

**CONVOCATORIA PARA LA PROVISIÓN, MEDIANTE CONCURSO-  
OPOSICION, DE PUESTOS DE TRABAJO DE FEA EN ENDOCRINOLOGIA  
Y NUTRICION PARA EL SNS-O**

PRIMERA PRUEBA

- 1) Diagnóstico diferencial de la ginecomastia:
- 2) ¿Cuáles son las indicaciones de tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario asintomático según el tercer workshop internacional de 2008, publicado en 2009?
- 3) Disfunción tiroidea en pacientes oncológicos tratados con inhibidores de tirosina kinasa
- 4) Carney Complex. Enumerar manifestaciones clínicas endocrinas y no endocrinas de este síndrome.
- 5) ¿Qué características le harían sospechar que un paciente diabético de edad media, en tratamiento con fármacos orales, padece realmente una diabetes tipo LADA (latent autoimmune diabetes in the adult) y cómo trataría de confirmarlo?
- 6) Los pacientes diagnosticados de hipercolesterinemia familiar heterocigota pueden tener niveles muy elevados de LDL- colesterol, por lo que al tratamiento recomendado con estatinas puede ser necesario asociar otros fármacos. ¿qué asociaciones plantearía y cuál sería su eficacia teórica comparada?
- 7) Para el estudio de los síndromes de hipoglucemia espontánea se recomienda la realización del test de ayuno de 72 horas. en el caso de que un paciente presente una glucemia de 35 mg/dl a las 70 horas de ayuno, con elevación de insulina, péptido C y proinsulina, que diagnóstico diferencial se plantearía?
- 8) Características radiológicas diferenciales entre adenoma hipofisario e hipofisitis linfoide
- 9) Opciones terapéuticas en la hiperplasia macronodular bilateral ACTH independiente
- 10) Señale los fármacos que conoce, comercializados o no, que son potencialmente útiles en el tratamiento medicamentoso de la obesidad

**CASO CLINICO***1*

Paciente mujer de 48 años, diagnosticada a los 40 años de hipotiroidismo primario autoinmune, remitida para valoración a nuestra consulta hace 5 años. Hacía tratamiento con 100 mcg de l-T4, bien tolerado, con los siguientes datos de control: T4 libre: 1,7 ng/dL (N: 0,8 a 1,9) y TSH: 0,78 mcUI/mL (N: 0,4 – 4). Se asociaba un cuadro de amenorrea de 1 año de evolución, con FSH: 51,2 UI/L (N: 2 – 21) y LH: 44,5 UI/mL (N: 2,8 – 21).

**Antecedentes personales:**

- Traumatismo craneoencefálico en 1972, que requirió craneotomía evacuadora
- Cólico biliar en 1999 que requirió CPRE
- Litiasis renal con infecciones urinarias de repetición
- Intervenida de rodilla en 2003

En el mes de junio del 2008 presenta molestias abdominales inespecíficas, con aumento del número de deposiciones, líquidas, asociadas a elevación de transaminasas y pérdida de unos 7 kg de peso, por lo que es estudiada en el Servicio de Digestivo. En el estudio gastroscopia y colonoscopia normales. Analítica: Ac antigliadina: 15,5 (N < 10), endomisio: (-) y transglutaminasa 2,89 (N < 10), Cobre: 142 mcg/dL (N: 77 – 129); serologías de virus A,B y C negativos. Ecografía abdominal: normal. TAC: Mínima cantidad de líquido pleural bilateral, hígado, bazo y asas intestinales normales. Glándulas adrenales de pequeño tamaño, sin imágenes de masas.

Es remitida para reevaluación a nuestra consulta, confirmando la normalidad funcional tiroidea, con los siguientes datos bioquímicos: Hemograma y perfil bioquímico: normales. ANA, Ac. Antimitocondriales y anti LKM: negativos. FSH: 65,4 UI/mL y LH: 47,6 UI/mL Cortisol: 1,09 mcg/dL (N: 5 – 25) y ACTH > 1250 pg/mL (N20 – 80).

- 1 - ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha?
- 2 - ¿Cómo completaría el estudio de la paciente?
- 3 - ¿Cuál considera el tratamiento más apropiado?

## CASO N° 2

Mujer de 52 años de edad que consulta por presentar crecimiento de manos y pies e hiperhidrosis. El cuadro data de 2 años de evolución y evoluciona progresivamente. Refiere astenia vespertina leve. No disnea ni edemas maleolares. No aqueja cefalea ni trastornos visuales. Ritmo intestinal normal. Menopausia hace 4 años. Desde entonces refiere sofocos diurnos y nocturnos. Antecedentes personales y familiares sin interés.

A la exploración, IMC de 22 kg/m<sup>2</sup> PA 130/80  
Prognatismo. Buen color de piel y mucosas.  
Bocio difuso grado I. No adenopatías.  
Auscultación cardiopulmonar normal. FC 80 pm  
Abdomen sin visceromegalia ni puntos dolorosos  
Manos y pies grandes. Piel gruesa. No eritema palmar

Analíticamente presenta IGF 850 ng/mL (VN 82-530 ng/mL). GH tras SOG:  
Basal: 17 ng/mL; 30 min. 26 ng/mL; 60 min 22 ng/mL; 90 min 20 ng/mL; 120 min 24 ng/mL.  
Prolactina: 12 ng/mL. Cortisol a las 0800h: 22 mcg/dL; T4 libre y TSH normales.  
Cromogranina A: 82 U/L (VN <18U/L).

Resonancia magnetica hipofisaria: Contenido hipofisario normal. No se observan imágenes compatibles con adenoma ni alteraciones en el area hipotalámica.

TAC cervico toraco abdominal: Pequeño bocio difuso. Campos pulmonares normales. Dudosa imagen de nódulo a nivel de cola de páncreas. Hígado, bazo y suprarrenales normales.

Señale las exploraciones complementarias adicionales que solicitaría, el diagnóstico diferencial que plantea y el tratamiento que recomienda en cada caso.