamiento con levotiroxina debe tener como objetivo valores de TSH 0,3-2.

. Un doente de 13 anos presenta, hábito martanoide, hipertelorismo, un nódulo duns 3 cm en lábulo tiroides dereito que é dura e adherido ós planos fondos, así como néurolfibromas mucosos na lingo. Entre as que se citan, ¿cál sería a máis correcta? (2024 junio)

- a) Sospeitaría dunha NEM tipo 1 e solicitará unha RNM hipofisaria.
- b) Sospeitaría dunha NEM tipo 2A e solicitaría unha catecolaminas e metanetrinas en oríños.
- c) Sospeitaría dunha NEM tipo 2B e solicitaría unha calcitonina e unha secuenciación de RET. \*
- d) Sospeitaría dunha NEM tipo 4 e solicitaría unha PAAF no nódulo.
- e) Sospeitaría dun carcinoma diferenciado de tiroides e solicitaría unha PAAF do nódulo.

. Un home de 14 anos acude a consulta por baixo peso (IMC: 14kg/m<sup>2</sup>). Niega perda de peso nos últimos anos nin sintome constitucional. O doente presenta hábito marfanoide, hipertelorismo, pes equinos-cavas neurofibromas mucosos na lingo e beizos. Na exploración cervical se obxetiva un nódulo tiroideo esquerdo duns 3cm, duro e adherido a planos fondos. A función tiroidea e a calcemia foron normais. Entre as que se citan, ¿cál é a correcta respecto a este caso? (2024 enero)

- a) Pensaría nunha neoplasia endocrina múltiple tipo 2B.
- b) Pensaría nunha neoplasia endocrina múltiple tipo 2A.
- c) Solicitaría unha calcitonina plasmática.
- d) Pensaría nun carcinoma medular de tiroides.
- e) "a", "c" e "d" son correctas. \*

→ carcinoma medular tiroides

- hereditario - MEN2B = ganglioneuroma mucosos + hábito marfanoide
- analítica siempre pedimos = calcitonina (+ CEA + RET)

## 10. TRASTORNOS METABOLISMO FOSFO-CÁLCICO I: HIPOCALCEMIA

. Un home de 71 anos é derivado a Endocrino dende Traumatología por presentar unha calcemia corrixida de 8.4 mg/dL. Entre os seus antecedentes pessoais destacan: consumo de 78 g. de etanol/día, osteoporose, osteoartrite nos xeonllos e HTA. Está a tratamento con: losartan, denosumab e omeprazol. O doente está asintomático. Na analítica recente que aporta vostede constata que ten un filtrado glomerular maior de 60 ml/ min/1.73 m<sup>2</sup>, unha PTH elevada e unha magnesemia por debaixo de rango. En relación a este doente, indique a resposta correcta: (2024 enero)

- a) Ten un hiperparatiroidismo normocalcémico.
- b) Os valores de calcio serico poden estar relacionados co consumo de etanol.
- c) Solicitaría uns niveis de calcidiol.
- d) O tratamento con denosumab podería explicar a alteración na calcemia.
- e) "b", "c" e "d" son correctas. \*

→ hipocalcemia - etiología

- hipomagnesemia = magnesio sérico baixo normalmente asociado a alcohólicos (menos absorción y mayor excreción renal de magnesio) => (-) Mg = resistencia PTH = NO (+) Ca sangre

- fármacos = denosumab

→ hipocalcemia - dx = déficit vitD medir con calcidiol.

. Unha muller de 87 anos, demenciada e institucionalizada, presenta unha calcemia corrixida de 7.9 mg/dL, unha PTH elevada, un calcidiol de 5 ng/mL e un FGE >60 mL/min/1.75 m<sup>2</sup>. ¿Cál entre as que se citan é a resposta correcta? (2024 junio)

- a) Ten una hiperparatiroidismo primario.
- b) Ten un hiperparatiroidismo secundario.
- c) Ten un hiperparatiroidismo terciario.
- d) Ten unha hipocalcemia por déficit de vitamina D.
- e) "b" e "d" son correctas. \*

→ calcemia corregida <8,5 = hipocalcemia

→ calcidiol <20 = insuficiente => déficit vitamina D

→ PTH elevada = hiperparatiroidismo 2º (PTH elevado x hipocalcemia)

→ hipocalcemia - PTH elevada = deficiencia vitD

. Unha muller de 23 anos consulta en urxencias por tetania e alteracións visuais. Refire episodios de dor abdominal e diarrea autolimitados dende hai anos, sen perda de peso. Na exploración física destaca un bocio nodular e vitíligo. Ten unha calcemia corrixida de 6.1 mg/dL. Con estos datos, ¿cal sería a sospeita diagnóstica máis probable? (2024 junio)

- a) Enfermedad celíaca.
- b) Hipoparatiroidismo autoinmune. \*
- c) Enfermedad de Addison.
- d) Síndrome de intestino curto.
- e) Pankreatite aguda.

→ hipocalcemia - PTH elevada - deficit vitD x enfermedad ID como enfermedad celiaca

→ tetania = manifestación clínica de hipocalcemia

→ dolor abdominal + diarrea autolimitada = enfermedad intestinal

\*pon el freno Macarena

→ hipocalcemia - deficiencia PTH = causa autoinmune = sd poliglandular autoinmune tipo I = vitiligo + bocio nodular

. ¿Cál e a causa máis común de hipocalcemia? (2024 junio)

- a) Hipomagnesemia.
- b) Consumo de bifostonatos.
- c) Consumo insuficiente de lácteos.
- d) Insuficiente exposición solar.
- e) Insuficiencia renal crónica. \*

→ hipocalcemia - epidemiología = IRC causa (+) común hipocalcemia.

. Unha muller de 21 anos con diabétes mellitus tipo 1 acude a urxencias por tetania máis mans. A doente relata episodios previos e autolimitados de diarrea e dor abdominal polos que nunca consultou. Na analítica de Urxencias destaca un calcio sérico corrixido de 6.8 mg/dL, un magnesio en rango e un tempo de protrombina de 20 s. A súa función renal é normal e no

EKG presenta unha prolongación do intervalo QT. Respecto a esta doente, ¿cál das seguintes afirmacións é correcta? (2024 enero)

- a) Probablemente a causa da alteración da calcemia sexa unha intolerancia ao gluten. \*
- b) No EKG esperaríase atopar a presenza da onda U.
- c) Probablemente a causa da alteración da calcemia sexa un hipoparatiroidismo autoinmune.
- d) Como médico de Urxencias adaríase de alta a domicilio prescribindo tratamento con calcio oral e vitamina D.
- e) "a" e "b" son correctas.

→ hipocalcemia

- PTH alta = deficiencia vitD x (-) absorción vitD x enfermidade celiaca (ID) → sospechamos x diarrea y dolor abdominal
- clínica = tetania (contracción involuntaria y prolongada muscular)
- EKG = prolongación intervalo QT = onda U ausente
- irritabilidade neuromuscular + hipocalcemia = manejo intrahospitalario con calcio IV
- hipocalcemia grave = gluconato cálcico forma pref de calcio intravenoso (st en tetania)

. Unha muller de 17 anos acude a Urxencias por tetania nas mans, sen outra sintomatoloxía nin outros antecedentes persoais. Refírese episodios de dor abdominal autolimitados e episodios de diarrea pastosa ou feces grisáceas de aboian no VVC dende hai anos, así como equimosis en extremidades sen golpes previos. Na analítica destaca unha calcemia de 6.9 mg/dl con albúmina de 4.1 mg/dL. Con estes datos, ¿cál sería a causa máis plausible da hipocalcemia en esta doente entre as que se citan? (2023 junio)

- a) Hipoparatiroidismo primario.
  - b) Hipomagnesemia.
  - c) Enfermidade celiaca. \*
  - d) Pseudohipoparatiroidismo.
  - e) Síndrome poliglandular autoinmune.
1. Calculamos calcio corregido = restar 1 x cada gramo de albúmina que falte para chegar a 4 = en este caso es 4 por lo que no restamos nada = calcio corregido 6,9.

→ hipocalcemia

- PTH alta = deficiencia vitD x (-) absorción Ca x enfermidade celiaca (ID) → síntomas diarrea
- manifestacións clínicas = tetania = (+) característica contracción involuntaria musculatura manos = "mano en comadreja"

. En relación ca hipocalcemia é FALSO que: (2023 enero)

- a) Na insuficiencia renal crónica a PTH adoite estar alta.
- b) Unha transfusión masiva de sangue pode ser causa dela.
- c) A alcalose pode causar diminución do calcio iónico.
- d) O hipoparatiroidismo autoinmune pode formar parte da síndrome poliglandular autoinmune tipo 2. \*
- e) Pode observarse na sepsis grave.

→ hipocalcemia - etiología

- unión Ca + albúmina depende pH ⇒ alcalosis = calcio se une (+) a albúmina = (-) Ca ionizado
- sepsis grave = secreción atejada PTH = (-) Ca
- transfusión masiva sangue (citato anticoagulación sangue, atrapa Ca)
- PTH baixa = post-tiroidectomía + autoinmune (sd poliglandular autoinmune I)

. Un home de 67 anos é levado a Urxencias por un parestesias circunoriais e nas mans, tetania e disfaxia. Na auscultación respiratoria se obxetivan sibilancias. Na analítica destaca un calcio corrixido de 6.3 mg/dL. Das que se citan, ¿cál é a opción correcta? (2023 junio)

- a) Iniciar tratamento con salbutamol inhalado e osíxenoterapia.
- b) Iniciar tratamento con calcio e vitamina D oral.
- c) Iniciar tratamento con bifosfonatos.
- d) Solicitar determinación de PTH e vitamina D.
- e) Iniciar tratamento con calcio intravenoso.

→ hipocalcemia

- manifestacións clínicas = tetania + parestesias
- tto hipocalcemia grave = gluconato calcio fav para calcio IV st en tetanía

. Un home de 49 anos acude a Urxencias por tetania nas mans. Na exploración física destaca: broncoespasmo na auscultación pulmonar e signos de Chvostek e Trousseau. Ten un calcio sérico de 6.1 mg/ dL, unha albúmina de 4.5 mg/dL e un magnesio de 2.0 mg/dL [RN: 1.7-2.2]. ¿Cómo trataría a este doente? (2023 enero)

- a) Gluconato cálcico intravenoso.
- b) Cloruro cálcico intravenoso.
- c) Carbonato cálcico oral e calcitriol oral.
- d) Carbonato cálcico oral e ergocalciferol oral.
- e) Cinacalcet.

. ¿Como trataría ambulatoriamente unha hipocalcemia secundaria a unha tiroidectomía total bilateral? (2024 junio)

- a) Calcio oral.
- b) Calcio oral e vitamina D3.
- c) Calcio oral e calcitriol. \*
- d) Calcio oral e calcidiol.
- e) Calcio oral e vitamina D2.

→ hipocalcemia - tto =

- tiroidectomía total bilateral = daño glándula paratiroides = PTH deficiente → tto calcitriol (análogo vitamina D)
- suplementos orales calcio mismo tiempo

. Unha muller de 65 anos presenta clínica de tetania despoja dunha tiroidectomía total bilateral por un bocio multinodular con extensión endotorácica. Durante a hospitalización foi tratada con calcio intravenoso. Cando vostede a ve na consulta aos 30 días de ser dada de alta pre setta una calcemia corrixida de 8.0 mg/iL, unha PTH baixa e atópase asintomática. En ese momento a doente está tomando levotiroxina sódica 100 mcg qd p.o. ¿Cál sería o tratamento de elección en este caso? (2024 enero)

- a) Calcio oral e ergocalciferol.
- b) Calcio oral e calcitriol. \*
- c) Calcio oral e calcidiol.
- d) Calcio oral e vitamina D3.
- e) "b" e "d" son correctas.

→ hipocalcemia - PTH baja x tiroidectomía - tto = calcitriol + Ca

. ¿Cómo trataría unha hipocalcemia secundaria a un hipoparatiroidismo? (2023 junio)

- a) Calcio e ergocalciferol.
- b) Calcio e calcidiol.
- c) Calcio e colecalciferol.
- d) Calcio e vitamina D3.
- e) Todas son falsas. \*

→ hipocalcemia - PTH deficiente = calcitriol + calcio

## 11. TRASTORNOS METABOLISMO FOSFO-CÁLCICO II: HIPERCALCEMIA

. A hipercalcemia pode causar alteracions electrocardiograficas. Das que se citan, ¿cal e incorrecta? (2024 junio)

- a) Inversión da onda T.
- b) Prolongación do ST. \*
- c) Prolongación do PR.
- d) Elevación do ST.
- e) Presencia de onda J

→ hipercalcemia - EKG = aplanamiento/inversión onda T + prolongación leve intervalos QRS y PR + elevación ST + onda J final QRS.

. ¿Como trataría en primeira instancia unha hipercalcemia maligna de 17 mg/dl (corrixida) nun doente de 46 anos cun carcinoma de pulmón? (2023 junio)

- a) Hidratación con salino hipertónico e bifosfonatos orais.
- b) Hidratación con glucosado ao 10% e cinacalcet.
- c) Hidratación con salino isotónico a 200 ml/hora para manter unha diuresis de 100 ml/hora e incrementar a excreción urinaria de calcio. \*
- d) Hidratación con salino isotónico e denosumab.
- e) Hidratación con salino isotónico, furosemida e zolendronato i.v.

→ hipercalcemia gracia (>14) - tto (urgente) = hidratación IV con suero salino isotónico + calcitonina/bifosfonato (fármacos reducen calcio)

\*bifosfonatos = ácido zoledrónico → hipercalcemia secundaria a malignidad.

→ (I) te la has comido con papá, la opción a pone HIPERTÓNICO

→ hipercalcemia - tto = 1. Hidratación IV SS isotónico = 200-300ml/h para mantener diuresis >100ml/h = aumentando excreción urinaria calcio.

\*Denosumab = cuando no hay respuesta a bifosfonatos.

. En relación co hiperparatiroidismo primario: (2024 enero)

- a) No noso medio sanitario raramente é sintomático.
- b) Habitualmente detéctase pola palpación dunha masa na rexión cervical anterior.
- c) Pode asociarse con outras neoplasias endocrinas.
- d) Unha vez diagnosticado, a cirurxía é a única e primeira opción terapéutica.
- e) "a" e "c" son correctas.

. En relación co hiperparatiroidismo primario: (2024 enero)

- a) No noso medio sanitario raramente é sintomático.  
→ hiperparatiroidismo primario - clínica = mayoría pacientes sintomáticos
- b) Habitualmente detéctase pola palpación dunha masa na rexión cervical anterior.  
→ hiperparatiroidismo primario - clínica = examen físico suele ser normal
- c) Pode asociarse con outras neoplasias endocrinas.

→

- d) Unha vez diagnosticado, a cirurxía é a única e primeira opción terapéutica.  
→ hiperparatiroidismo primario - tto = Cx curativa (tto def) pero vigilancia no Qx opción acertada en enfermos edad avanzada con hipercalcemia leve y sin complicaciones
- e) "a" e "c" son correctas. \*

\*. Unha muller de 43 anos presenta unha calcemia corrixida de 10.9 mg/dl, unha PTH elevada, unha fosfatemia baixa, hipercalcemia e na ecografía se obxetiva unha lesión yuxtatiroidea esquerda de 18 mm suxestiva de adenoma de paratiroides. Na gammagrafía de paratiroides non se obxetivan lesións hipercaptantes. Entre as que se citan, ¿cal é a resposta correcta? (2024 enero)

- a) Solicitar un PET-colina. \*
- b) Solicitar unha RNM de pescozo.
- c) Solicitar unha TC de pescozo e tórax para identificar paratiroides ectópicas.
- d) Solicitar unha PAAF.
- e) Todas son "a" e "d" son correctas.

→ hipercalcemia + PTH elevada + fosfatemia baja + hiper Ali curia = hiperparatiroidismo primario

→ ?

. Un home de 78 anos presenta unha calcemia corrixida de 10.8 mg/dL, unha PTH elevada, unha vitamina D baixa, hipercalcúria, un filtrado glomerular de 45 ml/min/1,73m<sup>2</sup> e osteoporosis. Na gammagrafía de paratiroides obtívose un foco de hipercaptación na rexión tiroidea-paratiroidea superior dereita. ¿Cál sería a súa actitude con este doente? (2024 enero)

- a) O derivaría a cirurxía para paratiroidectomía. \*
- b) Iniciaría inmediatamente tratamento con cinacalcet para ententece a perda de masa ósea.
- c) Solicitaría un PET-colina.
- d) Dada a idade do doente, recomendaría exclusivamente que bebera 1.5 litros de auga ao día para reducir a calcemia e o re-avaliaría en 1 ano.
- e) "c" e "d" son correctas.

→ hipercalcemia x hiperparatiroidismo 2º - tto = Cx - indicaciones: calcemia >1mg/dL límite superior (>11,5) + 1/5

1. <50a
2. osteoporosis
3. TFG <60ml/min
4. calcio orina >400mg/24h
5. evidencia calcificaciones renales

. ¿Cál sería a súa primeira actitude diante dunha muller de 74 anos cun calcio sérico de 11.6 mg /dL (corrixido), un fósforo baixo, unha calciuria de 432 mg/24 horas, unha PTH elevada e antecedentes de litiasis renal? (2023 junio)

- a) Iniciar tratamento con bifosfonatos.
- b) Aconsellar unha axeitada hidratación e solicitar unha gammagrafía de paratiroides.
- c) Remitir a Cirurxía para paratiroidectomía. \*
- d) Descartar neoplasia endocrina múltiple.
- e) "b" e "d" son correctas.

→ hipercalcemia x hiperparatiroidismo primario

- calcio elevado + PTH elevado + fósforo baixo + calciuria elevada
- sospecha: cálculos renales
- tto = Cx - indicaciones: calcemia >1mg/dL límite superior (>11,5) + 1/5

1. <50a
2. osteoporosis
3. TFG <60ml/min
4. calcio orina >400mg/24h
5. evidencia calcificaciones renales

. ¿Cómo se establece o diagnóstico de MEN1? (2023 junio)

- a) Se o caso indice ten alomenos 2 das manifestaciones primarias (tumor de glándulas paratiroides, de adenohipófisis e un compoñente neuroendocrino gastroenteropancreático).
- b) Alomenos un tumor relacionado con MEN1 e un familiar de primeiro grao con MEN1 confirmado molecularmente.
- c) Caso indice con variante patolóxica no xene MEN1.
- d) "a" y "c" son correctas.
- e) Todas son correctas. \*

→ Neoplasia endocrina múltiple tipo 1 - dx:

1. 2/3 manifestaciones principales (tumor glándulas paratiroides, adenohipófisis o componente neuroendocrino gastroenteropático)
2. 1 tumor relacionado con MEN1 + Hº familiar 1er grado con MEN1
3. caso índice cn variante patolóxica en gen MEN1.

. Respecto a Neoplasia Endocrina Múltiple (NEM): (2024 enero)

- a) A asociación de hiperparatiroidismo primario, prolactinoma e gastrinoma é diagnóstica de NEM2B.
- b) A asociación de feocromocitoma, carcinoma medular de tiroides e hamartomas é diagnóstica de NEM1.
- c) A asociación de carcinoma medular de tiroides, feocromocitoma e megacolon agangliónico é diagnostico de NEM2A.
- d) A NEM1 é debida a variantes no protooncogen RET.
- e) Todas son falsas.

. Respecto a Neoplasia Endocrina Múltiple (NEM): (2024 enero)

- a) A asociación de hiperparatiroidismo primario, prolactinoma e gastrinoma é diagnóstica de NEM2B.

- NEM1 = tumor gl paratiroides (hiperparatiroidismo) + adenoma hipofisario + tumor neuroendocrino pancreático
- b) A asociación de feocromocitoma, carcinoma medular de tiroides e hamartomas é diagnóstica de NEM1.
- MEN2A = carcinoma medular tiroides + feocromocitoma + hiperparatiroidismo 1º
- MEN2B = carcinoma medular tiroides + feocromocitoma + neuromas mucosos + habito marfanoide + ganglioneuroma intestinales
- c) A asociación de carcinoma medular de tiroides, feocromocitoma e megacolon agangliónico é diagnostico de NEM2A. \*
- NEM2A = (carcinoma medular tiroides + feocromocitoma + hiperparatiroidismo) + enfermedad de Hirschsprung/ megacolon agangliónico crónico
- d) A NEM1 é debida a variantes no protooncogen RET.
- MEN2A/B = tumores multicéntricos en todos órgano donde se expresa protooncogen RET
- e) Todas son falsas.

. En relación co MEN2: (2023 junior)

- a) É un trastorno autosómico recesivo.
- b) Se relaciona co carcinoma papilar de tiroides.
- c) No MEN2A poden aparecer neurofibromas mucosos.
- d) "a" e "b" son falsas.
- e) Todas son falsas. \*
- MEN2
- autosómico dominante
  - cáncer medular tiroideo + cancer suprarrenal (feocromocitoma) + hiperparatiroidismo 1º
  - MEN2B = neuromas mucosos (patognomónico)

## 12. PATOLOGÍA GLÁNDULAS SUPRARRENALES I

. Unha muller de 65 anos é remitida a súa consulta por ter obxetivado nunha TC abdominal ambas suprarrenais aumentadas de tamaño e de contornos irregulares. A doente presenta un fenotipo normal, ten un IMC de 21 kg/ m<sup>2</sup>, e refire astenia e decalmento. Entre os seus antecedentes pessoais destaca depresión dende, hai unha década, a seguimento por Psiquiatría. Está a tratamento con omeprazol, trazodona, quetiapina e alprazolam. Vostede solicita as seguintes probas: Cortisol plasmático as 8:00 a.m.: 43 mcg/dL [RN: 5-25], ACTH 32 pg/mL (RN: 6-76), Cortisol libre urinario: 146 mcg/24 horas [RN: 21-292], Test DXM 1 mg: 24 mcg/dL, Cortisol plasmático as 23 horas: 1 mcg/dL. Con estes datos, ¿cál das seguintes hipótesis diagnósticas parécelle máis plausible? (2023 enero)

- a) A doente probablemente teña unha síndrome de Cushing ACTH dependente
- b) A doente probablemente teña unha síndrome de Cushing non-ACTH dependente.
- c) A doente probablemente teña unha síndrome de Cushing por hiperplasia macronodular bilateral.
- d) A doente probablemente teña un pseudocushing.
- e) "b" e "c" son correctas.

→ sd Cushing

- cortisol plasma NO util x ritmo circadiano hormona
- cortisol libre urinario => valores normales 80-120 → >300 sugestivo Sd Cushing
- test dexametasona 1mg = cortisol <1,8 descarta / >7,5 indica sd Cushing
- cortisol x la noche (23h) = cortisol <1,8 descarta / >7,5 Cushing
- ACTH >20 = dependiente

→ pseudo Cushing

- hipercortisolemia + ritmo circadiano cortisol (cortisol 23h <1,8)
- situaciones aumentan cortisol = stress psicológico (depresión)

. Entre las causas del síndrome de Cushing se encuentra: (2024 junio)

- a) Hiperplasia suprarrenal.
- b) Tratamiento crónico con metilprednisolona.
- c) Carcinoma de pulmón de células pequeñas.
- d) Carcinoma suprarrenal.
- e) Todas las anteriores. \*

→ sd Cushing - etiología:

- ACTH dependiente = ACTH ectópico (ej: tumor pulmonar secretor ACTH)
- ACTH independiente = carcinoma adrenal + hiperplasia micro/macronodular

. Unha muller de 21 anos é remitida a Urgencias por cefalea e unha presión arterial de 210/151 mmHg. A muller presenta un IMC de 34 kg/m<sup>2</sup>, plétora facial, hirsutismo, oligomenorrea e estrías roxo-vinosas no abdomen. Diante a sospeita duna hipercortisolismo crónico é remitida ao Servicio de Endocrinoloxía. Entre as que se citan, ¿cál sería a primeira proba que solicitaría para confirmar esta sospeita? (2024 enero)

- a) Cortisol en saliva as 8:00 da mañán.
- b) Cortisol plasmático as 8:00 da mañán.
- c) Test de screening con DXM 1 mg. \*
- d) ACTH (-30, 0) ás 8:00 h.
- e) RNM de hipófisis xa ca sospeita clínica apunta a unha enfermidade de Cushing.

→ sd Cushing

- fenotipo característico = cara luna llena (plétora facial) + fragilidad vascular (estrías roxo-vinosas) + hipertensión + hirsutismo + oligomenorrea
- dx - bioquímica = test supresión dexametasona 1mg = gold standard

. ¿Cál dos seguintes resultados é suxestivo de síndrome de Cushing? (2023 enero)

- a) Cortisol libre urinario elevado. \*
- b) Cortisol plasmático tras 1 mg de dexametasona: 1,4 ug/mL
- c) ACTH plasmática elevada.
- d) Cortisol plasmático as 23 horas: 1.4 ug/dL
- e) Todas son correctas.

→ Sd Cushing - dx bioquímico

- cortisol libre urinario = >300 sugestivo sd Cushing

- test supresión dexametasona = <1,8 descarta Sd Cushing
- cortisol x la noche (23h) = <1,8 descarta Cushing

. Un home de 44 anos é remitido a sua consulta pola presenza incidental dunha masa suprarrenal dereita de 2 cm suxestiva de adenoma obxetivada nunha TC. Entre os seus antecedentes destacan: consumo de 55 g de etanol/día, fumador de 25 cigarrillos/día, diabetes mellitus, hipertensión arterial e hiperlipoproteíнемia IIb. O doente está a tratamento con metformina, dapagliflozina, valsartan e atorvastatina. Na analítica: A1c: 7%, LDLc:61 mg/dL, triglicéridos: 143 mg/dl, HDL-c:35 mg/dL. ¿Cál sería a sua actitude con este doente? (2024 enero)

- Solicitar unha RNM para confirmar a lesión suprarrenal dado ca TC non resulta útil en estos casos.
- Engadir pioglitazona ao tratamento para mellorar o seu control metabólico.
- Solicitar un cortisol en saliva ás 8:00 para descartar unha síndrome de Cushing.
- Dalo de alta e seguimento en atención primaria dado co tamaño da masa suprarrenal é inferior a 4 cm e trátase dunha lesión benigna (adenoma).
- Todas son falsas. \*

→ resposta chatGPT = importante realizar una evaluación bioquímica adecuada, como la medición de cortisol en orina de 24 horas o realizar un test de supresión con dexametasona, antes de tomar decisiones sobre el tratamiento o el seguimiento de la masa suprarrenal.

→ sd Cushing - dx - bioquímico =

- Cortisol libre urinario = <120 normal / >300 sugestivo sd Cushing
- Test supresión dexametasona = <1,8 normal / >7,5 sd Cushing

. Un home de 65 anos é levado a urxencias por astenia grave. Entre os seus antecedentes destacan obesidade, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo e etilismo crónico. Está a tratamento dende hai anos con metformina, sitagliptina, hidroclorotiazida e enalapril. Na bioquímica presenta unha glucemia de 280 mg/dL, unha kaliemia de 1.2 mEq/L, unha alcalose metabólica cun pH 7.60 e unha creatinina de 1.0 mg/dL. Na Rx de tórax presenta unha masa hiliar esquerda. Con estos datos, ¿cál considera a causa máis plausible da alteración electrolítica e do equilibrio ácido-base? (2023 junio)

- Cushing ectópico. \*
- Hiperaldosteronismo primario.
- Hiperplasia suprarrenal macronodular.
- Descompensación hiperosmolar hiperglucémica.
- Efecto do diurético.

→ Cushing ectópico = hipopotasemia + alcalosis metabólica

. ¿Cál é o tratamento de elección do hipercortisolismo crónico debido a un adenoma suprarrenal? (2023 enero)

- Metirapona.
- Ketoconazol.
- Mitotane.
- Adrenalectomía. \*
- Todas son falsas.

→ hipercortisolismo ACTH independente como adenoma adrenal → Cx

. Entre os fármacos que se citan pra o tratamento médico da síndrome de Cushing, ¿cál deles ten unha acción adrenolítica? (2024 enero)

- Mitotane. \*
- Ketoconazol.
- Cabergolina.
- Metirapona.
- Mitepristona.

→ sd Cushing - tto médico = adrenolíticos = mitotane.

. Respecto ao tratamento médico da síndrome de Cushing é FALSO que: (2023 enero)

- O ketoconazol inhiba a esteroideoxénese.
- O metirapona poda inducir xinecomastia. \*
- A metirapona poda aumentar os andróxenos.
- A metirapona bloquea o paso de 11-desoxicortisol a cortisol.

e) O pasireotide pode empregarse na enfermidade de Cushing.

→ sd Cushing - tto:

- inhibidores enzimas adrenales

- ketoconazol = inibe esteroidogénese → efecto 2o: hepatotoxicidade + ginecomastia
- metyrapona = inibe 11β-hidroxilase → aumenta: desoxicorticoesterona (retiene sodio = HTA) + andrógenos (hirsutismo)

- tumores hipofisarios → pasireotide (análogo 5-HT)

. Un home de 23 anos foi diagnosticado dunha enfermidade de Cushing cun macroadenoma hipofisario. Foi tratado inicialmente mediante hipofisectomía total e radioterapia dada a persistencia do hipercortisolismo crónico. Posteriormente engadiuse ao tratamento ketoconazol, sen que conseguir tampouco frenar a hipersecreción de cortisol. Por este motivo foi sometido a supraadrenalectomía bilateral. En relación a este caso: (2024 enero)

a) Sería de esperar co doente presentara hiperpigmentación grave.

b) O doente presentará probablemente unha síndrome de Nelson.

c) O doente deberá ser tratado con hidrocortisona.

d) "a" e "b" son correctas.

e) Todas son correctas. \*

→ a) supraadrenalectomía bilateral = NO cortisol = NO feedback negativo sobre ACTH = (+) ACTH

- Sd Cushing - fenotipo = hiperpigmentación (ACTH dependiente)

→ b) sd Nelson = complicación adrenalectomía bilateral

→ c) supraadrenalectomía bilateral = NO produce glucocorticoides propios → need tto glucocorticoides dexvida (hidrocortisona)

### 13. PATOLOGÍA GLÁNDULAS SUPRARRENALES II: INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

. ¿Cuál dos que se citan é o sintoma/signo mais frecuente na insuficiencia suprarrenal? (2023 enero)

- a) Hiperpigmentación.
- b) Hipotensión ortostática.
- c) Hiponatremia.
- d) Astenia. \*
- e) Vómitos.

. En relación as causas da Insuficiencia suprarrenal primaria: (2023 junio)

- a) Pode ser causada por barbitúricos.
- b) Pode ser de orixe infeccioso.
- c) Pode ser unha etiología autoinmune.
- d) "b" e "c" son correctas.
- e) Todas son correctas. \*

→ insuficiencia suprarrenal primaria (enfermedad Addison) = autoinmune + infecciosa + metástasis + fármacos (barbitúricos).

. ¿Cuál das seguintes entidades nosolóxicas que se citan NON é característica da síndrome poliglandular autoinmune tipo 1? (2024 enero)

- a) Insuficiencia suprarrenal primaria.
- b) Candidiasis mucocutánea crónica.
- c) Diabetes mellitus tipo 1. \*
- d) Hipoparatiroidismo.
- e) Enfermedad de Addison.

→ síndrome poliglandular autoinmune = insuficiencia suprarrenal 1ª (Addison) + hipoparatiroidismo 1ª + candidiasis mucocutánea crónica.

. A síndrome poliglandular autoinmune tipo 1 se define como: (2023 enero)

- a) Insuficiencia suprarrenal, hipoparatiroidismo primario e enfermedad de Graves.
- b) Insuficiencia suprarrenal central, hiperparatiroidismo primario e candidiasis mucocutánea crónica.
- c) Enfermedad de Addison e diabetes mellitus tipo 1.
- d) Enfermedad de Addison, tiroiditis de Hashimoto e diabetes mellitus tipo 1.
- e) Todas son falsas. \*

→ ¡cuidado! Que ibas a poner la B pero pone CENTRAL y es primario (insuficiencia en glándula suprarrenal)

. No tratamento dunha crise suprarrenal, ¿cál dos seguintes procedementos é INCORRECTO? (2023 enero)

- a) Administrar 2-3 litros de soro salino hipertónico. \*
- b) Obter inmediatamente unha mostra de sangue para a determinación de cortisol.
- c) Administrar dexametasona intravenosa.
- d) Administrar hidrocortisona intravenosa.
- e) Monitorizar frecuentemente os electrolitos séricos.

→ crisis adrenal - tto

- estabilización hemodinámica = 2-3L SS (NO hipertónico) + monitorización estado hemodinámico
- tto GC = hidrocortisona / dexametasona
- extraer muestra sangre antes tto para medir: cortisol, ACTH, ...

## 14. HIPERTENSIÓN ENDOCRINA

. El hiperaldosteronismo primario: (2024 junio)

- a) Es asintomático.
- b) Se debe habitualmente a un adenoma productor de aldosterona.
- c) La presencia de HTA de difícil control y niveles bajos de potasio, especialmente en pacientes jóvenes, obliga al cribaje bioquímico de hiperaldosteronismo.
- d) Una relación aldosterona-renina mayor de 10 es diagnóstica de hiperaldosteronismo.
- e) b y c son correctas.

. El hiperaldosteronismo primario: (2024 junio)

- a) Es asintomático.  
→ hiperaldosteronismo primario - clínica = HTA + (-)K + cefalea + ...
- b) Se debe habitualmente a un adenoma productor de aldosterona.  
→ yo hubiese puesto que si perseguí corrección No
- c) La presencia de HTA de difícil control y niveles bajos de potasio, especialmente en pacientes jóvenes, obliga al cribaje bioquímico de hiperaldosteronismo. \*  
→ trauma = HTA + (-)K + alcalosis → NO toma fármacos diuréticos de asa → valorar SRAA (+ descartar hipercortisolismo).
- d) Una relación aldosterona-renina mayor de 10 es diagnóstica de hiperaldosteronismo.  
→
- e) b y c son correctas.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el hiperaldosteronismo primario es FALSA? (2021 junio)

- a) Cursa con renina plasmática baja.
- b) La concentración de aldosterona plasmática no cambia durante la bipedestación en un adenoma productor de aldosterona.
- c) La administración de salino isotónico suprime la secreción de aldosterona. \*
- d) Hay aumento de la presión arterial, hipopotasemia e alcalosis metabólica.
- e) En los casos de adenoma productor de aldosterona la cirugía o el tratamiento de elección.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el hiperaldosteronismo primario es FALSA? (2021 junio)

- a) Cursa con renina plasmática baja.  
→ hiperaldosteronismo 1º - dx ⇒ renina plasmática baja
- b) La concentración de aldosterona plasmática no cambia durante la bipedestación en un adenoma productor de aldosterona.  
→ bipedestación = aldosterona (⇒) = adenoma
- c) La administración de salino isotónico suprime la secreción de aldosterona. \*  
→ hiperaldosteronismo - dx - test infusión salino = normal: suprime secreción aldosterona (x aumento V)  
- hiperaldosteronismo 1º NO suprime secreción aldosterona.
- d) Hay aumento de la presión arterial, hipopotasemia e alcalosis metabólica.  
→ hiperaldosteronismo - trucada = HTA + HipoK + alcalosis metabólica
- e) En los casos de adenoma productor de aldosterona la cirugía o el tratamiento de elección.  
→ hiperaldosteronismo - tto ⇒ adenoma = adrenalectomía unilateral x laparoscopia

\*. En relación con el tratamiento del hiperaldosteronismo primario: (2021 enero)

- a) En la hiperplasia idiopática bilateral el tratamiento quirúrgico está especialmente indicado.
- b) Solo tienen tratamiento quirúrgico los hiperaldosteronismos primarios en los que la hipersecreción de aldosterona es unilateral, de ahí la importancia del cateterismo de las venas suprarrenales y la toma de muestras. \*
- c) La cirugía no tiene ningún papel en el tratamiento del hiperaldosteronismo primario.
- d) El carcinoma adrenocortical productor de aldosterona nunca debe intervenir ya que la cirugía no logra controlarlo.
- e) El hiperaldosteronismo familiar tipo I debido a mutación en los genes CYP11B1 y CYP11B2, responde especialmente bien al tratamiento quirúrgico.

. En relación con el tratamiento del hiperaldosteronismo primario: (2021 enero)

- a) En la hiperplasia idiopática bilateral el tratamiento quirúrgico está especialmente indicado.  
→ hiperplasia bilateral idiopática - tto = médico (espironolactona / eplerenona) + Cx (adrenalectomía subtotal).
- b) Solo tienen tratamiento quirúrgico los hiperaldosteronismos primarios en los que la hipersecreción de aldosterona es unilateral, de ahí la importancia del cateterismo de las venas suprarrenales y la toma de muestras. \*  
→ hiperaldosteronismo - tto = adenoma + hiperplasia unilateral primaria = adrenalectomía unilateral vía laparoscópica.
- c) La cirugía no tiene ningún papel en el tratamiento del hiperaldosteronismo primario.

- d) El carcinoma adrenocortical productor de aldosterona nunca debe intervenir ya que la cirugía no logra controlarlo.
- e) El hiperaldosteronismo familiar tipo I debido a mutación en los genes CYP11B1 y CYP11B2, responde especialmente bien al tratamiento quirúrgico.

#### FEOCROMOCITOMA

. Na preparación pre-cirúrxica para a extirpación dun feocromocitoma, ¿cál é o antihipertensivo de elección? (2023 junio)

- a) Doxazosina.
- b) Fenoxibenzamina. \*
- c) Atenolol.
- d) Propranolol.
- e) Todas son correctas.

→ feocromocitoma - tto = bloqueo adrenergico (previo Cx)

1. Bloqueo alfa = fenoxibenzamina
2. Bloqueo beta = atenolol / propranolol / metropolol

. No tratamento dunha emerxencia hipertensiva no contexto dun feocromocitoma, ¿qué fármaco utilizaría en primeiro lugar? (2023 junio)

- a) Metirosina.
- b) Nitroprusiato.
- c) Fentolamina. \*
- d) Nifedipino.
- e) Labetalol.

→ feocromocitoma - tto => crisis emergencia hipertensiva = fentolamina

## 16. DIABETES MELLITUS

. En relación ca diabetes mellitus tipo 1, é FALSO: (2021 enero)

- a) A determinación de auto-anticorpos en familiares de primeiro de degraio dun doente con esta doenza poderío ser útil para un diagnóstico precoz.
- b) Os criterios diagnósticos de diabetes son os mesmos que na diabetes mellitus tipo 2.
- c) As persoas con DM1 son propensas a padecer outras enfermidades autoinmunes.
- d) Pode presentarse a calquer idade.
- e) A cetoacidose diabética é menos frecuente que na diabetes mellitus tipo 2.

. En relación ca diabetes mellitus tipo 1, é FALSO: (2021 enero)

- a) A determinación de auto-anticorpos en familiares de primeiro grao dun doente con esta doenza poderío ser útil para un diagnóstico precoz.  
→ DM1 = a partir de estudos de familiares de 1er grado de enfermos con DM1 está claro que la presencia persistente de 2 o máis anticuerpos de los islotes es un predictor casi seguro de hiperglicemia clínica y diabetes.
- b) Os criterios diagnósticos de diabetes son os mesmos que na diabetes mellitus tipo 2.  
→ DM - criterios dx = glicemia >125 / SOG 75 glicemia >200 / Hbglicosada >6,5%
- c) As persoas con DM1 son propensas a padecer outras enfermidades autoinmunes.  
→ DM1 = personas con DM1 propensas a otros trastornos autoinmunes (enfermedad Hashimoto, enfermedad Graves, Addison, ...)
- d) Pode presentarse a calquer idade.  
→ diabetes autoinmune = diabetes (+) común en niños/adolescentes pero puede ocurrir a cualquier edad (incluso 8ª-9ª década)
- e) A cetoacidose diabética é menos frecuente que na diabetes mellitus tipo 2. \*  
→ DM1 = (+) tendencia a cetocidosis >DM2.

. Na estratexia de "un paso no diagnóstico da diabetes estacional (criterios ADA): (2024 junio)

- a) Realizar un TTOG con 100 g de glucosa ente a semana 24-28 de xestación.
  - b) Necesitase dous valores anormates de glucemia para o diagnóstico.
  - c) Unha glucemia maior de 155 mg/dL aos 60 minutos é diagnóstica.
  - d) Unha glucemia en xaxún maior de 92 mg/dL é diagnóstica. \*
  - e) Unha glucemia maior de 160 mg/dL aos 180 minutos é diagnostica.
- diabetes gestacional (DMG) - dx
- estratexia 1 paso => SOG 75g = >92 ayunas
  - estratexia 2 pasos = SOG 50 = >130/135/140 -> SOG 100 = >95

. En relación a intervención para o retraso na aparición da diabetes mellitus tipo 2, é FALSO: (2024 enero)

- a) O tratamento precoz con iSGLT2 reduce nun 25% o risco de desenvolver diabetes. \*
  - b) Unha redución de 7-10% do peso reduce significativamente o risco.
  - c) Debe limitarse ao máximo o consumo de alimentos procesados.
  - d) O uso prolongado de metformina pode conducir a déficit de vitamina B12.
  - e) Ademáis da actividade aeróbica, o réximen de exercicios poden incluír entrenamento de resistencia xa que aumentan a sensibilidade á insulina.
- prevención/retraso DM2
- intervención estilo vida:
    - prevención máxima con 7-10% pérdida peso
    - alimentación = calidad alimentos = énfasis cereales integrales, legumbres y fritos secos, frutas, verduras, peces azules, limitando al máximo alimento refinados y procesados.
  - intervenciones farmacológica = Metformina => uso prolongado asociado a déficit B12 -> suplemento B12 (cuidado FI).

. Un home de 54 anos, cun IMC de 40 kg/m<sup>2</sup>, é reido a glucemia de Atención Primaria polo médico de empresa porque nunha analítica da empresa atopáronlle une 13/memria. en xaxún de 132 mg/diL. Vostede laide una sia enla a pilar en xaxún e confirma unha glucemia de 138 mg/dL. Entre as que se citan, ¿cál debe sailla actitude respecto a este doente? (2024 enero)

- a) O doente ten probablemente unha diabetes mellitus tipo 2, recomendarialle unha dieta hipocalórica e iniciaría tratamento con metformina e un iDPP4.
- b) O doente ten probablemente unha diabetes melitus tipó 2, recomendarialle unha dieta hipocalórica e solicitaría unha determinación de A1c.

- c) O doente ten probablemente unha diabetes mellitus tipo 2, recomendaríalle unha dieta hipocalórica, iniciaría tratamento con metformina e solicitaría unha determinación de A1c.
- d) O doente ten probablemente unha diabetes mellitus tipo 2, recomendaríalle unha dieta hipocalórica, solicitaría unha determinación de A1c, o remitiría a oftalmoloxía e solicitaría unha creatinina plasmática, un perfil lipídico e un cociente albúmina creatinina en oríños. \*
- e) O doente ten probablemente unha diabetes mellitus tipo 2, recomendaríalle unha dieta hipocalórica, solicitaría unha determinación de A1c, o remitiría a oftalmoloxía e solicitaría unha creatinina plasmática, un perfil lipídico e un cociente albúmina:creatinina en oríños, e iniciaría tratamento con metformina.

. Entre os que e citan caís son os obxetivos de glucosa intersticial cuantificados mediante dispositivos de monitorización continua? (2024 enero)

- a) Maior de 180 mg/dL, obxectivo menos do 40% das medicións.
- b) Maior de 180 mg/dL, obxectivo menos de 30% das medicións.
- c) Entre 70-180 mg/dL, obxectivo mais de 50% das medicións.
- d) Entre 70-180 mg/dL, obxectivo mais de 60% das medicións.
- e) Menor de 70 mg/dL, obxectivo menos de 4% das medicións. \*

→ obxetivos glucémicos - monitorización continua glucemia:

- $>250 = <5\%$
- $>180 = <25\%$
- $180-70 = >70\%$
- $<70 = <4\%$
- $<54 = <1\%$

. Entre as insulinas que se citan, ¿cál ten unha acción máis prolongada? (2024 junio)

- a) Insulina NPH.
- b) Insulina glargina.
- c) Insulina lis-pro.
- d) Insulina degludec. \*
- e) Insulina regular.

→ DM1 - tto = insulina prolongada = degludec (30h)

. Entre as que se citan, ¿qué tipo de insulina ten unha maior vida media? (2023 junio)

- a) Insulina detemir.
- b) Insulina NPH.
- c) Insulina degludec. \*
- d) Insulina glargina.
- e) Insulina lispro.

. Un home de 26 anos con diabetes mellitus tipo 1 recibe tratamento con insulina en réxime bolo-basal (insulina glargina 35 UI as 23 horas, e insulina glulisina 4-6-6 en pauta variable). O doente ten unha A1c de 8% e presta un promedio de glucemias antes do almorzo de 200 mg/dl, antes do xantar de 100 mg/dL e antes da cea de 125 mg/dL. Nega presentar hipoglucemias. ¿Cál sería a súa actitude respecto o abordaxe terapéutico de este home? (2024 enero)

- a) Non modificar o tratamento xa que ten un control metabólico aceptable e podería presentar hipoglucemias.
- b) Engadir ao tratamento metformina.
- c) Engadir o tratamento un iSGLT2.
- d) Aumentar a dose de insulina glargina. \*
- e) Aumenta a dose de insulina glulisina de antes do almorzo.

. ¿Cál será o fármaco de elección dunha diabetes mellitus tipo 2 de debut nun home de 63 anos, cun IMC de 32 kg/m<sup>2</sup> cunha hemoglobina A1c de 7.1% cun FGE de 45 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>? (2024 enero)

- a) Metformina. \*
- b) Gliclacida.
- c) Glibenclamida.
- d) Semaglutida.
- e) Canaglifocina.

→ DM2 - tto = fármaco 1ª elección Metformina

\*si  $FG < 30 = iSGLT / arGLP-1$

. Unha muller de 87 anos, independente para as actividades da vida diaria, cun IMC de  $32 \text{ kg/m}^2$  e que padece unha diabetes mellitus tipo 2 e unha miocardiopatía hipertensiva cunha clase funcional II da NYHA. A súa presión arterial é de  $138/77 \text{ mmHg}$ . Ten unha A1c de  $6.1\%$ , un FGE de  $28 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ , e un cociente albúmina:creatinina de  $24 \text{ mg/g}$ . Está a tratamento con metformina, dapaglifozina, valsartan e insulina glargina. Das que se citan, ¿cál sería a actitude terapéutica correcta en esta doente? (2024 junio)

- a) Non-modificar o tratamento.
- b) Suspende a metformina. \*
- c) Suspende a dapaglifozina.
- d) Engadir unha sulfonilurea.
- e) Engadir pioglitazona.

→ DM2 - tto = metformina debe continuarse sempre que se tolere o no esté contraindicada (IRC)

. Un home de 66 anos diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2 dende hai 15 anos, cun IMC de  $25 \text{ kg/m}^2$ , que refire perda de  $4 \text{ kg}$  nos últimos 2 meses, recibe tratamento con metformina e sitagliptina. Acude a consulta para revisión, presentando unha Hb A1c de  $14\%$ , e un FGE de  $40 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ . ¿Cál sería a actitude terapéutica para mellorar o seu control metabólico? (2024 junio)

- a) Engadir ao tratamento un arGLP1.
- b) Engadir ao tratamento unha sulfonilurea.
- c) Suspende metformina (por estar en IRC) e engadir unha insulina de acción prolongada.
- d) Engadir ao tratamento un iSGLT2.
- e) Engadir ao tratamento unha insulina de acción prolongada. \*

→ DM2 - tto = metformina

- introducción temprana insulina si  $HbA1c > 10\%$

- enfermidade renal ⇒ + iSGLT1

. Unha muller de 82 anos con diabetes mellitus tipo 2 e obesidade consulta por un pésimo control metabólico (A1c:  $11\%$ ). Está a tratamento con metformina e un iSGLT2. Ten un FGE de  $20 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ . ¿Cál sería a modificación terapéutica correcta en esta doente entre as que se citan? (2024 enero)

- a) Suspende antidiabéticos orais e insulinar. \*
- b) Engadir insulina de acción prolongada as 23 horas.
- c) Engadir unha glitazona.
- d) Engadir un iDPP4.
- e) Engadir un arGLP1.

→ DM2 - tto = introducción temprana de insulina si  $HbA1c > 10\%$ .

. Un home de 71 anos con diabetes mellitus tipo 2 de 20 anos de evolución e a tratamento con metformina e sitagliptina presenta unha A1c de  $11.4\%$ . O doente refire perda duns  $10 \text{ kg}$  nos últimos 3 meses sen facer dieta e as súas glucemia basais están entre  $280$  e  $350 \text{ mg/dL}$ . Non ten factores de risco cardiovascular nin enfermidade renal crónica. ¿Cál debería ser a súa actitude terapéutica para mellorar o control metabólico? (2023 junio)

- a) Asociar o tratamento unha insulina de acción prolongada. \*
- b) Asociar ao tratamento un iSGLT2.
- c) Suspende os antidiabéticos orais e iniciar un éxime de insulina bolo-basal.
- d) Asociar ao tratamento un arGLP1.
- e) "b" e "d" son correctas.

. Muller de 43 anos, con un IMC de  $34 \text{ kg/m}^2$ , con antecedentes de cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca cunha clase funcional NYHA III, acude a consulta para revisión. A súa presión arterial é  $123/66 \text{ mmHg}$ . A súa Hb A1c é de  $6.9\%$  o FGE  $> 90 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ , sen albuminuria. Recibe tratamento con metformina, un iDPP4, un beta-bloqueante e AAS, ¿Cál sería a súa actitude terapéutica? (2024 junio)

- a) Non modificar o tratamento.
- b) Engadir un iSGLT2.
- c) Suspende o iDPP4.
- d) Engadir un bloqueante do eixo renina-aldosterona.
- e) Engadir pioglitazona.

→ DM2 + ECV = elevado riesgo IRC = añadir iSGLT2

. Unha muller de 57 anos, cun IMC de 28 kg/m<sup>2</sup>, un FGE de 55 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> e antecedentes de cardiopatía isquémica, presenta na última analítica unha hemoglobina A1c de 6.4% e un cociente albúmina:creatinina de 56 mg/g. A doente está tratada con metformina 850 mg qd, sitagliptina 100 mg qd, losartan 80 mg qd, bisoprolol 10 mg qd, AAS 100 mg qd, e atorvastatina 80 mg qd. Dende o punto de vista terapéutico, ¿cál debería ser a súa actitude? (2024 enero)

- a) Non modificar o tratamento.
- b) Suspende metformina.
- c) Engadir dapaglifocina (iSGLT2). \*
- d) Engadir semaglutida (arGLP1).
- e) "c" e "d" son correctas.

. Un home de 58 anos, cun IMC de 39 kg/m<sup>2</sup> e diabetes mellitus tipo 2 consulta porque ten unha A1c de 7.7%. Está a tratamento con metformina. Ten unha presión arterial de 123/68 mmHg, non ten microalbuminuria nin retinopatía diabética nin tampouco outros factores de risco cardiovascular. ¿Cal sería a súa elección terapéutica para mellorar o control metabólico? (2024 enero)

- a) Engadir pioglitazona.
  - b) Engadir un iSGLT2.
  - c) Engadir un iDPP4.
  - d) Engadir semaglutida (arGLP1). \*
  - e) Engadir insulina pancreática de 65 anos, cun un MC de 40 kg/m<sup>2</sup>, ten unha diabetes mellitus tipo 2n microalbuminuria.
- en paciente con DM2 que necesitan maior redución glucosa de la que se puede obtener con gentes orales se prefiere arGLP1.

. Un home de 62 anos, con diabetes mellitus tipo 2, un IMC de 42 kg/m<sup>2</sup>, sen enfermidade cardiovascular aterosclerosa (ECVA) establecida, nin indicadores de alto risco de ECVA nin enfermidade renal crónica presenta unha A1c de 7.8% estando a tratamento con metformina. Entre as que se citan, ¿cál debería ser a súa actitude terapéutica? (2023 junio)

- a) Asociar un arGLP1. \*
- b) Asociar un iSGLT2.
- c) Asociar un inhibidor DPP-4.
- d) Asociar pioglitazona.
- e) Asociar insulina.

\*. Un home de 59 anos con diabetes mellitus tipo 2 acude a consulta derivado por Atención Primaria porque ten valores elevados de glucemia antes do almorzo (>200 mg/dL) e unha Hb A1c de 8.4%. O doente ten un IMC de 37 kg/m<sup>2</sup> e unha presión arterial de 145/93 mmHg. O seu FGE é > 90 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> e ten un cociente albúmina:creatinina de 80 mg/g. Recibe tratamento con metformina, un iDPP4 e ramipril. Máis alá de insistir nos cambios de estilo de vida, das que se citan, ¿cál sería a actitude terapéutica correcta en este doente? (2024 junio)

- a) Engadir un arGLP1 e un diurético. \*
- b) Engadir un iSGLT2 e un antagonista do receptor dos mineralcorticoides.
- c) Engadir insulina glargina pola noite.
- d) Engadir pioglitazona e un calcioantagonista.
- e) Engadir unha sulfonilurea e un diurético.

\*. ¿En qué situación, e de acordo cas guías de tratamento da diabetes da ADA 2023, remitiría vostede a un doente con diabetes mellitus tipo 2 ao nefrólogo?: (2024 enero)

- a) Se presenta un FGE de 32 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> e un cociente albúmina:creatinina de 15 mg/g.
- b) Se presenta un FGE de 32 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> e un cociente albúmina:creatinina de 45 mg/g.
- c) Se presenta un FGE de 70 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> e un cociente albúmina:creatinina de 320 mg/g. \*
- d) Se presenta un FGE de 48 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> e un cociente albúmina:creatinina de 230 mg/g.
- e) Se presenta un FGE de 41 ml/min/1.73 m<sup>2</sup> e un cociente albúmina:creatinina de 250 mg/g.

→ guías de tratamento da diabetes mellitus tipo 2 da ADA 2023, a remisión ao nefrólogo debería considerarse cando hai sinais de enfermidade renal diabética avanzada, que inclúe:

- FGE < 60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, o que indica posible insuficiencia renal crónica.
- cociente albúmina:creatinina elevado que suxire albuminuria significativa (un valor superior a 300 mg/g de albúmina:creatinina)

. En relación ca nefropatía diabética, é FALSO: (2024 enero)

- a) Conseguir un axeitado control metabólico resulta de suma importancia para evitar a sua aparición.
  - b) O control axeitado da presión arterial reduce o risco de que apareza ou evolucione.
  - c) En diabéticos tipo 2 con microalbuminuria débese bloquear o eixo renina-anxiotensina.
  - d) Todo doente con diabetes mellitus tipo 2 debe ser tratado cun IECA ou ARB para reducir o risco de nefropatía. \*
  - e) En ausencia de depleción de volumen, o aumento da creatinina sérica (<30% non debe levar a interrompir o bloqueio renina-anxiotensina.
- IECA/ARB NO en pacientes con PA/albumina-creatinina/FG NORMAL

. En relación ao tratamento da nefropatía diabética é FALSO: (2023 junio)

- a) Co tratamento con IECA ou ARB esté indicado en doentes con albuminuria >30 mg/g.
- b) O tratamento con IECA ou ARB ten demostrado que resulta eficaz na prevención primaria da enfermidade renal crónica aínda con presión arterial normal. \*
- c) Se non hai datos de depleción de volumen, en doentes con microalbuminuria non se debe suspender o bloqueio renina-aldosterona aínda que haxa pequenos aumentos da creatinina plasmática (<30%).
- d) En doentes dializados o aporte dietético de proteínas debe ser superior a 0.8 g/kg peso /día polo risco de malnutrición.
- e) Os doentes con FGE <30 ml/min/1.72m<sup>2</sup> e/ou macroalbuminuria deben ser remitidos ao nefrólogo.

\*. Que formado ou formatos empresaria como primeira elección pra tratar a un doente con diabetes melitus e antecedentes de ictus e sen microalbuminuria e unha presión arterial de 165/98 confirmada: (2024 enero)

- a) ARB.
- b) Calcioantagonistas.
- c) IECA + calcioantagonista.
- d) ARB + diurético.
- e) "c" e "d" son correctos. \*

. En relación a retinopatía diabética, é FALSO: (2024 enero)

- a) Débese realizar un fondo de olo (FO) a todo diabético tipo 1 no momento do diagnóstico. \*
- b) As mulleres con DM ou DM2 preexistente que estén planexando un embarazo ou que estén embarazadas deben recibir asesoramiento sobre o risco de ca RD apareza ou progrese.
- c) Os diabéticos tipo 2 deben someterse a un FO por un oftalmólogo no momento do diagnóstico de diabetes.
- d) Os FOs deben realizarse antes do embarazo ou no 1º trimestre en doentes con diabetes, e logo débese monitorizar ás doentes cada trimestre e durante 1 ano despois do parto, segundo o grao de retinopatía.
- e) Se non hai evidencia de retinopatía en un ou máis FO anuais e a glucemia está ben controlada, pódese considerar a detección cada un ou dous anos.

→ retinopatía diabética = adultos DM1 fondo de ojo en 5a post Dx DM

\*. Unha muller de 88 anos consulta por diabetes mellitus tipo 2. Está a tratamento con metformina, dapaglifozina e 10 unidades de insulina glargina as 23 horas. A doente está nun peso estable e refire episodios de hipoglucemia ben percibidos, a miúdo de madrugada, 1-2 por semana. Analítica: A1c: 5.5%, FGE: 54 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>. ¿Cál sería a sua actitude con esa doente? (2024 enero)

- a) Non modificar tratamento porque ten un control metabólico óptimo.
- b) Suspender a metformina porque ten un FGE reducido.
- c) Suspender dapaglifozina porque ten un FG reducido.
- d) Cambiar a hora de inxección da insulina a/antes do almorzo pra evitar as hipoglucemias de madrugada.
- e) Suspender a insulina e reavaluar ep 4 meses. \*

→ chatGPT: suspender la insulina podría ser una opción válida si el objetivo es evitar las hipoglucemias recurrentes, ya que la paciente tiene un control metabólico adecuado con una A1c de 5.5% y sus episodios de hipoglucemia son frecuentes, lo que sugiere que la insulina podría no ser necesaria. Además, la paciente tiene un FGE reducido (54 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>), lo que puede hacer que el uso de insulina sea más difícil de manejar sin riesgo de hipoglucemias.

Si se suspendiera la insulina, se podría reevaluar su control glucémico en 4 meses para ver si es posible manejar la diabetes solo con metformina y dapaglifozina, dado que ambos fármacos son adecuados para su función renal actual.

En resumen, la suspensión de la insulina y la reevaluación del tratamiento a medio plazo (4 meses) puede ser una estrategia lógica para reducir el riesgo de hipoglucemias y evaluar si se puede lograr un buen control sin insulina.

\*\*

. Un home de 56 anos, que traballa de albañil, presenta un debut de diabetes mellitus tipo 2. Ten un IMC de 27 kg/m<sup>2</sup> e unha presión arterial de 132/78 mmHg. O doente está asintomático, sen angor, disnea nin claudicación intermitente. Tampouco refire peda da agudeza visual. A súa A1c é de 6.6%. ¿Cál sería a súa actitude terapéutica? (2023 junio)

- a) Iniciar tratamento con un iSGLT2.
- b) Iniciar tratamento con metformina.
- c) Iniciar tratamento cunha sulfonilurea.
- d) Iniciar tratamento cun iDPP4.
- e) Aconsellar perder peso. \*

. En relación ca cirurxía metabólica na diabetes mellitus tipo 2 (Guías ADA): (2023 junio)

- a) Debe recomendarse como unha opción de tratamento da DM2 en suxeitos con un IMC  $\geq$  40 kg/m<sup>2</sup>.
- b) Debe recomendarse como unha opción de tratamento da DM2 en suxeitos con un IMC 35,0- 39,9 kg/m<sup>2</sup> se non consiguen perder peso e mellorar a glucemia por métodos non cirúrxicos.
- c) Pode considerarse como unha opción de tratamento da DM2 en suxeitos con un IMC 30,0 a 34,9 kg/m<sup>2</sup> se non consiguen perder peso e mellorar a glucemia por métodos non cirúrxicos.
- d) "a" e "b" son correctas.
- e) Todas son correctas. \*

. Unha muller de 59 anos con diabetes mellitus tipo 2 e enfermidade cardiovascular aterosclerosa establecida a tratamento con metformina e sitagliptina presenta unha A1c de 7.0%. ¿Cál debería ser a súa actitude terapéutica? (2023 junio)

- a) Non cambiar tratamento.
- b) Asociar un iSGLT2.
- c) Suspender sitagliptina e engadir un arGLP1.
- d) Asociar unha insulina de acción prolongada.
- e) "b" e "c" son correctas. \*

. Un home de 75 anos con diabetes mellitus a tratamento con metformina ingresa por insuficiencia cardíaca. O seu filtrado glomerular é de 55 ml/min/1.72 m. Respecto ao tratamento con fármacos pra diabetes, ¿cal debería ser a súa actitude entre as que se citan? (2023 junio)

- a) Asociar ao tratamento pioglitazona.
- b) Suspender a metformina.
- c) Engadir un arGLP1.
- d) Engadir unha sulfonilurea.
- e) "b" e "c" son correctas. \*

. Un doente diabético cunha enfermidade renal crónica G3b e unha albuminuria de 180 mg/g (Guías ADA): (2023 junio)

- a) Pode reavaliarse cada 2 anos.
- b) Debe reavaliarse anualmente.
- c) Debe reavaliarse cada 6 meses.
- d) Debe reavaliarse cada 4 meses. \*
- e) Debe remitirse ao nefrólogo.

## 17. COMPLICACIONES DM

. En relación ca cetoacidosis diabética, é FALSO: (2024 enero)

- a) Pode aparecer en diabéticos tipo 2 anciáns en presencia de situacións de estrés grave.
- b) A normalización da frecuencia respiratoria sempre é indicativo de boa evolución clínica. \*
- c) As necesidades de reposición de volumen adoltan estar en 6 litros.
- d) Nunca se utilizan insulinas de acción protongada por via intravenosa.
- e) A monitorización da kalemia debe facerse cada 2-4 horas.

→ cetoacidosis = (+)frec DMI - tb DMII personas con larga evolución enfermedad x NO reserva pancreática

→ tto:

- monitorización clínica estricta => k+ = 2-4h
- fluidoterapia = DKA 6L / SHH 9L
- insulina intravenosa = insulina regular (solo está, el resto no i.v.)

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en la cetoacidosis diabética? (2023 junio)

- a) Se trata con insulina y reposición hidroelectrolítica intravenosa.
- b) Se tiene que buscar la causa de la cetoacidosis.
- c) Se debe monitorizar de forma intensa el estado clínico y el cumplimiento del tratamiento farmacológico durante las primeras 24-48 horas tras el diagnóstico.
- d) Las insulinas administradas son rápidas o ultrarrápidas.
- e) Todas son ciertas. \*

→ pa mi que esta pregunta NO es de Araujo que está en español.

## 18. HIPOGLUCEMIA E INSULINOMA

. La triada de Whipple consiste en síntomas de hipoglucemia más corrección de los síntomas con la administración de glucosa y una glucemia menor de: (2024 junio)

- a) 35 mg/dl.
- b) 45 mg/dl.
- c) 55 mg/dl. \*
- d) 65 mg/dl.
- e) 75 mg/dl.

→ hipoglucemia - dx - triada Whipple

1. sintomatología
2. glucemia venosa <55 (lab)
3. corrección síntomas con admin glucosa/glucagón

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? (2024 enero)

- a) La causa más frecuente de la hipoglucemia de causa NO farmacológica es el insulinoma.
- b) La empaglifocina NO provoca hipoglucemia.
- c) La insulina es la causa más frecuente de hipoglucemia.
- d) La prueba para provocación de hipoglucemia en un paciente NO diabético es el test de ayuno.
- e) La glimepirida NO provoca hipoglucemias.

→ hipoglucemia

- dx = tets ayuno (provocación hipoglucemia en NO DM)
- etiología:
- 99% x fármacos = insulina + sulfonilureas (glimepirida) + etanol ...
- insulinoma (tumor productor de insulina) = 5% hipoglucemias - 95% hiperinsulinismo endógeno

\*. ¿Qué fármaco no relacionarías con la presencia de hipoglucemia? (2023 enero)

- a) Insulina.
- b) Diazóxido. \*
- c) Glicacida.
- d) Pentamidina.
- e) IGFI.

. Alumno de medicina de 22 años con DM tipo 1 a tratamiento insulínico está ingresado por apendicetomía. En ayunas y con insulina en los sueros los encuentran inconsciente en la cama del hospital. Avisa al residente de guardia que le realiza una glucemia con un resultado de 20 mg/dl, la actitud a seguir es: (2024 junio)

- a) Glucagón intramuscular.
- b) Avisar a la UGI.
- c) 3 azucarillos por vía oral.
- d) Glucagón intranasal.
- e) 10-20 gr de glucosa iv en bolo.

→ hipoglucemia - tto = si alteración nivel conciencia → glucosa 10-20gr i.v. cada 10' hasta recuperar conciencia (post glucosa oral 5-10%)

. Pepe es un diabético de 88 años a tratamiento con: metformina 0-1-1, empaglifozina 10 mg 1-0-0 e insulina glargina 42 U. todos los días a las 21 horas. A la hora de levantarse la mujer lo encuentra inconsciente en cama. La mujer le determina la glucemia con unas cifras de 26 mg/dl. Lo llevan al Servicio de Urgencias donde se administra glucosa iv y la glucemia pasa a 322 mg/dl pero el paciente mantiene la disminución del nivel de conciencia media hora más tarde. Cuál de las afirmaciones es cierta: (2024 enero)

- a) Tener paciencia porque el paciente con el paso de las horas mejorará su nivel de conciencia.
- b) Tenemos que realizar un TAC cerebral para descartar lesión estructural del SNC. \*
- c) Tenemos que corregir el nivel de glucemia poniendo una bomba de insulina.
- d) Tenemos que valorar rápidamente los niveles de K.
- e) Tenemos que avisar a la UCI.

→ hipoglucemia - tto ⇒ glucosa 10-20gr i.v. cada 10' → paciente NO recupera conciencia en 15-20' = TAC para descartar tumor  
→ pensamos en edema cerebral o lesión estructural sobreañadida.

. Unha muller de 48 anos, sen antecedentes médicos de interés, acude a Urxencias por un cadro de náuseas e vómitos. Está apirética, con presión arterial de 123/68 mmHg e unha frecuencia cardíaca de 78 lpm. A doente ten unha glucemia de 40 mg/dL comprobada varias veces que remonta con dificultade tras administras glucosado 50% por vía intravenosa. Creatinina: 0.5 mg/dL. A gasometría arterial: pH: 6.9 pO<sub>2</sub>: 98 mmHg, pCO<sub>2</sub>: 26 mmHg, HCO<sub>3</sub>: 10 mmol/L, hiato aniónico: 20 mEq/L. Lactado en rango. Cetonuria cetonemia: 1.6 mmol/ (RN: <0.6, Procalcitonina: 0.4 ng/mL. A doente nega inesta de etanol, fármacos ou contacto con produtos de limpeza agás lixivia. Refire estar deprimida polo recente falecemento de xeito súbito do seu home, recoñecendo unha diminución da inxesta nos últimos días. Entre as que se citan, ¿cál lle parece a resposta correcta? (2024 enero)

- a) Ten unha cetoacidosis diabética.
- b) Solicitaria etanol en oríños.
- c) Solicitaria determinación de alcol isopropílico a Toxicoloxía.
- d) Presenta un probable intento autolítico con insulina.
- e) "b" e "c" son correctas. \*

→ hipoglucemia en pacientes NO DM => drogas fármacos = alcohol (inhibe oirubato deshidrogénala + bloques neoglucogénese en hígado).

. Respecto al insulinoma cuál es falsa: (2024 junio)

- a) Suele ser único y benigno.
- b) < 10% so múltiples.
- c) < 10% malignos.
- d) < 10% se dan en contexto la neoplasia endocrina múltiple tipo 1.
- e) < 10% están en el pulmón. \*

→ insulinoma

- únicos + benignos + pequeno tamaño (<2cm)
- <10% múltiples / malignos / NEM1.

. ¿Cuál de estas determinaciones NO tiene valor en el diagnóstico de insulinoma? (2023 junio)

- a) Glucemia de laboratorio en plasma.
- b) Insulina plasmática.
- c) Proinsulina plasmática.
- d) Péptido C plasmático.
- e) Tira de glucemia capilar.

→ insulinoma - dx:

- triada Whipple = síntomas hipogluemia + glucemia venosa <55 + eliminación síntomas con admin glucosa
- analítica = insulina plasmática >3 (x inmunoquimioluminiscencia) + insulina plasmática >6 (RIA) + péptido C >0,2 + proinsulina (insulina + péptido C) >5 + beta hidroxibutirato <2,7

. ¿El tratamiento de elección del Insulinoma es? (2023 junio)

- a) Enucleación del tumor. \*
- b) Pancreatectomía parcial.
- c) Pancreatectomía total.
- d) Diazóxido.
- e) Pentamidina.

→ insulinoma - tto = quirúrgico → si está localizado = enucleación / NO localizado = pancreatectomía distal parcial.

\*. Ante una hipoglucemia por hiperinsulinismo: la diferenciación entre insulinoma o la administración facticia de glimepirida (sulfonilurea), ¿en qué determinación de laboratorio te basarías? (2023 enero)

- a) En la insulina.
- b) En la proinsulina.
- c) En la presencia de glimepirida. \*
- d) En el péptido C.
- e) Beta hidroxibutirato.

## 19. TRATAMIENTO DISLIPEMIAS

. Unha muller de 48 anos, con psoriasis, ten un colesterol-LDL de 168 mg/dL e un risco cardiovascular estimado do 6%. Ademais das modificacións no estilo de vida ¿cál sería a actitude terapéutica? (2024 enero)

- a) Simvastatina 10 mg qd.
- b) Lovastatina 40 mg qd. \*
- c) Atorvastatina 80 mg qd.
- d) Pravastatina 10 mg qd.
- e) Fenofibrato 200 mg qd.

→ prevención 1ª adultos 40-75a → LDLc 70-189mg/dL ⇒ riesgo borderline (5-7,5% ACV) = estatinas intensidad moderada  
→ estatinas

- Alta intensidad = atorvastatina + rosuvastatina
- intensidad moderada = atorvastatina 10-20mg + rosu 5-10 + simvastatina 20-40 + pravastatina 40mg + lovastatina 40-80mg + fluvastatina 40-80 + pitagastatina 1-4
- baja intensidad = simvas 10 + pravas 10-20 + lovas 20 + fluvast 20-40

. Un home de 31 anos, sen factores de risco cardiovascular, consulta porque nunha analítica de empresa se obxetivou un colesterol-LDL de 210 mg/dL. Ademais das modificacións no estilo de vida ¿cál sería a actitude terapéutica? (2024 enero)

- a) Simvastatina 20 mg qd.
- b) Lovastatina 40 mg qd.
- c) Atorvastatina 40 mg qd. \*
- d) Ezetimibe 10 mg qd.
- e) Fenofibrato 200 mg qd.

→ hipercolesterolemia grave = LDLc >190 = estatinas máxima intensidad (pacientes 20-75a)

→ estatinas alta intensidad = atorvastatina (40mg) 80mg + rosuvastatina 20mg (40mg)

. Un home de 73 anos, non diabético e sen ECVA establecida, e a tratamento con losartan presenta un colesterol LDL de 195mg/dL ¿Cál debería ser a súa actitude terapéutica entre as que se citan? (2023 junio)

- a) Non modificar o tratamento xa que ten máis de 70 anos e non é diabético nin ten ECVA.
- b) Iniciar tratamento con inhibidores do PCSK9
- c) Iniciar tratamento con atorvastatina 40 mg qd. \*
- d) Antes de iniciar tratamento farmacolóxico habería que calcular o risco cardiovascular.
- e) Iniciar tratamento con pravastatina 40 mg qd.

→ hipercolesterolemia grave ⇒ pacientes 20-75a con LDLc>190 = tto con estatinas máxima intensidad

\*. Un home de 61 anos, con diabetes mellitus tipo 2, sen antecedentes de enfermidade cardiovascular, acude a revisión. Ten unha PA de 116/65 mmHg. Na súa analítica destaca: A1c: 7.0% LDLc: 92 mg/dL, FGE>90 ml/min/1.73m. E cociente albúmina:creatinina 431 mg/g. Recibe tratamento con metformina, dapagliflozina, semaglutida, atorvastatina 20 mg qd, olmesartan e hidroclorotiazida. Das que se citan, ¿cál sería a actitude? (2024 junio)

- a) Engadir un fibrato.
- b) Engadir un calcioantagonista.
- c) Aumentar a atorvastatina a 40 mg qd.
- d) Remitir a Nefroloxia.
- e) "c" e "d" son correctas. \*

→ DM adulto = objetivo LDL<70 → estatinas

→ microalbuminuria = al nefrólogo

. Un home de 32 anos, cun IMC de 34 kg/m<sup>2</sup>, acude a consulta derivado polo médico de cabeceira porque na analítica da empresa detectaron uns triglicéridos de 967 mg/dL, un HDL-colesterol de 29 mg/dL, e un LDL-colesterol de 66 mg/dL. O doente non fuma e bebe 2 cervexas (de 33 cL) ao día. Non presenta diabetes nin antecedentes de enfermidade cardiovascular, pero sufriu un episodio de pancreatite aguda hai 4 anos debido a hipertrigliceridemia grave. Actualmente non toma ningunha medicación nin sigue ningunha dieta. Das que se citan, ¿cál sería a actitude terapéutica correcta en este doente? (2024 junio)

- a) Indicar dieta de 1500 Kcal cunha redución das grasas, azucres refinados e féculas. Prohibición de alimentos procesados e abstinencia absoluta do consumo de etanol, e reavaliación analítica en 3 meses. \*
- b) Iniciar tratamento con estatinas de alta intensidad e reavaliación analítica en 3 meses.

- c) Iniciar tratamento con fibratos e reavaliación analítica en 3 meses.
- d) Iniciar tratamento con ácidos graxos n-3 e reavaliación analítica en 3 meses.
- e) Iniciar tratamento con fibratos e ácidos graxos n-3 e reavaliación analítica en 3 meses.

→ hipertrigliceridemia - tto

1. Cambios estilo vida (dejar consumo alcohol) = muy importantes y tienen mucha repercusión
2. Importancia dieta = baja en grasas y carbohidratos simples (azúcares refinados) x aumentar mucho TG
3. TGs > 500 = fibratos + omega 3

. Un home de 35 anos con antecedentes de varias pancreatitis agudas por hipertrigliceridemia, cun risco de ECVA do 2% e a tratamento con simvastatina 20 mg qd presenta o seguinte perfil lipídico: Colesterol total: 270 mg/dL, triglicéridos: 2100 mg/dL, colesterol LDL: 128 mg/dL, colesterol HDL: 25 mg/dL. Con esta información ¿cál debería ser a súa actitude terapéutica entre as opcións que se citan? (2023 junio)

- a) Engadir ao tratamento ezetimibe.
- b) Aumentar a dose de simvastatina a 40 mg qd.
- c) Engadir ao tratamento cápsulas de ácidos graxos omega-3.
- d) Engadir ao tratamento un fibrato.
- e) "c" e "d" son correctas. \*

→ hipertrigliceridemia ⇒ TGs > 500 = fibratos + omega3 (+ dieta + NO alcohol)

\*TGs > 1000 = riesgo pancreatitis aguda → fibratos = prevenir pancreatitis aguda

. Un home de 65 anos, cun un IMC de 40 kg/m<sup>2</sup>, ten unha diabetes mellitus tipo 2 e antecedentes de pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia grave. O seu FGE é  $\geq 60$  ml/min/1.73 m<sup>2</sup> e ten microalbuminuria. ¿Qué fármaco para a diabetes estaría contraindicado en este doente? (2024 enero)

- a) arGLP1. \*
- b) iDPP4.
- c) Metformina.
- d) Sulfonilureas.
- e) Insulina.

→ arGLP1 (semaglutide + liraglutide) = contraindicados pancreatitis aguda

. Unha muller de 40 anos con antecedentes de insuficiencia cardiaca en relación a unha cardiopatía isquémica consulta por obesidade (IMC 32 kg/m<sup>2</sup>). A súa presión arterial é de 120/70 mmHg e está a tratamento con bisoprolol, AAS e atorvastatina 40 mg qd. Na analítica destaca: Glucemia en xaxún 103 mg/dL, A1c: 5.9%\* LDL: 68 mg/dL, HDL-colesterol: 46 mg/dL, triglicéridos 123 mg/dL, FGE > 50 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, e cociente albúmina:creatinina 8 mg/g. Das que se citan, ¿cál sería a actitude terapéutica correcta en este doente? (2024 junio)

- a) Dieta e exercicio físico moderado. \*
- b) Dieta e exercicio físico moderado e atorvastatina 80 mg qd.
- c) Dieta e exercicio físico moderado e dapaglifozina.
- d) Dieta e exercicio físico moderado e un iPCSK9.
- e) "b" e "c" son correctas.

→ todo baixo control excepto peso = dieta y ejercicio

## 25. DIABETES INSÍPIDA

. En relación ca diabetes Insípida: (2023 junio)

- a) Na diabetes insípida central o tratamento con desmopresina oral é máis eficaz ca desmopresina intranasal.
- b) Na diabetes insípida central excepcionalmente poderíase empregar clofibrato.
- c) Na diabetes insípida nefroxénica a deshidralación incrementa a osmolaridade urinaria.
- d) Durante a probada sedo, na diabetes insípida dipsoxónica a administración de desmopresina incrementa a osmolaridade urinaria máis dun 20%.
- e) Todas son correctas.

## 26. HIRSUTISMO Y VIRILIZACIÓN

. Respecto al hiperandrogenismo cuál de las siguientes afirmaciones es falsa: (2024 junio)

- a) La causa más frecuente es el síndrome de ovario poliquístico.
- b) Los niveles hormonales se deben realizar en fase folicular.
- c) No puede estar tomado anticonceptivos hormonales.
- d) En caso de obesidad deben perder peso antes. \*
- e) Si el hirsutismo es grave y existe oligomenorrea debe realizarse un estudio hormonal completo.

→ hirsutismo - dx

- hirsutismo grave + datos virilización + alteraciones ciclo menstrual (oligomenorrea, amenorrea) = estudio (+) completo (testosterona total y libre + DHEAs + 17OH + LH + FSH + PRL + HCG HsTs)
- analítica en fase folicular
- antes medir hormonas retirar anticonceptivos (2-3 meses)
- SOP = causa (+) frec de hirsutismo

. La causa más frecuente de hirsutismo en una mujer de 22 años es: (2023 junio)

- a) Hiperplasia suprarrenal congénita.
- b) Uso de anticonceptivos orales.
- c) Síndrome de ovario poliquístico. \*
- d) Tumor suprarrenal.
- e) Uso de anabolizantes.

. La causa mas frecuente de hirsutismo en una mujer de 22 años es: (2021 junio) (2021 enero)

- a) Idiopática.
- b) Hiperplasia suprarrenal congénita.
- c) Tumor ovárico.
- d) Tumor suprarrenal.
- e) Síndrome de ovario poliquístico. \*

. Paciente de 20 años que acude a consulta por síntomas de hiperandrogenismo presenta un índice de Ferriman de 20 ¿Cuál es la causa más frecuente? (2023 enero)

- a) Síndrome de ovario poliquístico. \*
- b) Hipertricosis.
- c) Administración de anticonceptivos orales.
- d) El índice de Ferriman es normal y no tiene nada.
- e) Hiperplasia suprarrenal congénita.

. Paciente con 22 años con vello corporal en cara, línea alba, muslos y región periareolar desde la menarquia. Ícelos en oligomenorrea. A la exploración peso 85 kg talla 1,59. Índice de Ferriman 18 puntos. En la analítica destaca estudio hormonal normal excepto LH 2 mU/ml y FSH 8 mU/ml y testosterona de 0.4 ng/ml (0.1-0.3). El diagnóstico más probable es: (2024 enero)

- a) Es normal.
- b) Hipertecosis ovárica.
- c) Tumor suprarrenal.
- d) Tumor ovárico.
- e) Síndrome de ovario poliquístico. \*

→ LH/FSH >2 = SOP

. ¿Cuál es la hormona que se utiliza para el diagnóstico de la hiperplasia suprarrenal congénita por déficit del 21 alfa hidroxilasa? (2021 enero)

- a) DHEA-S.
- b) Androstendiona.
- c) Cortisol.
- d) 17 hidroxiprogesterona. \*
- e) Testosterona.

. Paciente de 22 años con HSC en forma "no clásica" o de inicio tardío. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? (2021 junio)

- a) Se debe hacer siempre en diagnóstico genético.
- b) En función de los síntomas se puede dar tratamiento farmacológico.
- c) Da igual la mutación que tenga la madre.
- d) El padre no juega ningún papel en la transmisión de la enfermedad.
- e) Las dos últimas son falsas. \*

. Paciente con 61 años con menopausia a los 52 años comienza a desarrollar vello corporal en cara, región anterior del tórax y espalda. En la analítica destaca estudio hormonal normal excepto LH y FSH bajas y testosterona de 4.5 ng/ml (0.1-0.6). El diagnóstico más probable es: (2021 enero)

- a) Es normal en la menopausia.
- b) Hipertecosis ovárica. \*
- c) Tumor suprarrenal.
- d) Enfermedad de Cushing.
- e) Síndrome de ovario poliquístico.

→ hipertecosis - dx => testosterona >1.5 + LH/FSH bajas-normales

. En el tratamiento del hiperandrogenismo (hirsutismo, acné y alopecia) se puede realizar distintas medidas excepto: (2024 junio)

- a) Administrar empaglifozina. \*
- b) Perder peso.
- c) Fotodepilación.
- d) Administrar acetato de ciproterona.
- e) Administrar espirolactona.

→ hirsutismo - tto

- cambios estilo vida = perder peso como medida principal (al bajar peso mejora híper androgenia o)
- tto cosmético = fotodepilación
- antiandrogénicos = esteroideas (acetato de ciproterona) + no esteroideas (espirolactona)

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en el hiperandrogenismo femenino, es falsa? (2023 junio)

- a) Las determinaciones hormonales se deben recoger en fase folicular.
- b) Las determinaciones hormonales se pueden recoger tomando anticonceptivos orales.
- c) La pérdida de peso, en las pacientes obesas, en un buen tratamiento para la mejoría sintomática.
- d) Se debe de buscar siempre el tratamiento etiológico.
- e) El tratamiento sintomático se realiza con antiandrógenos.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en el hiperandrogenismo femenino, es falsa? (2023 junio)

- a) Las determinaciones hormonales se deben recoger en fase folicular.  
→ coger analíticas hormonales en fase folicular
- b) Las determinaciones hormonales se pueden recoger tomando anticonceptivos orales.  
→ antes de medir hormonas hay que retirar anticonceptivos (2-3 meses)
- c) La pérdida de peso, en las pacientes obesas, en un buen tratamiento para la mejoría sintomática.  
→ insulinoma tto = perder peso (adelgazar) -> media principal (mejora hiperandrogenismo).
- d) Se debe de buscar siempre el tratamiento etiológico.  
→ tto etiológico poco habitual = eliminar ovarios en hipertecosis/tumores o eliminar causa iatrogénica
- e) El tratamiento sintomático se realiza con antiandrógenos.  
→ insulinoma - tto = androgénicos

. Paciente de 22 años con obesidad y Ferriman de 21 acude a consulta siendo diagnosticada de SOP. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? (2021 junio)

- a) Perder peso mejorara el hirsutismo.
- b) Utilizar métodos cosméticos o fotodepilación.
- c) Utilizar anticonceptivos.
- d) No hacer nada ya que mejorará con los años. \*
- e) Utilizar antiandrógenos.

\*. ¿Cuál NO es tratamiento del hirsutismo? (2023 enero)

- a) Perder peso.
- b) Fotodepilación.
- c) Sitagliptina. \*
- d) Acetato de ciproterona.
- e) Flutemida.

## 27. NUTRICIÓN

. La valoración del estado nutricional: (2018 junio) (2018 enero) (2017 junio) (2017 enero) (2013 junio) (2013 enero)

- a) No es necesaria si el paciente lleva sólo 1 semana sin comer.
- b) Debe formar parte de la valoración clínica de todos los pacientes. \*
- c) No debe incluir datos analíticos.
- d) Requiere el uso de sofisticados aparatos.
- e) No debe tener en cuenta los antecedentes, sólo debe atender al problema actual.

. Entre los siguientes parámetros, indique el que cree que refleja mejor la composición corporal: (2024 junio)

- a) Peso.
- b) Porcentaje de grasa. \*
- c) Índice de masa corporal.
- d) Índice creatinina-altura.
- e) Altura.

. Entre Los siguientes parámetros, indique el que cree que refleja mejor la composición corporal: (2023 junio)

- a) Peso.
- b) Índice de masa corporal.
- c) Porcentaje de grasa. \*
- d) Índice creatinina-altura.
- e) Altura.

. En cuanto al tratamiento de la obesidad, podemos afirmar: (2024 junio)

- a) Las dietas hipocalóricas con bajo contenido de carbohidratos requieren una supervisión médica estrecha.
- b) Se puede obtener mayor éxito si el tratamiento se realiza por un equipo multidisciplinar.
- c) Un objetivo razonable para la mayoría de los pacientes puede ser una pérdida de peso alrededor del 10% del peso inicial que se pueda mantener con el tiempo.
- d) Las terapias cognitivas del comportamiento son más eficaces que las visitas médicas aisladas.
- e) Todo lo anterior es correcto. \*

. En cuanto al tratamiento de la obesidad, podemos afirmar: (2024 enero)

- a) Las terapias cognitivas del comportamiento son más eficaces que las visitas médicas aisladas.
- b) Las dietas hipocalóricas con bajo contenido de carbohidratos requieren una supervisión médica estrecha.
- c) Un objetivo razonable para la mayoría de los pacientes puede ser una pérdida de peso alrededor del 10% del peso.
- d) Se puede obtener mayor éxito si el tratamiento se realiza por un equipo multidisciplinar.
- e) Todo lo anterior es correcto. \*

. En cuanto al tratamiento de la obesidad, podemos afirmar: (2023 junio)

- a) Las dietas hipocalóricas con bajo contenido de carbohidratos requieren una supervisión médica estrecha.
- b) Se puede obtener mayor éxito si el tratamiento se realiza por un equipo multidisciplinar.
- c) Un objetivo razonable para la mayoría de los pacientes puede ser una pérdida de peso alrededor del 10% del peso inicial que se pueda mantener con el tiempo.
- d) Las terapias cognitivas del comportamiento son más eficaces que las visitas médicas aisladas.
- e) Todo lo anterior es correcto. \*

. Señale la respuesta falsa acerca de la desnutrición: (2024 junio)

- a) La polimedicación se asocia con mayores tasas de desnutrición.
- b) Debe tenerse en cuenta la presencia de inflamación y su intensidad.
- c) La velocidad de la pérdida de peso en función del tiempo no tiene valor en la evaluación del riesgo nutricional. \*
- d) La desnutrición influye negativamente en la evolución clínica.
- e) En su aparición pueden influir factores médicos, psicológicos y sociales.

. Señale la respuesta falsa acerca de la desnutrición: (2024 enero)

- a) La velocidad de la pérdida de peso en función del tiempo no tiene valor en la evaluación del riesgo nutricional. \*
- b) Debe tenerse en cuenta la presencia de inflamación y su intensidad.

- c) La desnutrición influye negativamente en la evolución clínica.
- d) La polimedicación se asocia con mayores tasas de desnutrición.
- e) En su aparición pueden influir factores médicos, psicológicos y sociales.

. Señale la respuesta falsa acerca de la desnutrición: (2023 junio)

- a) La polimedicación se asocia con mayores tasas de desnutrición.
- b) Debe tenerse en cuenta la presencia de inflamación y su intensidad.
- c) La desnutrición influye negativamente en la evolución clínica.
- d) La velocidad de la pérdida de peso en función del tiempo no tiene valor en la evaluación del riesgo nutricional. \*
- e) En su aparición pueden influir factores médicos, psicológicos y sociales.

. Señale la respuesta falsa acerca de la desnutrición: (2021 junio)

- a) Podemos clasificarla en los siguientes tipos: calórica, proteica y mixta.
- b) En su aparición pueden influir factores médicos, psicológicos y sociales.
- c) La polimedicación se asocia con mayores tasas de desnutrición.
- d) La pérdida de peso en función del tiempo no tiene valor en la evaluación del riesgo nutricional. \*
- e) La desnutrición influye negativamente en la evolución clínica.

. Respecto a la administración de alimentos en pacientes con disfagia, señale la recomendación que no debemos dar por aumentar el riesgo de aspiración: (2024 junio)

- a) No emplee pajitas para beber.
- b) Espere a que la boca esté vacía antes de tomar otra cucharada de comida.
- c) No hable hasta completar la deglución.
- d) Tome poca cantidad de una sola vez.
- e) Siempre que sea posible, coma tumbado. \*

. Respecto a la administración de alimentos en pacientes con disfagia, señale la recomendación que no debemos dar por aumentar el riesgo de aspiración: (2023 junio)

- a) No emplee pajitas para beber.
- b) Espere a que la boca esté vacía antes de tomar otra cucharada de comida.
- c) No hable hasta completar la deglución.
- d) Tome poca cantidad de una sola vez.
- e) Siempre que se pueda, coma tumbado. \*

. Entre las siguientes herramientas para evaluar el estado nutricional, una está validada, y es especialmente recomendable en la población de mayor edad. Señale cuál: (2024 junio)

- a) SNA (Short Nutritional Assessment).
- b) MNA (Mini Nutritional Assessment). \*
- c) SNRI (Nutritional Risk Index).
- d) NRS-2002 (Nutritional Risk Score-2002).
- e) MUST (Malnutrition Universal Screening Tool).

. Entre las siguientes herramientas para evaluar el estado nutricional, una está validada, y es especialmente recomendable en la tercera edad. Señale cuál: (2023 junio)

- a) SNA (Short Nutritional Assessment).
- b) NRS-2002 (Nutritional Risk Score-2002).
- c) NRI (Nutritional Risk Index).
- d) MNA (Mini Nutritional Assessment). \*
- e) MUST (Malnutrition Universal Screening Tool).

. Entre las siguientes herramientas para evaluar el estado nutricional, una está validada, y es especialmente recomendable en la tercera edad. Señale cuál: (2021 junio) (2021 enero)

- a) NRI (Nutritional Risk Index).
- b) NRS (Nutritional Risk Score).
- c) MNA (Mini Nutritional Assessment). \*
- d) MUST (Malnutrition Universal Screening Tool).

e) SNA (Short Nutritional Assessment).

→ mini nutritional assessment (MNA)

- valoración nutricional de pacientes geriátricos

- método útil x: estar validado en un gran porcentaje población + no necesita personal sanitario para aplicarlo.

→ NRS = cribado pacientes ingresados agudos en hospitales (cualquier edad).

. En el síndrome de realimentación puede aparecer todo lo siguiente excepto uno: (2024 junio)

a) Hiperfosfatemia. \*

b) Hipomagnesemia.

c) Hipocalemia.

d) Trastornos cardíacos.

e) Edemas.

→ Síndrome de realimentación = condición potencialmente grave que ocurre cuando un paciente desnutrido comienza a recibir nutrición nuevamente (oral, enteral o parenteral). Desencadena alteraciones metabólicas severas debido a un aumento en la actividad metabólica y un cambio en el uso de energía.

Cambios característicos del síndrome de realimentación:

1. Hipofosfatemia: Al reintroducir nutrientes (particularmente carbohidratos), la liberación de insulina lleva al transporte de fosfato al interior de las células para la síntesis de ATP. Esto reduce drásticamente los niveles séricos de fósforo.
2. Hipocalemia: La insulina también promueve la entrada de potasio a las células, causando hipokalemia (baja concentración de potasio en sangre).
3. Hipomagnesemia: El magnesio se utiliza en muchos procesos metabólicos acelerados durante la realimentación, lo que reduce sus niveles séricos.
4. Trastornos cardíacos: La hipofosfatemia, hipokalemia e hipomagnesemia pueden causar arritmias y otros problemas cardíacos.
5. Edemas: La retención de líquidos puede ocurrir debido al aumento de insulina y la alteración en el equilibrio de sodio y agua.

. En el síndrome de realimentación puede aparecer todo lo siguiente excepto uno: (2024 enero)

a) Hipomagnesemia.

b) Edemas.

c) Hiperfosforemia. \*

d) Trastornos cardíacos.

e) Hipocalemia.

. En el síndrome de realimentación puede aparecer todo lo siguiente excepto uno: (2023 junio)

a) Hipomagnesemia.

b) Hiperfosforemia. \*

c) Hipocalemia.

d) Trastornos cardíacos.

e) Edemas.

. En el seguimiento de un paciente diabético que ha sufrido un ictus, tras 3 días desde el inicio de la nutrición enteral el paciente comienza a presentar diarrea líquida en número de 4 deposiciones diarias. Respecto al manejo terapéutico de la diarrea asociada a la nutrición enteral de este paciente, ¿cuál es la respuesta correcta? (2024 junio)

a) La primera prueba diagnóstica a realizar es una colonoscopia total para descartar una enfermedad inflamatoria Intestinal.

b) Debemos iniciar siempre antibióticos de amplio espectro para controlar la disbiosis intestinal que suelen presentar los pacientes diabéticos.

c) La técnica de administración de la nutrición enteral no influye en la aparición de diarrea.

d) El tratamiento más eficaz es la realización de una yeyunostomía.

e) En primer lugar, se debe revisar la medicación concomitante. \*

. En el seguimiento de un paciente diabético que ha sufrido un ictus, tras 3 días desde el inicio de la nutrición enteral el paciente comienza a presentar diarrea líquida en número de 4 deposiciones diarias. Respecto al manejo de la diarrea asociada a la nutrición enteral en este paciente, ¿cuál es la respuesta correcta? (2024 enero)

- a) La primera prueba diagnóstica a realizar es una colonoscopia total para descartar una enfermedad inflamatoria intestinal.
- b) La técnica de administración de la nutrición enteral no influye en la aparición de diarrea.
- c) Debemos iniciar siempre antibióticos de amplio espectro para controlar la disbacteriosis intestinal que suelen presentar los pacientes diabéticos.
- d) En primer lugar, se debe revisar la medicación concomitante. \*
- e) El tratamiento más eficaz es la realización de una yeyunostomía.

. En el seguimiento de un paciente diabético que ha sufrido un ictus, tras 3 días desde el inicio de la nutrición enteral el paciente comienza a presentar diarrea líquida en número de 4 deposiciones diarias. Respecto al manejo terapéutico de la diarrea asociada a la nutrición enteral de este paciente, ¿cuál es la respuesta correcta? (2023 junio)

- a) La primera prueba diagnóstica a realizar es una colonoscopia total para descartar una enfermedad inflamatoria intestinal.
- b) Debemos iniciar siempre antibióticos de amplio espectro para controlar la disbacteriosis intestinal que suelen presentar los pacientes diabéticos.
- c) En primer lugar, se debe revisar la medicación concomitante. \*
- d) El tratamiento más eficaz es la realización de una yeyunostomía.
- e) La técnica de administración de la nutrición enteral no influye en la aparición de diarrea.

. Respecto a las gastrostomías percutáneas en un paciente con cáncer del área ORL, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? (2024 junio)

- a) Se pueden valorar en pacientes que necesitan nutrición enteral a largo plazo y tienen esperanza de vida prolongada.
- b) No producen irritaciones nasales, faríngeas y esofágicas, dejando libre la cavidad oro-faríngea.
- c) Al estar ocultas, están asociadas a menos estigmatización del paciente.
- d) Suelen ser vías de acceso cómodas, permanentes y reversibles con un diámetro mayor que las sondas nasogástricas.
- e) Todas son correctas. \*

. Respecto a las gastrostomías percutáneas en un paciente con cáncer del área ORL, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? (2024 enero)

- a) Se pueden valorar en pacientes que necesitan nutrición enteral a largo plazo y tienen esperanza de vida prolongada.
- b) No producen irritaciones nasales, faríngeas y esofágicas, dejando libre la cavidad oro-faríngea.
- c) Al estar ocultas, están asociadas a menos estigmatización del paciente.
- d) Suelen ser vías de acceso cómodas, permanentes y reversibles con un diámetro mayor que las sondas nasogástricas.
- e) Todas son correctas. \*

. Respecto a las gastrostomías percutáneas en un paciente con cáncer del área ORL, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? (2023 junio)

- a) Se pueden valorar en pacientes que necesitan nutrición enteral a largo plazo y tienen esperanza de vida prolongada.
- b) No producen irritaciones nasales, faríngeas y esofágicas, dejando libre la cavidad oro-faríngea.
- c) Al estar ocultas, están asociadas a menos estigmatización del paciente.
- d) Suelen ser vías de acceso cómodas, permanentes y reversibles con un diámetro mayor que las sondas nasogástricas.
- e) Todas son correctas. \*

. La indicación más frecuente de nutrición enteral en domicilio según el registro NADYA-SENPE es: (2024 junio)

- a) Cáncer colo-rectal.
- b) Disfagia de origen mecánico.
- c) Disfagia de origen neurológico. \*
- d) Intestino corto.
- e) Disgeusia.

. La indicación más frecuente de nutrición enteral en domicilio según el registro NADYA-SENPE es: (2023 junio)

- a) Cáncer colo-rectal.
- b) Disfagia de origen neurológico. \*
- c) Disfagia de origen mecánico.
- d) Intestino corto.
- e) Disgeusia.

. En relación con el contenido de la nutrición parenteral, señale la respuesta falsa: (2024 junio)

- a) Sólo se puede recibir nutrición parenteral durante un periodo máximo de un mes. \*
- b) El correcto cumplimiento de los protocolos de conexión y desconexión reduce el riesgo de infecciones.
- c) La insulina humana regular se puede usar en la mezcla nutricional parenteral.
- d) La nutrición parenteral puede cubrir todos los nutrientes necesarios.
- e) La nutrición parenteral se puede administrar tanto en un hospital como en domicilio.

. En relación con el contenido de la nutrición parenteral, señale la respuesta falsa: (2023 junio)

- a) La nutrición parenteral puede cubrir todos los nutrientes necesarios.
- b) El correcto cumplimiento de los protocolos de conexión y desconexión reduce el riesgo de infecciones.
- c) La insulina humana regular se puede usar en la mezcla nutricional parenteral.
- d) Sólo se puede recibir nutrición parenteral durante un periodo máximo de un mes. \*
- e) La nutrición parenteral se puede administrar tanto en un hospital como en domicilio.

## 29. LIPODISTROFIAS

. A lipodistrofia conxénita xeralizada tipo 1: (2021 junio)

- a) Está causada por variantes no xen PTRF.
- b) Está causada por variantes no xen LMNA.
- c) Está causada por variantes no xen BSCL2.
- d) Está causada por variantes no xen CAV1.
- e) Todas son falsas. \*

→ lipodistrofia congénita generalizada / síndrome de Berardinelli-Seip

- tipo 1 = AGPAT2
- tipo 2 = BSCL2
- tipo 3 = cavolin1
- tipo 4 = PTRF

→ lipodistrofia parcial familiar tipo II / enfermedad de Dunnigan = LMNA

. A síndrome de Berardinelli-Seip tipo 2: (2021 enero)

- a) É un trastorno autosómico dominante
- b) É un trastorno autosómico recesivo. \*
- c) É un trastorno recesivo ligado ao cromosoma X.
- d) É un tipo de lipodistrofia parcial.
- e) É un tipo de lipodistrofia adquirida.

→ lipodistrofia congénita generalizada / síndrome de Berardinelli-Seip

- autosómico recesivo
- tipo 2 (BSCL2)

. Neno de 5 anos que consulta por distensión abdominal e protrusión umbilical. Fillo de pais consanguíneos. Na exploración física destaca unha ausencia xeralizada de tecido adiposo subcutáneo, con cara triangular, pelo rizado, musculatura ben definida, flebomegalia e acantosis nigricans nas axilas e o pescozo. Hepatomeglia de 3 cm baixo a arcada costal. Os pais refire que esta aparencia se iniciou no primeiro ano de vida, e que ademais o neno ten dificultades de aprendizaxe e que prestan un retraso escolar. Con estes datos, ¿cál sería a súa impresión diagnóstica? (2024 junio)

- a) Síndrome de Lawrence.
- b) Lipodistrofia xeralizada adquirida.
- c) Lipodistrofia conxénita xeralizada tipo 1.
- d) Lipodistrofia conxénita xeralizada tipo 2. \*
- e) Lipodistrofia conxénita xeralizada tipo 4.

→ sd Bernardelli-Seip = autosómico recesivo

- 1er año vida
- clínica = ausencia total grasa + musculatura bien definida + flebomegalia + acantosis nigricans + hepatomegalia + hipertensión umbilical
- fenotipo al nacimiento = cara triangular + músculos bien definidos + pelo rizo
- Tipo 2 (+grave) = BSCL2 → retraso mental distinto grado

. Entre as que se citan, ¿qué subtipo de lipodistrofia considérase que é un trastorno polixénico? (2023 junio)

- a) Síndrome de Berardinelli-Seip tipo 1.
- b) Lipodistrofia parcial familiar tipo 1. \*
- c) Enfermedad de Dunnigan.
- d) Síndrome de Barraquer-Simons PUR.
- e) Síndrome de Werner.

→ lipodistrofia parcial familiar tipo 1 / enfermedad de Köbberling = herdanza polixénica.

. Muller de 33 anos que presenta unha marcada ausencia de tecido adiposo en extremidades e rexión glúteo-femoral, acumulación de graxa en cara, sotabarba, axilas e monte de Venus, así como musculatura ben definida, flebomegalia e acantosis nigricans en axilas e caluga. Este fenotipo é altamente suxestivo de: (2022 junio)

- a) Lipodistrofia conxénita xeneralizada.
- b) Lipodistrofia generalizada adquirida.
- c) Lipodistrofia parcial familiar. \*

d) Lipodistrofia parcial adquirida Síndrome de Berardinelli-Seip.

→ Lipodistrofia parcial familiar

- acumulación grasa = cara + pescuezo + axilas + monte de Venus
- acantosis nigricans
- musculatura bien definida
- flebomegalia

. Unha muller de 37 anos consulta por diabetes mellitus. Presenta un IMC de 32 kg/m<sup>2</sup>, acantosis nigricans nas axilas e pescozo, un perímetro abdominal de 110 cm, ausencia de tecido adiposo en cadeiras, rexión glútea e extremidades inferiores, acúmulo de graxa en cara, pescozo e tronco. Musculatura ben definida en extremidades inferiores con hipertrofia de xemellos. Con estos datos, ¿que tipo de lipodistrofia lle suxire este caso? (2024 xunio)

- a) Enfermidade de Dunnigan.
- b) Lipodistrofia parcial familiar tipo 2.
- c) Lipodistrofia parcial familiar tipo 1.
- d) Síndrome de Köbberling.
- e) "c" e "d" son correctas. \*

→ lipodistrofia parcial familiar - tipo 1 / Köbberling (polisémica) = (+) frec → obesidad androide muller (acúmulo grasa en tronco).

. Entre os tipos de lipodistrofia que se citan, ¿en cal non é infrecuente atopar lipomas? (2023 xaneiro)

- a) Lipodistrofia parcial familiar tipo 2. \*
- b) Lipodistrofia congénita xeralizada tipo 1.
- c) Síndrome de Lawrence.
- d) Lipodistrofia xeneralizada adquirida.
- e) Todas son falsas.

→ lipodistrofia parcial familiar = non é infrecuente que parezcan lipodistrofias de rápida evolución e sobre todo en fosas ilíacas.

. En relación coa lipodistrofia parcial familiar tipo 2 ou enfermidade de Dunnigan, é FALSO que: (2021 xunio)

- a) Se trate dunha enfermidade autosómica dominante.
- b) É causada por variantes no xen LMNA.
- c) A perda de tecido adiposo afecta a cara, pescozo, cintura escapular, tronco e extremidades superiores. \*
- d) O fenotipo adoita aparecer nas mulleres durante a puberdade.
- e) É frecuente que se asocie con resistencia á insulina.

→ lipodistrofia parcial familiar

- perda tecido adiposo = membros inferiores (cadeiras + nalga)
- acumulación gafa = cara + pescuezo + labios maiores + lombo + axilar + parte superior espalda + monte de Venus
- comorbilidades = trastornos metabólicos (resistencia insulina)
- mulleres presentan fenotipo en adolescencia

→ lipodistrofia parcial familiar tipo II = enfermidade de Dunnigan

- aparece na puberdade
- herencia autosómica dominante
- alteracións LMNA

. Muller de 27 anos que consulta por perda de graxa na cara. A doente refire co caso empezou sobre os 6 anos e foi empeorando co tempo. Na exploración física a doente ten un IMC de 24 kg/m<sup>3</sup>, e unha ausencia de tecido adiposo subcutáneo que afecta a cara, cintura escapular e extremidades superiores. O tecido adiposo en cadeiras, glúteos e extremidades inferiores é normal. Con estes datos, ¿que tipo de lipodistrofia lle suxire este caso? (2024 xunio)

- a) Síndrome de Barraquer-Simons. \*
- b) Enfermidade de Dunnigan.
- c) Lipodistrofia parcial familiar.
- d) Lipodistrofia asociada a MEN2.
- e) Síndrome de Lawrence.

→ lipodistrofia parcial adquirida / sd Barraquer-Simmons

- aparece en infancia
- perda grasa progresión cefalo-caudal = cara - pescuezo - cintura escapular - brazos - tronco ⇒ para en crestas ilíacas

- caso típico = niños sanos que a los 6-8a empiezan a perder grasa en cara

. Na síndrome de Barraquer-Simons é frecuente: (2023 enero)

- a) A aparición de masas lipomatosas no pescozo.
- b) Co fenotipo se faga aparente despois dos 30 anos.
- c) Ca perda de tecido adiposo se observe sobre todo nas extremidades inferiores.
- d) Co complemento C3 esté baixo. \*
- e) Todas son correctas.

→ lipodistrofia parcial adquirida / síndrome de Barra-Quer-Simmons

- lipoatrofia aparece en la infancia
- pérdida de grasa progresión cefalo-caudal parando en el tronco + acumulando grasa en las caderas y miembros inferiores.
- C3 bajo = inmunodeprimidos (presentan infecciones de repetición)

. ¿En qué subtipo de lipodistrofia é característico un complemento C3 baixo? (2022 junio)

- a) Síndrome de Lawrence.
- b) Enfermedad de Dunnigan.
- c) Síndrome de Berardinelli-Seip.
- d) Síndrome de Barraquer-Simons. \*
- e) Todas son incorrectas.

. Os piares do tratamento das lipodistrofias son a dieta e o exercicio físico. Non embargantes, certas lipodistrofias poden asociarse a miocardiopatías e/ou altercais do ritmo cardíaco, polo que antes de iniciar un réxime de exercicio físico deben ser avaladas por CardioloXía. ¿Cál ou cais, entre as que se citan, poden presentar alteracións do ritmo cardíaco? (2024 junio)

- a) Enfermedad de Dunnigan. \*
- b) Lipodistrofia Parcial Familiar tipo 3.
- c) Lipodistrofia conxénita xeralizada tipo 1.
- d) Lipodistrofia conxénita xeralizada tipo 3.
- e) "a" e "d" son correctas.

→ lipodistrofias - tto = exercicio físico = cuidado subtipos LMNA y PTRF

- LMNA = lipodistrofia parcial familiar tipo II / enfermedad Dunnigan = (+) riesgo CV
- PTRF = sd Bernardelli-Seip tipo 4 = arritmias cardíacas (muerte súbita)

. A día de hoxe, ¿cal é o único fármaco ou grupo de fármacos aprobado/s para o tratamento das comorbilidades metabólicas das lipodistrofias? (2023 junio)

- a) Leptina recombinante humana. \*
- b) Inhibidores da APO C-III.
- c) Linafarnib.
- d) Inhibidores da farnesiltransferasa.
- e) Todas son falsas.

\*. Entre os que se citan, ¿cál das seguintes entidades clínicas considérase unha síndrome progeroide? (2023 junio)

- a) Síndrome de Bloom.
- b) Síndrome de Lawrence.
- c) Síndrome de Köbberling.
- d) Síndrome CANDLE.
- e) Todas son falsas.

→ progeroide = envejecimiento prematuro (cara sin grasa que da aspecto viejo)

→ x descarte

- sd Lawrence (lipodistrofia adquirida generalizada) = no aparece una afectación generalizada de un día para otro, va avanzando.
- se Köbberling / lipodistrofia parcial familiar tipo 1 = dx en pubertad + papada
- los otros dos no se si los hemos vistos

### 33. CIRUGÍA TIROIDEA Y PARATIROIDEA I: ANATOMÍA Y NÓDULO TIROIDEO

. Señale la FALSA respecto a la vascularización arterial del tiroides: (2024 enero)

- a) Las arterias tiroideas nacen a distancia del tiroides.
- b) Las arterias tiroideas acceden a la glándula por sus polos.
- c) Su disposición tortuosa facilita la movilización de la glándula durante la disección.
- d) La arteria tiroidea superior es rama de la arteria carótida externa en casi el 50% de los casos.
- e) La arteria tiroidea superior se relaciona de forma muy importante desde el punto de vista quirúrgico con el nervio laríngeo recurrente. \*

→ tiroides - vascularización arterial

- nacen a distancia del tiroides
- disposición tortuosa = permite movimientos deglución + facilita movilización glándula en disección
- acceden a glándula por sus polos
- arteria tiroidea superior = rama arteria carótida externa (47%) + relación nervio laríngeo superior
- arteria tiroidea inferior = relación nervio laríngeo inferior/recurrente

. En la clasificación topográfica de los ganglios linfáticos cervicales, el nivel IV corresponde a: (2024 enero)

- a) Ganglios del compartimento central del cuello.
- b) Ganglios yugulares medios (desde la bifurcación carotídea hasta el m. omohioideo).
- c) Ganglios yugulares bajos (M desde el omohioideo hasta la clavícula). \*
- d) Ganglios comprendidos entre el vientre anterior del músculo digástrico y el hioides.
- e) Ganglios yugulares superiores, posteriores al nervio espinal.

→ tiroides drenaje linfático - división cuello regiones ganglionares = nivel:

1. I = a) submentonianos (vientre anterior músculo digástrico - hioides) + b) submandibulares (ambos vientres músculo digástrico - mandíbula)
2. II = yugulares superiores (incluidos ganglios yugulo-digástricos) = a) ant nespinal + b) post nespinal.
3. III = yugulares medios (bifurcación carotídea - omohioideo)
4. IV = yugulares bajos (omohioideo - clavícula)
5. V = triángulo posterior cuello
6. VI = compartimento central
7. VII = mediastino sup

. En relación con el drenaje linfático del tiroides, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?: (2024 enero)

- a) El tiroides tiene gran riqueza de conductos linfáticos intraparenquimatosos: perifoliculares, colectores foliculares y colectores regionales.
- b) La linfa originada en la glándula tiroides fluye en las tres direcciones de espacio.
- c) Los ganglios linfáticos del cuello se agrupan topográficamente en dos compartimentos laterales y un compartimento central.
- d) El compartimento ganglionar lateral está dividido en siete niveles. \*
- e) La afectación metastásica del compartimento ganglionar central resulta difícil de valorar mediante ecografía cervical.

. Los nervios laríngeos inferiores o recurrentes: (2024 enero)

- a) Inervan los músculos cricotiroides.
- b) El recurrente izquierdo rodea la a. subclavia y asciende de nuevo al cuello para alcanzar la laringe.
- c) El nervio laríngeo inferior izquierdo es con frecuencia "no recurrente".
- d) Su lesión produce parálisis de las cuerdas vocales al inervar a todos los músculos intrínsecos de la laringe. \*
- e) Las respuestas a y d son CORRECTAS.

→ tiroides - inervación = nervio laríngeo

- nervio laríngeo superior = rama externa inerva músculo cricotiroides (tensa cuerdas vocales)
- nervio laríngeo inferior
  - derecho = rodea arteria subclavia → asciende cuello
  - izquierdo = rodea cayado aórtico → asciende cuello
  - lesión = afonía ⇒ x inervar casi todos músculos laringe
- nervio laríngeo NO recurrente = exclusivo lado derecho (<1%)

. En relación con el nervio laringeo inferior o recurrente, cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA: (2023 junio)

- a) Tiene su origen en el nervio vago.
  - b) Se encarga de la innervación de todos los músculos intrínsecos de la laringe excepto el músculo cricotiroides.
  - c) El nervio recurrente izquierdo es más corto que el derecho. \*
  - d) La presencia de una arteria subclavia aberrante (arteria subclavia luxoria) se asocia con un nervio laríngeo inferior derecho no recurrente.
  - e) En su recorrido hacia la laringe establece relaciones muy íntimas con las ramas de la arteria tiroidea inferior.
- nervio laríngeo inferior / recurrente:
- se origina = nervio vago (X)
  - derecho = rodea subclavia y asciende cuello
  - izquierdo = Ana hasta cayada aorta, rodea y asciende cuello = (+) largo > nervio laríngeo derecho
  - lesión = afonía → x integrar casi todos músculos intrínsecos laringe
  - 2o segmento = relación arteria tiroidea inferior
- arteria subclavia derecha aberrante = asocia a nervio laríngeo derecho no recurrente.

. Ante un nódulo tiroideo, ¿cuál de los siguientes estudios debe realizarse en primer lugar?: (2024 enero)

- a) Ecografía cervical. \*
- b) Core-biopsia.
- c) Determinación de anticuerpos antitiroideos.
- d) Estudio citológico mediante PAAF (punción aspiración con aguja fina).
- e) Gammagrafía tiroidea.

→ nódulo tiroideo ⇒ exploración x pasos = 1. clínica → 2. eco → 3. citología

→ nódulo tiroideo - ecografía cervical

- se realiza en todos los pacientes (independientemente de que tengan otras pruebas radiológicas realizadas)
- única prueba un determinar cuándo hay un pinchar nódulo x PAAF
- NO indica Cx
- aporta (+) info que exploración física / TC cervical / gammagrafía

. Un hombre de 24 años, sin antecedentes de interés, consulta por notar aumento de volumen cervical anterior. A la palpación presenta un nódulo tiroideo derecho de consistencia firme que asciende con la deglución y no es doloroso. La TSH está ligeramente elevada. La ecografía cervical muestra un nódulo sólido de 35 mm TIRADS 5 en el lóbulo derecho del tiroides, siendo el resto del tiroides normal. ¿Cuál es la conducta más apropiada? (2024 enero)

- a) Realizar una lobectomía con istmectomía diagnóstica.
  - b) Solicitar una PAAF (punción aspiración con aguja fina) guiada con ecografía para estudio citológico del nódulo. \*
  - c) Iniciar tratamiento con levotiroxina.
  - d) Solicitar marcadores tumorales.
  - e) Solicitar TC cervical.
- TR 5 >1cm = PAAF.

. En los nódulos tiroideos menores de 1 cm se realizará PAAF (punción-aspiración con aguja fina): (2024 enero)

- a) Nunca.
  - b) Cuando la sospecha ecográfica de malignidad sea intermedia (TIRADS 4) o alta (TIRADS 5).
  - c) Cuando se identifiquen adenopatías.
  - d) Cuando se advierta extensión extracapsular.
  - e) Las respuestas c y d son CORRECTAS. \*
- TR4/5 = PAAF si >1cm
- nódulo <1cm = PAAF si
- extensión extratiroidea
  - localización subcapsular, adyacente nervio recurrente o tráquea
  - adenopatías
  - FR clínicos / deseo paciente
  - seguimiento

. Ante un diagnóstico citológico Bethesda III (atipia de significado incierto), ¿cuál de las siguientes actitudes es válida?: (2024 enero)

- a) Realizar lobectomía tiroidea diagnóstica.

- b) Si disponemos de pruebas moleculares que nos sugieran benignidad, podemos hacer un seguimiento ecográfico del nódulo cada 1-2 años.
  - c) Repetir la PAAF en 6-12 semanas y si el resultado continúa siendo el mismo (B III), realizar lobectomía con istmectomía diagnóstica.
  - d) Repetir la PAAF en 6-12, semanas y si el patólogo describe cambio oncocítico, realizar lobectomía con istmectomía diagnóstica.
  - e) Todas son CORRECTAS. \*
- Bethesda III = atipia de significado incierto
1. Cx = lobectomía dx
  2. Test moleculares => benigno = ECO/1-2a // sospechoso = Cx
  3. PAARepetir 6-12 meses => benigna (Bethesda II) = ECO/1-2a // atipia (Bethesda III) = test moleculares/Cx // cambio oncocítico = Cx

. 74. Un hombre de 72 años con un nódulo tiroideo derecho, de 4 meses de evolución, de crecimiento progresivo, actualmente de 5 cm,) de consistencia dura. En la analítica destaca una TSH es de 16.4 mUI/L (0.35-5.5). La ecografía muestra un nódulo derecho marcadamente hipoeecóico, sin halo, con un diámetro anteroposterior mayor que el transversal y algunas microcalcificaciones, así como múltiples pequeños nódulos subcentimétricos hipoeecóicos en ambos lóbulos, La PAAF del nódulo dominante es informada como tumor folicular, Bethesda IV. ¿Cuál sería la actuación más lógica? (2023 junio)

- a) Realizar una tiroidectomía total derecha con istmectomía, con intención diagnóstica.
- b) Dado que la TSH es elevada debe realizarse una gammagrafía tiroidea.
- c) El Sexo, la edad, el tamaño, la ecografía, la citología y la presencia de múltiples lesiones aconsejan realizar una tiroidectomía total bilateral de entrada.
- d) La PAAF Informada como tumor folicular tiene una probabilidad alta de tratarse de una lesión benigna, 70% al 85%, por lo que una actitud expectante es una opción recomendable.
- e) Los nódulos subcentimétricos no tienen importancia patológica por lo que una simple enucleación del nódulo derecho es suficiente.

→ lojo pijo! Has visto Bethesda IV y te has tirado de cabeza a lobectomía dx lperol 5cm

→ Bethesda IV = lobectomía dx / tets molecular

→ indicaciones Qx terapéuticas (tiroidectomía total)

- nódulos malignos (BV/VI)
- nódulos BII/III/IV + = grandes (>4cm) + sintomáticos + cosmética
- enfermedad nodular folicular tiroides (BMN) sintomática
- nódulos endotorácicos
- nódulos autónomos = adenoma tóxico + bocio tóxico multinodular
- quistes tiroideos (bocio) = grandes + recidivante + deseo paciente

## 34. CIRUGÍA TIROIDEA Y PARATIROIDEA II: CÁNCER TIROIDEO DIFERENCIADO

. Respecto al carcinoma papilar de tiroides, señale la FALSA: (2024 enero)

- a) Es un tumor tiroideo maligno, bien diferenciado, derivado de células foliculares.
- b) La exposición a la radiación en la infancia y los antecedentes familiares se encuentran entre sus factores de riesgo.
- c) Presenta un perfil mutacional Ras-like, que determina neoplasias bien delimitadas e incluso encapsuladas. \*
- d) Es frecuentemente multifocal y bilateral, en parte consecuencia de su capacidad de invadir los vasos linfáticos.
- e) Su citología característica, con núcleos grandes, ópticamente vacíos, con hendiduras y pseudoinclusiones, en ocasiones permite un diagnóstico de certeza mediante PAAF (punción aspiración con aguja fina).

→ carcinoma papilar tiroides:

- FR = radiación infancia + carcinoma papilar familiar + sd asociados a cáncer tiroides
- patogenia = mutación BRAFV600E
- AP =
- citología = núcleos: grandes + ovales + pseudoinclusiones + en hendidura ("grano café") + ópticamente vacíos (orphan Annie eyes)
- cuerpos Psammoma
- multifocal bilateral
- frecuente metástasis ganglionares

\*. Una mujer de 46 años acude a la consulta refiriendo una tumoración latero-cervical derecha que ecográficamente corresponde con una adenopatía sospechosa en nivel II, con intenso flujo vascular y microcalcificaciones. En el tiroides se detecta únicamente un nódulo subcentimétrico en el polo superior del lóbulo derecho, siendo el resto del tiroides ecográficamente normal. Se realiza PAAF del nódulo tiroideo, que resulta insuficiente para diagnóstico y de la adenopatía, que se informa de metástasis de carcinoma papilar de tiroides con cifras de tiroglobulina en el líquido de lavado de la aguja de más de 3000 ng/ml. ¿Cuál es el siguiente paso en el proceso diagnóstico-terapéutico de esta paciente? (2024 enero)

- a) Repetir la PAAF del nódulo tiroideo hasta obtener un diagnóstico de malignidad.
- b) Tiroidectomía total bilateral y exéresis del ganglio metastásico.
- c) Tiroidectomía total derecha con istmectomía y vaciamiento terapéutico del compartimento lateral derecho.
- d) Tiroidectomía total bilateral con linfadenectomía del compartimento central bilateral y linfadenectomía cervical funcional lateral derecha. \*
- e) Tiroidectomía total bilateral y tratamiento con I131 de la adenopatía metastásica.

→ linfadenectomía - terapéutica (adenopatía = ganglios afectados) => siempre (central y lateral)

. Son ventajas de la tiroidectomía total bilateral en el carcinoma diferenciado de tiroides todas las siguientes, EXCEPTO: (2024 enero)

- a) Evitar la recurrencia en el lóbulo contralateral, dada la frecuente multicentricidad y bilateralidad especialmente en el carcinoma papilar.
- b) Evitar las reintervenciones, lastradas con mayor incidencia de complicaciones quirúrgicas.
- c) Evitar la aparición de metástasis ganglionares. \*
- d) Facilitar la utilización de los niveles de tiroglobulina como como marcador de persistencia o recurrencia tumoral.
- e) Posibilitar la utilización de radioyodo (I131) para detectar y destruir restos de tejido tiroideo normal o metástasis ocultas.

→ tiroidectomía total bilateral (vs lobectomía/istmectomía)

- ventajas

- multicentricidad y bilateralidad NO conocida
- se evita reintervención (tiroidectomía totalizadora, mayor nº complicaciones)
- permite seguimiento con Tg
- permite dx + completar tto con radioyodo

- desventajas

- mayor riesgo lesiones recurrenciales (metástasis ganglionares)
- mayor riesgo hipoparatiroidismo
- hipotiroidismo asegurado

. Respecto a la extensión de la cirugía tiroidea, señale la FALSA. (2024 enero)

- a) La tiroidectomía total bilateral es el tratamiento de los tumores mayores de 4 cm y de aquellos menores de 4 cm con factores de riesgo.

- b) En la patología benigna se aceptan tiroidectomías parciales para evitar la lesión de los nervios laríngeos recurrentes y las paratiroides. \*
- c) La lobectomía tiroidea con istmectomía puede ser un tratamiento suficiente en el carcinoma folicular mínimamente invasivo, sin invasión vascular.
- d) Hablamos de tiroidectomía totalizadora cuando tras diagnóstico de cáncer en una lobectomía con istmectomía, reintervenimos al paciente para completar la tiroidectomía total bilateral.
- e) En el carcinoma diferenciado de tiroides localmente invasivo debe procurarse la exéresis en bloque con el tiroides de todas las estructuras afectadas, conservando en la medida de lo posible la función fonatoria y digestiva.

→ cáncer tiroides - tto

1. Tiroidectomía bilateral total = tumores >4cm + tumores <4cm con FR
2. Tiroidectomía casi total = x riesgo dañar nervio laríngeo recurrente
3. Lobectomía + istmectomía = carcinoma folicular mínimamente invasiva SIN invasión vascular
4. Tiroidectomía totalizadora
5. Tiroidectomía subtotal = contraindicada en cáncer de tiroides
6. Tiroidectomía total ampliada = conservando (si es posible) función vía: aérea + fonatoria + digestiva → indicada: carcinoma localmente invasiva

\*. Una mujer de 25 años presenta un nódulo de 2 cm en el istmo tiroideo, la ecografía informa de una lesión de alto riesgo y de la presencia de dos adenopatías de 1,5cm en el compartimento central del cuello, que tienen forma esférica, con microcalcificaciones y que han perdido el hilio graso, la PAAF del nódulo tiroideo informa de un carcinoma papilar de tiroides, Bethesda VI. ¿Cuál sería el tratamiento quirúrgico más oportuno? (2023 junio)

- a) Dado que la lesión se encuentra en el istmo, entre los dos lóbulos, la mejor opción es la istmectomía.
- b) La tiroidectomía total bilateral.
- c) La tiroidectomía total bilateral con vaciamiento central del cuello. \*
- d) La tiroidectomía total bilateral con vaciamiento central y bilateral funcional.
- e) Tiroidectomía total y vaciamiento radical del cuello ya que se trata de un tumor con gran difusión linfática.

→ cancer tiroides - tto

1. Linfadenectomía total = tumor <4cm con FR
2. Linfadenectomía / vaciamiento ganglionar =

. Una mujer de 29 años, sin antecedentes familiares de patología tiroidea, presenta un nódulo en el lóbulo tiroideo izquierdo de 35 mm con ecografía sospechosa de malignidad, citología obtenida mediante PAAF sugestiva de carcinoma medular de tiroides y una tirocalcitonina de 198 pg/ml. ¿Cuál de las siguientes actuaciones es INCORRECTA en este paciente? (2024 enero)

- a) Debe buscarse una mutación en la línea germinal en el protooncogén RET ya que puede representar el caso índice de una familia.
- b) En el estudio preoperatorio debemos solicitar metanefrinas en sangre y orina para descartar la presencia de feocromocitoma, que, en caso de detectarse, debe ser intervenido previamente.
- c) El tratamiento quirúrgico debe incluir: tiroidectomía total bilateral, vaciamiento central bilateral y vaciamiento funcional lateral derecho.
- d) El tratamiento adyuvante incluye una dosis ablativa con radioyodo (<sup>131</sup>I) y tratamiento con levotiroxina a dosis supresora. \*
- e) El seguimiento se realiza con determinación periódica de niveles de calcitonina.

→ carcinoma medular de tiroides - dx = estudio genético a todos (aunque ni haya antecedentes) para ver mutación protooncogen RET en línea germinal → puede ser caso índice familia

→ carcinoma medular tiroides - tto

- Qx x excelencia

- NO: I-131 / tto supresivo hormonal (levotiroxina) x célula C NO captan yodo ni responden TSH

- antes tto = descartar feocromocitoma → medir catecolaminas en sangre y orina => si operamos 1º CMT sin saber que tiene feocromocitoma podemos provocar muerte x liberación brusca de catecolaminas

- esporádico = tiroidectomía total bilateral (TTB) + vaciamiento compartimento central + vaciamiento lateral (homo lateral si calcitonina >50 / bilateral si calcitonina >200).

. Sobre el carcinoma medular de tiroides, es FALSO: (2023 junio)

- a) Puede no ser palpable.

- b) El tratamiento mínimo del carcinoma modular de tiroides en el que no existe evidencia clínica ni ecográfica de metástasis ganglionares es la tiroidectomía total bilateral con vaciamiento central.
  - c) Las metástasis se tratan con yodo-131. \*
  - d) Secreta calcitonina y, a veces, otras sustancias.
  - e) Puede transmitirse de forma autosómica dominante.
- intento encontrar la explicación de todas las respuestas pero creo que lo imprima te es entender lo siguiente
- carcinoma medular tiroides = NO I-131 x células C NO captan yodo.

. Un paciente de 32 años se presenta con un nódulo tiroideo de 2 cm, una hermana y su madre han sido operadas de un carcinoma medular de tiroides, el estudio del nódulo demuestra que se trata de un carcinoma medular. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?: (2023 junio)

- a) Se produce por una mutación en la línea germinal del protooncogen RET localizado en el brazo largo del cromosoma 10.
- b) Es multicéntrico y bilateral en cerca del 90% de casos. Puede producir metástasis ganglionares muy precozmente. La cirugía con intención curativa incluye: tiroidectomía total bilateral, vaciamiento central y vaciamiento funcional bilateral del cuello. \*
- c) El carcinoma medular de tiroides hereditario es el tumor menos frecuente en la MEN 2a y se asocia al feocromocitoma y tumores hipofisarios y pancreáticos.
- d) En el carcinoma medular de tiroides hereditario, no existe una correlación entre genotipo, fenotipo, edad de presentación y agresividad.
- e) En los pacientes que tienen la mutación, el tratamiento profiláctico debe realizarse entre los 30 y 40 años.

→ carcinoma medular tiroides - origen hereditario

- mutación en línea germinal protooncogen RET (brazo largo cromosoma 10) → mutRET = hiperplasia difusa células
- MEN2a = asociación carcinoma medular tiroides (penetrancia 100%) + feocromocitoma (50%) + hiperparatiroidismo 1º
- bilateral + multicéntrico
- infancia (st MEN2b)
- metástasis ganglionares muy precozmente
- existe correlación entre genotipo (tipo mutación RET) + fenotipo = diferencial edad aparición tumor + agresividad presenta
- tto
- cáncer establecido (cirugía terapéutica) tiroidectomía total bilateral + vaciamiento central + vaciamiento funcional bilateral
- mutación (NO cáncer) = cirugía profiláctica ⇒ TTB

\*. Una paciente de 42 años, operada hace 5 años de un carcinoma papilar de tiroides, se realizó una tiroidectomía total bilateral, vaciamiento central, y vaciamiento funcional lateral derecho por presencia de adenopatías patológicas en el nivel IV derecho. En el último control la tiroglobulina no estimulada es de 80 ng/ml, hasta entonces fue indetectable, los anticuerpos antitiroideos continúan siendo indetectables. En la ecografía se encuentra una adenopatía de 2cm de diámetro supraclavicular izquierda. La citología es hemorrágica y no es diagnóstica, pero la tiroglobulina en el líquido de lavado de la aguja de la punción es de 4800 ng/ml. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?: (2023 junio)

- a) La presencia de una tiroglobulina tan elevada en el líquido de punción de una adenopatía es diagnóstica de metástasis.
- b) El mejor tratamiento es dar otra dosis ablativa de I-131.
- c) Después de un vaciamiento central y lateral derecho no se debe realizar un vaciamiento izquierdo ya que se eliminaría todo el drenaje linfático de la cabeza y cuello.
- d) Está indicado un vaciamiento funcional lateral izquierdo.
- e) La (a) y la (d) son correctas. \*

## 36. CIRUGÍA TIROIDEA Y PARATIROIDEA IV: BOCIO E HIPERTIROIDISMO

. En la clasificación de neoplasias tiroideas de la OMS del 2022: (2024 junio)

- a) La enfermedad nodular folicular tiroidea (antiguo bocio multinodular) se incluye dentro de las neoplasias tiroideas.
- b) El término "bocio" se reserva para el aumento de tamaño de la glándula tiroidea, independiente de su sustrato morfológico.
- c) Es posible la presencia de nódulos proliferativos sin bocio clínico.
- d) La proliferación hiperplásica de las células foliculares se debe a la acción de la TSH, en respuesta por lo general al déficit de yodo.
- e) Todas son CORRECTAS.

. En la clasificación de neoplasias tiroideas de la OMS del 2022: (2024 junio)

- a) La enfermedad nodular folicular tiroidea (antiguo bocio multinodular) se incluye dentro de las neoplasias tiroideas.  
→ clasificación OMS ⇒ neoplasias derivadas de células foliculares = tumores benignos: enfermedad nodular folicular tiroidea
- b) El término "bocio" se reserva para el aumento de tamaño de la glándula tiroidea, independiente de su sustrato morfológico.  
→ crecimiento de la glándula tiroides = bocio.
- c) Es posible la presencia de nódulos proliferativos sin bocio clínico.  
→ enfermedad nodular folicular tiroidea = puede haber nódulos proliferativa sin bocio clínico
- d) La proliferación hiperplásica de las células foliculares se debe a la acción de la TSH, en respuesta por lo general al déficit de yodo.  
→ déficit yodo = causa (+) frecuente de bocio del mundo  
→ déficit yodo = (-) T3/T4 = (+) TSH = (+) tamaño glándula
- e) Todas son CORRECTAS. \*

. Una mujer de 25 años acude a la consulta refiriendo intolerancia al calor, nerviosismo y pérdida de peso en el último año. A simple vista se advierte un bocio grado II y temblor en las manos, que están calientes y húmedas. Presenta una llamativa retracción palpebral con ligero estrabismo que no figura entre sus antecedentes personales. Con estos datos clínicos formulamos nuestra hipótesis diagnóstica y solicitamos pruebas complementarias. Señale la FALSA. (2024 junio)

- a) La concentración plasmática elevada de tiroxina (T4) y baja de TSH nos confirma la tirotoxicosis.
- b) Un aumento difuso en la captación de yodo radiactivo por el tiroides nos confirma el hipertiroidismo.
- c) La presencia de inmunoglobulina estimulante del tiroides (TSI) nos sugiere de ingesta subrepticia de hormonas tiroideas.

\*

- d) La ecografía mostrará un crecimiento difuso de la glándula tiroidea, aunque en nuestro medio no es infrecuente la presencia de nodularidad.
- e) No es necesaria la realización de PAAF (punción aspiración con aguja fina).  
→ tirotoxicosis = consecuencia exposición tisular a exceso hormonas tiroideas (T3, T4)  
- hiperfunción tiroidea = enfermedad Graves + Plummer + adenoma tóxico  
- manifestaciones clínicas = intolerancia calor + taquicardia + temblor + retracción palpebral (oftalmopatía de Graves) + pérdida peso  
→ enfermedad Graves-Basedow:  
- triada = hipertiroidismo + bocio difuso + oftalmopatía de Graves  
- etiopatogenia = autoanticuerpos estimulantes del receptor TSH (TSI) → se une al receptor TSH = (+) T4/T3  
- dx - hormonas = niveles elevados T4 libre y supresión TSH (x feedback negativo)

. Respecto al abordaje quirúrgico del tiroides, señale la CORRECTA: (2024 junio)

- a) Se realiza con anestesia general con relajación muscular.
- b) Puede realizarse abierto por cervicotomía, video asistido, endoscópico cervical directo o endoscópico con acceso remoto.
- c) La ligadura de los pedículos vasculares se realiza en su origen.
- d) La identificación y preservación de los nervios laringeos superiores no es necesaria, ya que únicamente participan en la tensión de las cuerdas vocales.
- e) La preservación de una única paratiroides es suficiente para mantener la calcemia, por lo no es necesario tratar de identificarlas durante la tiroidectomía.

. Respecto al abordaje quirúrgico del tiroides, señale la CORRECTA: (2024 junio)

- a) Se realiza con anestesia general con relajación muscular.

- tiroidectomía = anestesia general Ipero! NMIO (neuromonitorización intraoperatoria) nervio vago, laríngeo superior y recurrente).
- b) Puede realizarse abierto por cervicotomía, video asistido, endoscópico cervical directo o endoscópico con acceso remoto. \*  
→ abordajes quirúrgicos = abierto (cervicotomía) + endoscópicos (videoasistido + endoscópicos directos + endoscópicos con acceso remoto)
- c) La ligadura de los pedículos vasculares se realiza en su origen.  
→ tiroidectomía x cervicotomía = técnica quirúrgica: disección pedículo vascular (se hace cerca glándula tiroides para evitar lesiones estructuras cercanas como nervio laríngeo recurrente).
- d) La identificación y preservación de los nervios laríngeos superiores no es necesaria, ya que únicamente participan en la tensión de las cuerdas vocales.  
→ tiroidectomía => NMIO (neuromonitorización intraoperatoria) - nervio: vago + laríngeo superior + laríngeo recurrente.  
\*identificación visual del n.laríngeo superior = intentamos monitorizarlo, aunque sólo se monitoriza su tiene conexión; con nervio laríngeo recurrente.
- e) La preservación de una única paratiroides es suficiente para mantener la calcemia, por lo que no es necesario tratar de identificarlas durante la tiroidectomía.  
→ tiroidectomía x cervicotomía - técnica Qx = identificación paratiroides (se tiene que indentificar u preservar al máximo)

. Una mujer de 32 años en el primer día post-tiroidectomía total bilateral con linfadenectomía del compartimento central por carcinoma papilar de tiroides, refiere hormigueos alrededor de la boca y en las puntas de los dedos. A la espera del resultado de la calcemia y la PTH postoperatorias ya solicitadas, putamos calcio oral. La paciente empieza con calambres en las piernas, advirtiéndose contracción tetánica de los dedos de las manos, seguidos de forma inmediata por laríngeo espasmo. De las siguientes, señale la actuación prioritaria: (2024 enero)

- a) Revisión quirúrgica inmediata con la sospecha de hematoma astáltico.
- b) Esperar los resultados de la analítica ya extraída para decidir la actuación según el protocolo.
- c) Administrar 500 mL de suero Salino 0.9% con 40 meq de ClK.
- d) Administrar-25 mL de gluconato cálcico al 10% iv. \*
- e) Solicitar valoración urgente por ORL

→ complicaciones tiroidectomía = hipocalcemia - clínica = parestesias (entumecimiento manos y periorales) + tetania  
- tto = gluconato calcio i.v. 10mL

. Nos del Despertar (unidad de recuperación post-anestésica) porque la paciente intervenida avisan por la mañana a la que se le realizó una tiroidectomía total bilateral, presenta drenajes hemáticos abundantes y aumento considerable del volumen cervical. Nuestra actitud inmediata debe ser: (2024 junio)

- a) Solicitar a la guardia de Radiología un TC cervical urgente.
- b) Pedirle a la enfermera que le realice una gasometria arterial para valorar su oxigenación.
- c) Hablar con la guardia de Anestesia para ingresar a la paciente en Reanimación por si fuese necesario intubarla.
- d) Abrir la herida de cervicotomía en la propia cama de la paciente y avisar a la guardia de Anestesia y mientras se prepara un quirófano emergente. \*
- e) Todas son correctas.

→ tiroidectomía - complicaciones => hemorragia postoperatoria - hematoma asfáltico - tto = IUrg Qx! reapertura hematoma (se abren suturas) y drenaje cuello en cama paciente

. ¿Cuál es el tratamiento ideal del Bocio intratorácico, sumergido o retroesternal?: (2023 junio)

- a) Tratamiento con Hormona Tiroidea.
- b) Tratamiento con Yodo Radiactivo.
- c) Tiroidectomía por vía cervical. \*
- d) Tiroidectomía por esternotomía o toracotomía.
- e) Radioterapia.

## 37. CIRUGÍA TIROIDEA Y PARATIROIDEA V: HIPERPARATIROIDISMO

. En el hiperparatiroidismo primario, señale la FALSA. (2024 junio)

- a) Su causa más frecuente es el adenoma paratiroideo único.
- b) Cuando se diagnostica un adenoma único localizado por 2 pruebas de imagen concordantes, se puede realizar un abordaje mínimamente invasivo dirigido a la glándula enferma, idealmente con determinación intraoperatoria de PTH.
- c) Si durante la intervención no encontramos el adenoma o tras la exéresis de un supuesto adenoma los niveles de PTH no descienden según los criterios de Miami, es necesario realizar una exploración cervical bilateral.
- d) El tratamiento de la hiperplasia paratiroidea es paratiroidectomía subtotal o paratiroidectomía total con autoinjerto, con extirpación del ligamento tirotimico y timo.
- e) Si encontramos 2 paratiroides aumentadas de tamaño, debemos extirpar ambas, aunque no identifiquemos ninguna glándula normal.

. En el hiperparatiroidismo primario, señale la FALSA. (2024 junio)

- a) Su causa más frecuente es el adenoma paratiroideo único.  
→ hiperparatiroidismo primario = adenoma único (80-85%)
- b) Cuando se diagnostica un adenoma único localizado por 2 pruebas de imagen concordantes, se puede realizar un abordaje mínimamente invasivo dirigido a la glándula enferma, idealmente con determinación intraoperatoria de PTH.  
→ tto Qx adenoma => intervención dirigida a glándula enferma - requisitos:
  - 1. Localización preoperatoria perfecta (dos pruebas concordantes).
  - 2. Determinación intraoperatoria de PTH (descenso 50% a 10' = criterios Miami).
- c) Si durante la intervención no encontramos el adenoma o tras la exéresis de un supuesto adenoma los niveles de PTH no descienden según los criterios de Miami, es necesario realizar una exploración cervical bilateral.  
→ hallazgos operatorios que obligan a la exploración contralateral = NO descenso PTH
- d) El tratamiento de la hiperplasia paratiroidea es paratiroidectomía subtotal o paratiroidectomía total con autoinjerto, con extirpación del ligamento tirotimico y timo.  
→ Hiperplasia paratiroidea - tto Qx = paratiroidectomía
- e) Si encontramos 2 paratiroides aumentadas de tamaño, debemos extirpar ambas, aunque no identifiquemos ninguna glándula normal. \*  
→ chatGPT = manejo quirúrgico del hiperparatiroidismo primario es fundamental identificar y preservar al menos una glándula paratiroidea funcional (normal), para evitar hipoparatiroidismo postquirúrgico. En caso de encontrar 2 glándulas aumentadas de tamaño, el cirujano debe intentar identificar las otras glándulas antes de decidir extirpar más tejido.

. En el HPTP (hiperparatiroidismo primario) la localización preoperatoria de un adenoma paratiroideo con dos estudios concordantes es imprescindible para: (2024 junio)

- a) Hacer el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario.
- b) Diferenciar el hiperparatiroidismo primario del secundario.
- c) Indicar la intervención quirúrgica.
- d) Evitar la exploración cervical bilateral. \*
- e) Evitar las complicaciones postoperatorias.  
→ hiperparatiroidismo 1º - adenomas - tto qx = exploración cervical unilateral - requisitos:
  - 1. Localizándonos preoperatoria adenoma
  - 2. Determinación intraoperatoria PTH

## 38. ANATOMÍA GLÁNDULAS SUPRARRENALES I: CUSHING

. El hiperaldosteronismo primario: (2024 junio)

- a) Es asintomático.
- b) Se debe habitualmente a un adenoma productor de aldosterona.
- c) La presencia de HTA de difícil control y niveles bajo de potasio, especialmente en pacientes jóvenes, obliga al cribaje bioquímico de hiperaldosteronismo. \*
- d) Una relación aldosterona-renina mayor de 10 es diagnóstica de hiperaldosteronismo.
- e) b y c son correctas.

→ hiperaldosteronismo primario:

- causas = adenoma suprarrenal productor aldosterona (35%) + hiperplasia suprarrenal bilateral / hipo aldosterona o idiopática (60%) + hiperplasia suprarrenal primaria (unilateral) (2%)
- cribaje bioquímico
  - hipertensión + hipokalemia
  - incidentaloma adrenal + hipertensión
  - hipertensión jóvenes <20a
  - hipertensión muy severa y mal controlada
- aldosterona/renina >50 = NO muestreo venoso de ACTH

. Un niño de 7 años presenta hipertensión, taquicardia e inquietud. Con la sospecha de feocromocitoma ¿cual de las siguientes sería la primera prueba que debemos solicitar?: (2024 junio)

- a) RM (resonancia magnética) adrenal.
  - b) Determinación de adrenalinas y noradrenalina en suero.
  - c) Determinación catecolaminas y sus metabolitos en orina. \*
  - d) Determinación de serotonina en suero.
  - e) MIBG (gammagrafía con 131-metayodobencilguanidino).
- feocromocitoma = 85-90% funcionantes (segregan catecolaminas: adrenalina, NA, dopamina)

. Un hombre de 25 años con una masa adrenal izquierda de 6 cm tiene elevada la noradrenalina en orina de 24h, con niveles normales en plasma de 18 hidrocortisona. ¿Cual de los siguientes fármacos debe incluirse en la preparación preoperatoria? (2024 junio)

- a) Fenoxibenzamina 3 semanas antes de la intervención, una vez instaurado el bloqueo beta adrenérgico.
- b) Labetalol en caso de taquicardia una vez instaurado el bloqueo alfa adrenérgico. \*
- c) Espironolactona.
- d) Potasio iv para prevenir la hipopotasemia intraoperatoria.
- e) Todas son falsas.

→ feocromocitoma - tto médico = 1º bloquea alfa-adrenérgico + 2º bloqueo beta adrenérgico (cuando paciente tiene trastornos ritmo)

. Entre las causas del síndrome de Cushing se encuentra: (2024 junio)

- a) Hiperplasia suprarrenal.
- b) Tratamiento crónico con metilprednisolona.
- c) Carcinoma de pulmón de células pequeñas.
- d) Carcinoma suprarrenal.
- e) Todas las anteriores. \*

. ¿Qué diagnóstico debemos sospechar en una mujer de 38 años con HTA, hirsutismo y masa/adrenal de 10cm? (2024 junio)

- a) Mielolipoma.
- b) Carcinoma suprarrenal. \*
- c) Enfermedad de Cushing.
- d) Feocromocitoma.
- e) Tumor carcinoide.

→ carcinoma suprarrenal = signos virilización hacen pensar más en carcinoma adrenal que en adenoma.

. Una mujer de 55 años es derivada a las consultas de Cirugía desde Atención Primaria por sospecha de cólicos biliares. Solicitamos una ecografía abdominal que confirma la presencia de coledocitis y describe la presencia de un nódulo adrenal

derecho de 3 cm, Ni la anamnesis ni la exploración física sugieren patología adrenal. ¿En cuál de los siguientes supuestos estaría indicada la adrenalectomía? (2024 junio)

- a) Estudios hormonales alterados que sugieran un tumor secretor.
- b) Sospecha radiológica de malignidad.
- c) Crecimiento de 1 cm en el siguiente año.
- d) Todos los anteriores. \*
- e) Ninguno de los anteriores.

. Si en el caso anterior estuviese indicada la adrenalectomía, ¿cuál sería el abordaje preferible? (2024 junio)

- a) Retroperitoneoscópico, porque se trata de un tumor pequeño y la recuperación va a ser más rápida.
- b) Laparoscópico transperitoneal para realizar la colecistectomía en el mismo acto quirúrgico.
- c) Abierto si hay sospecha de malignidad y no hay un cirujano experto.
- d) Abierto si el diagnóstico es feocromocitoma.
- e) Son correctas b y c. \*

## 40. TUMORES NEUROENDOCRINOS DEL PÁNCREAS

. Paciente de 60 años de edad con buen estado general. En una tomografía computarizada, hecha en el contexto del seguimiento de un cáncer de colon operado varios años antes, se detecta una tumoración hiperdensa de 15 mm en el cuerpo del páncreas, con dilatación retrógrada del conducto de Wirsung. Se hace una PAAF guiada por ultrasonografía endoscópica cuyo resultado es: tumor neuroendocrino con 15 mitosis por 10 campos de alta resolución y un Ki-67 de 10%. Respecto al planteamiento terapéutico de este paciente, ¿cuál de las siguientes es correcta? (2024 junio)

- a) Se trata de un tumor pobremente diferenciado, por lo que no está indicada la cirugía.
- b) La opción preferente es pancreatomectomía corporocaudal mediante abordaje laparoscópico.
- c) El tratamiento de elección es la enucleación del tumor.
- d) Tratamiento con quimioterapia y posteriormente pancreatomectomía corporocaudal.
- e) Observación y repetición periódica de TC o RMN, porque el tumor es menor de 2 cm.

→ TNEp G2 = Ki67 3-20% + índice mitótico 2-20/10CGA

→ tumores neuroendocrinos pancreáticos G2 = tto Qx

. Paciente de 45 años de edad, con diabetes mellitus y trombosis venosa profunda, pero con buen estado general. En una tomografía computarizada se detecta una tumoración de 3 centímetros localizada en la cabeza del páncreas. Se hace una PAAF de la lesión guiada por ecoendoscopia con el siguiente resultado: tumor neuroendocrino bien diferenciado con 15 mitosis por 10 campos de alta resolución y un Ki-67 de 21%. Según la clasificación de la OMS de 2019, ¿cómo se clasificaría este tumor? (2024 junio)

- a) Tumor neuroendocrino bien diferenciado G2.
- b) Tumor neuroendocrino bien diferenciado G1.
- c) Tumor neuroendocrino funcionante (Glucagonoma) bien diferenciado G2.
- d) Tumor neuroendocrino bien diferenciado G3. \*
- e) Carcinoma neuroendocrino.

→ TNEp G3 = Ki-67% >20 + índice mitótico >20/10CGA

. Como parte del tratamiento de un paciente con tumor neuroendocrino pancreático, ¿en cuál de las siguientes situaciones se puede indicar el trasplante hepático? (2024 junio)

- a) Carcinoma neuroendocrino pancreático con metástasis limitadas al hígado.
- b) Metástasis hepáticas no resecables en una paciente previamente tratada de un tumor neuroendocrino G1 de cabeza de páncreas mediante resección completa, sin evidencia de metástasis extrahepáticas. \*
- c) Tumor neuroendocrino pancreático G3, con metástasis limitadas al hígado.
- d) El trasplante hepático no tiene cabida en el tratamiento de los tumores neuroendocrinos pancreáticos.
- e) a, b y c son correctas.

. Los tumores neuroendocrinos pancreáticos se originan en: (2024 enero)

- a) Islotes de Langerhans.
- b) Células del epitelio del ducto principal.
- c) Células del epitelio del ducto secundario.
- d) Acinos pancreáticos.
- e) Células migradas de la cresta neural. \*

. De los siguientes tratamientos cual indicarias en un tumor neuroendocrino pancreático de 1 cm, con síndrome asociado a hipersecreción hormonal (funcionante): (2024 enero)

- a) Vigilancia.
- b) Somatostatina.
- c) Resección quirúrgica. \*
- d) Omeprazol.
- e) Interferón.

→ indicaciones Cx = TNEp G1>2cm + G1 + TNEpF

. El test de ayuno de 72 horas se utiliza en el diagnóstico del: (2024 enero)

- a) Gastrinoma.
- b) Vipoma.
- c) Somatostatina.

d) Insulinoma. \*

e) Glucoganoma.

→ insulinoma - dx = test ayuno 72h

## 41. CIRUGÍA BARIÁTRICA

. A igual Índice de Masa Corporal, el índice cintura cadera bajo. (2024 junio)

- a) Se relaciona con menor riesgo de síndrome metabólico.
- b) Se relaciona con riesgo de enfermedad metabólica aumentado.
- c) No modifica la información sobre enfermedad metabólica.
- d) Se relaciona con obesidad periférica.
- e) a y d son ciertas. \*

. Paciente a la que se realizó un by-pass gástrico hace años, que acude a consulta por dolor abdominal cólico intenso, en la exploración tiene distensión abdominal. Refiere tener episodios similares desde hace meses. Sospecha una posible oclusión por hernia interna: (2024 junio)

- a) Si la Flix simple muestra gas en colon no hay oclusión de delgado. Es esta situación una TC no aporta más información.
- b) Puede estar ocluida el asa biliopancreática y permeable la alimentaria de la Y de Roux
- c) Si en un TC se observa remolino de los vasos mesentéricos es sugestivo de hernia interna.
- d) Son ciertas b y c. \*
- e) Son todas falsas.

. Contraindicaciones de cirugía bariátrica: (2024 junio)

- a) Paciente con IMC igual o superior a 35 con apnea obstructiva del sueño.
- b) Paciente diabético con IMC igual o superior a 35.
- c) Paciente con IMC igual o superior a 42 y hepatocarcinoma con metástasis.
- d) Paciente con IMC igual o superior a 30 y etilismo activo.
- e) c y d contraindican. \*

. La obesidad morbida no se asocia normalmente a: (2024 junio)

- a) Infertilidad.
- b) Cáncer de mama.
- c) Hipotensión arterial. \*
- d) Reflujo gastro-esofágico.
- e) Todas son correctas.

. A igual peso y estatura, la proporción de grasa corporal en mujeres y hombres: (2024 junio)

- a) No tiene relación con el sexo.
- b) Es inferior en mujeres.
- c) Es superior en hombres.
- d) Es superior en mujeres. \*
- e) Es equivalente.

## 43. MAMA II: DIAGNÓSTICO

. Los programas de detección precoz del cáncer de mama, basados en la mamografía, ¿en qué grupo de edad, entre los siguientes, son especialmente útiles? (2024 junio) (2024 enero)

- a) 30-50 años.
  - b) >40 años.
  - c) 50-70 años. \*
  - d) 70 años.
  - e) En todos los grupos de edad.
- mamografía "screening"
- mujeres 50-70años = reduce mortalidad 20% → grupo que realmente se beneficia
  - mujeres 40-50años = beneficio menos claro → <50a estudiar a mujeres con FR.

## 44. MAMA III: PATOLOGÍA BENIGNA

. ¿Cuál es la respuesta incorrecta sobre el fibroadenoma de mama? (2024 junio)

- a) No es pre-maligno.
  - b) Es la neoplasia benigna más frecuente. \*
  - c) No necesita una extirpación amplia.
  - d) Es indoloro.
  - e) No necesita tratamiento.
- fibroadenoma
- tumor benigno (+) frecuente + 2º tumor (+) frec (después cáncer mamá) => ¡lojo! La diferencia entre el fibroadenoma y el quiste es la edad, a más edad más probabilidad de tener un fibroadenoma/quiste → x ello chatGPT dice que "neoplasia benigna mas frecuente es el quiste"
  - único + duro + solitario + firme + indoloro + móvil (signo ratón)
  - tto = ninguno (ni precisa extirpación)

. ¿Cuál es la respuesta correcta sobre el fibroadenoma de mama? (2024 enero)

- a) Es pre-maligno.
  - b) Necesita extirpación amplia.
  - c) Es doloroso.
  - d) No necesita tratamiento. \*
  - e) Es necesario un seguimiento estricto.
- fibroadenoma = benigno + indoloro + NO tto

. La secreción por el pezón por un solo conducto, de tipo sanguinolento o seroso, ¿a qué diagnóstico corresponde más frecuentemente? (2024 junio)

- a) Ectasia ductal.
  - b) Papiloma intraductal.
  - c) Carcinoma in situ. \*
  - d) Prolactinoma.
  - e) Ninguno de los anteriores.
- secreción x pezón => secreción unilateral tipo sanguinolento = papiloma intraductal
- carcinoma ductal in situ = diagnóstico clínico supone menos del 5% del cáncer de mama, como una masa palpable que aún no rompió la membrana basal, con derrame sanguinolento.

## 45. MAMA IV: CANCER I

. ¿Qué porcentaje aproximado de cáncer de mama se presenta en el momento del diagnóstico en un estadio regional? (2024 junio)

- a) 10%.
- b) 20%.
- c) 30-35% \*
- d) 45-50%.
- e) 60-75%.

→ cáncer mamá - dx

- 50% fase local (circunscritos a mama)
- 30-35% fase regional (diseminado x ganglios linfáticos)
- <% fase metástasis a distancia (estado IV)

. La probabilidad de desarrollar un cáncer de mama en una portadora de la mutación del gen BRCA es en torno a: (2024 enero)

- a) 10-20%.
- b) 30-40%.
- c) 50-85% \*
- d) 90%.
- e) 100%.

→ cáncer mamá - factores genéticos = BRCA → penetrancia (posibilidad desarrollar cáncer mama al heredar este gen) 56%  
= riesgo cáncer 50-70%

. La secreción por el pezón por un solo conducto, de tipo sanguinolento o seroso, ¿a qué diagnóstico corresponde más frecuentemente? (2024 junio)

- a) Ectasia ductal.
- b) Papiloma intraductal.
- c) Carcinoma in situ. \*
- d) Prolactinoma.
- e) Ninguno de los anteriores.

→ secreción x pezón ⇒ secreción unilateral tipo sanguinolento = papiloma intraductal

→ carcinoma ductal in situ = diagnóstico clínico supone menos del 5% del cáncer de mama, como una masa palpable que aún no rompió la membrana basal, con derrame sanguinolento.

. Señale la afirmación incorrecta sobre el carcinoma de mama ductal in situ: (2024 junio)

- a) Su diagnóstico ha aumentado por los programas de cribado.
- b) Supone el 10% del cáncer de mama diagnosticado por síntomas ("clínico"). \*
- c) Suele aparecer en la mamografía como microcalcificaciones.
- d) No debiera haber ganglios linfáticos axilares afectados.
- e) Puede presentar multicentricidad.

→ carcinoma ductal in situ

- tumor circunscrito a membrana basal - sin extravasarla (NO ganglios afectados)
- incidencia está aumentado (se dx muchos)
- dx clínico <5% = masa palpable con derrame sanguinolento
- screening mamografía = 20-25%
- dx precoz con mamografía = microcalcificaciones 75% casos

\*multicentricidad: puede aparecer en diferentes cuadrantes mama

. Un cáncer de mama RE+, RP+/-, HER2-, Ki67 disminuido, corresponde a un tipo molecular: (2024 junio)

- a) Luminal B.
- b) Luminal A. \*
- c) Triple negativo.
- d) HER2 positivo.
- e) Cribiforme

→ luminal A = RE+ / RP+ / HER2- / Ki67 disminuido

→ luminal B = RE+ / RP+ / HER2+ / Ki67 aumentado

. Un cáncer de mama RE+ RP+ HER2- Ki67 4 corresponde a un tipo molecular: (2024 enero)

- a) Luminal B.
- b) Triple negativo.
- c) HER2 positivo.
- d) Cribiforme.
- e) Ninguno de los anteriores. \*

→ RE+ / RP+ / HER2- / Ki67 bajo (<20) = luminal A

. ¿Cuál no es un componente del índice de Nottingham pronóstico en el cáncer de mama? (2024 enero)

- a) Tamaño.
- b) Afectación ganglionar.
- c) Grado histológico.
- d) Tipo histológico. \*
- e) Ninguno de los mencionados.

→ índice de pronóstico de Nottingham y supervivencia = 0,2 x tamaño (cm) x grado histológico x nº ganglios afectados

## 46. MAMA V: CANCER II

. ¿Qué músculo se extirpa en la mastectomía radical modificada? (2024 enero)

- a) Dorsal ancho.
- b) Pectoral mayor.
- c) Pectoral menor.
- d) Serrato.
- e) No se extirpa ningún músculo. \*

→ mastectomía radical modificada = extirpa mama, algunas ocasiones fascia pectoral menor → NO extirpa pectoral mayor.

- Auchincloss o Madden = se extirpa toda la mama + se conservan pectorales + incisión hacia axila extirpa niveles ganglionares I/II (si indicados) → técnica elección (hoy en día)

. ¿Qué tipo de linfadenectomía se realiza en la mastectomía radical modificada? (2024 enero)

- a) Nivel I.
- b) Niveles I y II. \*
- c) Niveles I, II y III.
- d) Ganglio centinela.
- e) Es opcional.

. Con respecto a la cirugía conservadora del cáncer de mama señale la afirmación incorrecta: (2024 junio)

- a) Supervivencia igual a la mastectomía total.
- b) Recidiva local más elevada que la mastectomía total.
- c) Linfadenectomía sistemática similar a la mastectomía radical modificada. \*
- d) Requiere empleo de radioterapia al resto de la mama.
- e) Es obligado conseguir márgenes quirúrgicos libres de tumor.

→ Cx conservadora mama

- condiciones = extirpación local amplia + márgenes libres tumor + linfadenectomía axilar (incisión independiente a la realizada para el tumor)

- asociar radioterapia = conseguir tasas recidiva menores

. Con respecto a la cirugía conservadora del cáncer de mama señale la afirmación incorrecta: (2024 enero)

- a) Supervivencia igual a la mastectomía total.
- b) Recidiva local igual a la mastectomía total. \*
- c) Similar linfadenectomía a la mastectomía radical modificada.
- d) Requiere empleo de radioterapia al resto de la mama.
- e) Es obligado conseguir márgenes quirúrgicos libres de tumor.

. Señale la que mama NO constituye una contraindicación absoluta para la cirugía conservadora del cáncer de: (2024 enero)

- a) Radioterapia previa mama o tórax.
- b) Gestación.
- c) Microcalcificaciones "sospechosas" difusamente distribuidas.
- d) Imposible extirpación completa, con márgenes libres y buen resultado estético.
- e) Tumor > 5 cm. \*

→ cirugía conservadora mama - condiciones

- extirpación local amplia
- márgenes libres tumor
- linfadenectomía axilar

→ mastectomía - indicaciones

1. tumores grandes
2. calcificaciones extensas en mamografía
3. márgenes afectados NO resecables en Cx conservadora
4. radioterapia contraindicada (gestación)
5. deseo enferma (quiere evitar radioterapia)

. ¿Qué tratamiento se aplica, más habitualmente, al carcinoma in situ de la mama? (2024 junio)

- a) Tumorectomía.
- b) Radioterapia.
- c) Mastectomía simple.
- d) Mastectomía radical modificada.
- e) Ninguno de los anteriores. \*

→ carcinoma ductal in situ = 3 opciones terapéuticas

1. extirpación local con márgenes sanos
2. extirpación + radioterapia = opción (+) utilizada
3. mastectomía simple (NO Rx need + menos seguimiento)

. ¿Qué tratamiento se aplica, habitualmente, al carcinoma in situ de la mama? (2024 enero)

- a) Tumorectomía.
- b) Radioterapia.
- c) Tumorectomía + radioterapia. \*
- d) Mastectomía simple.
- e) Mastectomía radical modificada.

→ carcinoma ductal in situ - tto = extirpación + radioterapia => opción (+) utilizada

. Con respecto al cáncer de mama durante la gestación señale la respuesta incorrecta: (2024 enero)

- a) Es raro.
- b) Suelen tener alto grado.
- c) A menudo receptores estrógeno negativos.
- d) Más frecuentes tumores HER2 positivos.
- e) Puede usarse quimioterapia después del primer trimestre.

## 48. CIRUGÍA PLÁSTICA EN PATOLOGÍA MAMARIA

. Señale la respuesta INCORRECTA en relación a la cirugía oncoplástica: (2024 enero)

- a) Son técnicas clásicas de mamoplastia de reducción.
- b) Permiten la restauración del contorno y la fórmula de la mama.
- c) Incluyen técnicas de reconstrucción con implantes mamarios. \*
- d) Son técnicas secundarias a una cirugía conservadora.
- e) La mama a reconstruir suele estar radiada.

→ cirugía oncoplástica:

- reducción mamaria
- reconstrucción del contorno y forma mama (tras llevar a cirugía conservadora mama)
- a día de hoy no debería realizarse una Cx conservadora sin tener en mente técnicas de Cx oncoplástica

. Se consideran ventajas de la reconstrucción mamaria con implantes, todas excepto: (2024 junio)

- a) Técnica quirúrgica sencilla.
- b) Piel de color, textura y sensibilidad semejantes a la piel circundante.
- c) Ausencia de morbilidad en la zona donante.
- d) Con el paso de los años, comportamiento similar al resto de los tejidos y la otra mama. \*
- e) Tanto la duración de la cirugía como el tiempo de ingreso suelen ser cortos.

→ reconstrucción mamaria con implantes - ventajas

- técnica quirúrgica sencilla
- cirugía corta
- corta estancia hospitalaria
- recuperación rápida
- piel de color, tacto y sensibilidad semejantes
- resultados estéticos aceptables
- no morbilidad zona donante

→ reconstrucción mamaria - inconvenientes

- material extraño en cuerpo
- deterioro progresivo del implante
- cambios forma a medio y largo plazo
- complicaciones derivadas implante
- Rt previa/post aumenta índice complicaciones

. La radioterapia sobre la mama tiene relación directa estadísticamente significativa con una de estas implicaciones de los implantes mamarios: (2024 junio)

- a) Rotura del implante.
- b) Contractura capsular. \*
- c) Desinflado del implante.
- d) Infección del implante.
- e) Rotación del implante.

→ contractura capsular => radioterapia (y otros) pueden ocasionar su engrosamiento y retracción.

. Son opciones de reconstrucción autóloga en reconstrucción mamaria todas las siguientes excepto: (2024 junio)

- a) Reconstrucción con colgajo de músculo dorsal ancho.
- b) Reconstrucción con injertos cutáneos. \*
- c) Reconstrucción microquirúrgica con colgajo DIEP.
- d) Reconstrucción con colgajo de músculo recto abdominal.
- e) Reconstrucción con injertos de grasa (lipofilling).

→ reconstrucción mamaria con tejido adiposo

1. reconstrucción con colgajo pediculado dorsal ancho con/sin expansores
2. reconstrucción con colgajo pediculado del recto anterior del abdomen (TRAM: transverse rectus abdominis)
3. reconstrucción con colgajo DIEP (arteria epigástrica inferior profunda) / SIEA (arteria epigástrica inferior superficial)
4. reconstrucción con colgajo SGAP (superior gluteal artery perforator)
5. reconstrucción con colgajo IGAP (inferior gluteal artery perforator)
6. lipofilling/ LIFG

## 7. reconstrucción con colgajo TMG

. La reconstrucción microquirúrgica de la mama puede hacerse con: (2024 enero)

- a) Colgajo de músculo recto abdominal (TRAM).
- b) Colgajo de perforante de la epigástrica inferior profunda (DIEP).
- c) Colgajo de perforante de glúteo mayor.
- d) Colgajo de músculo recto interno de muslo (gracilis).
- e) Cualquiera de ellos puede usarse en reconstrucción microquirúrgica de la mamas. \*

. En una paciente con cáncer de mama que precisa quimioterapia y radioterapia, señale el método de reconstrucción más apropiado: (2024 junio)

- a) Reconstrucción inmediata con expansor y posterior recambio por prótesis definitiva.
- b) Reconstrucción diferida con prótesis definitiva en un tiempo.
- c) Reconstrucción inmediata con expansor-prótesis tipo Becker.
- d) Reconstrucción diferida con expansor-prótesis tipo Becker.
- e) Reconstrucción inmediata o diferida con tejido autólogo. \*

→ cáncer mamá - tto con RT → NO implantes / SÍ tejido autólogo

. Paciente de 40 años con cáncer de mama que va a necesitar radioterapia como tratamiento complementario y que solicita reconstrucción mamaria: (2024 enero)

- a) Puede hacerse reconstrucción inmediata con tejido autólogo.
- b) Puede hacerse reconstrucción diferida con tejido autólogo.
- c) Está indicada reconstrucción diferida con implante mamario.
- d) Cualquiera de ellas es una opción correcta de reconstrucción.
- e) Solo A y B es una opción correcta de reconstrucción. \*

. Un home de 70 anos é remitido ao Servizo de Endocrinoloxía por xinecomastia esquerda de 6 meses de evolución confirmada por mamografía. Non presenta galactorrea. Na exploración física presenta testes en bolsa de 16 mL sen masas palpables. Non outra sintomatoloxía. Está a trataeto con ramipril e metformina. Entre as que se citan, ¿cál debería ser a súa actitude con este doente? (2024 junio)

- a) Dalo de alta por tratarse dunha xinecomastia do ancián.
- b) Solicitar unha ecografía dos testículos.
- c) Solicitar unha determinación de beta-HCG.
- d) Remitido a cirurxía para unha mastectomía.
- e) "b" e "c" sin correctas. \*

. Un home de 18 anos, cun IMC de 21 kg/m<sup>2</sup>, consulta por xinecomastia bilateral de 3 anos de evolución. Non presenta galactorrea, ten vello púbico Tanner 4 e testes en bolsa de 15 ml sen masas palpables. En relación con este caso, e entre as que se citan, ¿cál é a resposta correcta?: (2024 enero)

- a) Probablemente se trate dunha síndrome de Klinefelter.
- b) Solicitaría unha bHCG. \*
- c) Solicitaria unha RNM de hipófisis para descartar un adenoma hipofisario secretor de prolactina.
- d) O daría de alta xa que se trata dunha xinecomastia púberal.
- e) "a" e "b" son correctas.