

CASO PRÁCTICO 1

Mujer de 45 años con antecedentes de HTA y prediabetes que en RMN realizada por dolor lumbar se observa en glándula suprarrenal derecha un conglomerado nodular que en conjunto mide 46x19x29 mm, y en glándula suprarrenal izquierda se identifican 2 nódulos de 34x17 mm y de 26x21 mm, compatibles con adenomas (IMAGEN 1 Y 2)



- 1. En cuanto al estudio hormonal de los incidentalomas adrenales bilaterales. ¿Qué pruebas solicitaría y para qué?**

En la exploración física la paciente presenta giba de búfalo, estrías abdominales rojovinosas y en estudio endocrinológico se objetiva hipercortisolismo (Test Nugent patológico con cortisol tras 1 mg dexametasona de 5.33 mcg/dl) y cortisolurias elevadas (307.5 mcg/24h (75-270, 26/2/18) y 267.6 mcg/24h (75-270, 2/3/18) con ACTH suprimida (< 5). Se realizó gammagrafía yodo-colesterol en abril 2018 objetivándose ambas glándulas suprarrenales engrosadas desde la 72h post-inyección, no se visualizan asimetrías de captación entre ambas glándulas. Se realizó estudio para receptores aberrantes para receptores de vasopresina, GIP, GnRH, TRH, metoclopramida y betaadrenérgicos, siendo todos ellos negativos

- 2. ¿Cuál le parece el diagnóstico más apropiado para esta paciente?**
- 3. ¿Considera necesario completar el estudio radiológico con otras pruebas de imagen, o bien repetir los estudios radiológicos a lo largo del seguimiento?**
- 4. Teniendo en cuenta los resultados del estudio de receptores aberrantes y este cuadro clínico, ¿qué tratamiento considera más adecuado?**

CASO PRÁCTICO 2

Hombre de 34 años remitido a la consulta por presentar cifras de colesterol LDL superiores a 250 mg/dl, de forma persistente. El paciente se encuentra asintomático, pero en la exploración física se aprecia la presencia de manchas induradas blanquecinas en codos, rodillas y párpados. Su TA es de 135/85 mmHg. IMC 23 kg/m². Su padre murió de un infarto de miocardio a la edad de 48 años. En la analítica, realizada en ayunas, destaca un colesterol total de 346 mg/dl, un colesterol LDL de 278 mg/dl, un colesterol HDL de 42 mg/dl, unos triglicéridos de 130 mg/dl y una glucosa de 93 mg/dl. Respecto a la enfermedad que padece este paciente, responda lo siguiente:

Preguntas:

- 1. ¿Qué patología sospechamos?**
- 2. ¿En qué criterios nos tenemos que basar para hacer el diagnóstico?**
- 3. ¿Qué medidas no farmacológicas le recomendaría al paciente?**
- 4. ¿Cuáles son los fármacos más importantes disponibles para el tratamiento de esta patología? (solo mencionarlos)**

CASO PRÁCTICO 3

Mujer de 42 años remitida a consulta de nutrición para valoración nutricional tras cirugía. La paciente fue intervenida dos meses antes de la consulta de una neoplasia gástrica. Se le realizó una gastrectomía total con hallazgo de un adenocarcinoma gástrico T3N2M0. Previamente había recibido quimioterapia neoadyuvante. La paciente refería peso previo al diagnóstico en torno a 62 Kg, no se había pesado después de la cirugía. Comía todo tipo de alimentos, pero prefería triturados por sensación de dificultad para el paso con los sólidos y en algunas ocasiones vomitaba (unas dos veces por semana). En cuanto al ritmo intestinal presentaba 4-5 deposiciones al día, de poca consistencia y color amarillento. Tenía sensación de peristalsis aumentada, meteorismo y autopercepción de ruidos hidroaéreos. Peso 59,8 Kg Talla 155 cm IMC 24,6 kg/m². En la analítica solo destacaba vitamina D 16.40 ng/mL.

Preguntas:

- 1. ¿Cuál es la causa más probable del ritmo deposicional de la paciente y como lo trataría?**
- 2. A los 3 meses la paciente acude a revisión refiriendo aparición de clínica de dumping precoz (puntuación en cuestionario Sigstad 19) ¿Cuáles son los escalones terapéuticos para este síndrome?**
- 3. ¿Qué parámetros analíticos son importantes monitorizar en el seguimiento de los pacientes gastrectomizados?**