

Esta sección ofrece a sus lectores la oportunidad de autoevaluarse a través de un cuestionario de preguntas de Endocrinología General, Endocrinología Infantil o Diabetología. Las preguntas están confeccionadas según el tipo de múltiple elección, solicitándose reconocer, según se especifique, el o los asertos verdaderos o falsos. Las respuestas correctas y el apoyo de una cita bibliográfica que sustenta cada pregunta se encuentran en una página separada.

1. En relación al hipertiroidismo gestacional, se considera falso que:

- a) Siempre debe descartarse enfermedad trofoblástica o embarazo múltiple.
- b) El nadir de supresión de TSH se alcanza junto con el pico de hCG.
- c) La isoforma de hCG que no presenta la porción β -carboxiterminal, tiene más potencia de estimulación del receptor de TSH.
- d) Habitualmente se presenta con bocio.
- e) Ambas opciones c) y d) son falsas.

2. Respecto al hipertiroidismo transitorio que aparece en el curso de la hiperemesis gravídica es falso que:

- a) Se inicia precozmente, entre la 6ª y 10ª semana de gestación.
- b) La TSH sérica podría continuar suprimida o bajo el nivel normal a pesar de la normalización de la T4 plasmática.
- c) Debe ser tratado con drogas antitiroideas antes de la vigésima semana de gestación.
- d) No tiene origen autoinmune.
- e) Siempre considerar los márgenes de referencia específicos de TSH plasmática para cada trimestre de embarazo.

3. Con respecto de los linfomas primarios de tiroides, es incorrecto afirmar que:

- a) Se manifiestan frecuentemente a edades tempranas (< 35 años).
- b) La tiroiditis de Hashimoto es un factor de riesgo asociado.
- c) El más frecuente es el linfoma difuso de células B grandes.
- d) Corresponden a un 1 a 5% de los tumores malignos primarios del tiroides.
- e) Las respuestas a, b, c, son las tres incorrectas.

4. Con respecto a los trastornos tiroideos inducidos por litio, es verdadero que:

- a) La concentración intratiroidea de litio es igual a la plasmática.
- b) Produce disminución en la producción y secreción de T3 y T4.
- c) Hipotiroidismo se desarrolla en un 10% de los pacientes.
- d) Los pacientes pueden desarrollar bocio que es principalmente multinodular.
- e) Es necesario suspender el litio cuando se producen complicaciones tiroideas.

Autoevaluación

5. Debe sospecharse una forma familiar de hiperparatiroidismo primario en todas las siguientes circunstancias, excepto:

- a) Cuando existe una historia familiar de hiperparatiroidismo primario.
- b) Cuando se comprueba histológicamente un adenoma.
- c) Cuando existe compromiso multiglandular.
- d) Cuando el paciente sea niño o adolescente.
- e) Si se presenta en concomitancia con otros tumores, tales como mandibular, tiroideo, enteropancreático, hipofisiario o feocromocitoma.

6. Respecto a la pancreatitis asociado a hipercalcemia e hiperparatiroidismo primario, señale la opción verdadera:

- a) La hipercalcemia es una causa frecuente de pancreatitis aguda.
- b) En animales de experimentación, la pancreatitis se relaciona con el nivel de hipercalcemia.
- c) Un 15% de los hiperparatiroidismos primarios se asocia a pancreatitis aguda.
- d) Actualmente se han comunicado más casos de pancreatitis aguda por hiperparatiroidismo primario que en décadas pasadas.
- e) Generalmente la pancreatitis aguda por hiperparatiroidismo ocurre con hipercalcemias leves.

7. Respecto del hiperparatiroidismo primario en el paciente adolescente, señale la opción verdadera:

- a) Desde el punto de vista histológico la principal causa es la hiperplasia de las paratiroides.
- b) Es una entidad frecuente, así como en el adulto.
- c) Puede estar asociado más frecuentemente que en los adultos a formas familiares como NEM.
- d) La cirugía no siempre está indicada.
- e) La frecuencia de reoperaciones en este grupo etáreo es aproximadamente 5%.

8. En el estudio del hipogonadismo la(s) indicación(es) del test dinámico con hCG (gonadotropina coriónica humana) es (son):

1. En niños para realizar diagnóstico diferencial del origen del síndrome testes ausentes.
 2. Para diagnóstico diferencial de hipogonadismo permanente *versus* pubertad retrasada.
 3. En adultos con hipogonadismo adquirido para realizar diagnóstico diferencial de falla combinada (hipofisaria/testicular) *versus* hipogonadismo secundario.
 4. En adultos con niveles de testosterona disminuidos y niveles de gonadotropinas normales o bajos, para confirmar déficit gonadotropinas.
- a) Sólo I
 - b) I y II
 - c) II, III y IV
 - d) I, II, III
 - e) Sólo II

9. Respecto al síndrome de McCune Albright señale la alternativa incorrecta. Este síndrome se acompaña de:

- a) Hipertiroxinemia.
- b) Exceso de hormona de crecimiento.
- c) Displasia fibrosa poliostótica.
- d) Tumores testiculares u ováricos.
- e) Tumores endocrinos hiperfuncionantes.

10. Existe información contradictoria acerca de la efectividad y seguridad de las dietas con diferente distribución de los nutrientes, utilizadas como tratamiento de la obesidad: Bajas en grasas vs Bajas en carbohidratos. Señale la opción verdadera.

- a) Las dietas pobres en carbohidratos y ricas en grasas se asocian a descenso del Colesterol-HDL.
- b) Los resultados con respecto a la pérdida de peso a los 24 meses son similares independientemente de la distribución de los nutrientes.
- c) Las dietas pobres en grasas se asocian a mayor pérdida de peso en estudios con 24 meses de seguimiento.
- d) Las dietas pobres en carbohidratos y ricas en grasas se asocian a un aumento de los factores de riesgo cardiovascular.
- e) La adherencia a la dieta es significativamente mejor con las dietas pobres en carbohidratos.

11. No se ha definido aún cuál es la alimentación más adecuada para pacientes diabéticos tipo 2 y obesos, que constituyen la mayoría. Señale la opción correcta.

- a) La dieta convencional, con distribución de nutrientes de 50% carbohidratos, 20% proteínas y 30% grasas, se ha mostrado como la más recomendable por sus efectos beneficiosos en el control glicémico y lipídico.
- b) La dieta pobre en carbohidratos no es beneficiosa por su efecto sobre los lípidos a los 2 años de seguimiento.
- c) La dieta mediterránea, con más fibra y ácidos grasos monoinsaturados ha demostrado tener ventajas frente a la dieta convencional.
- d) La dieta mediterránea y la pobre en carbohidratos son buenas alternativas para el tratamiento nutricional habitual de la Diabetes Tipo 2, con posibles ventajas que deben ser demostradas.
- e) Sólo la dieta mediterránea es recomendable.

12. En adición a la hiperglicemia, medida por los niveles de hemoglobina glicosilada A1C, se le atribuye a la variabilidad de la glicemia un papel significativo en la patogénesis de las complicaciones de la diabetes. Señale la opción correcta:

- a) Está demostrado que es un factor importante a largo plazo.
- b) La variabilidad de la glicemia se asocia a disminución del estrés oxidativo.
- c) La variabilidad de la glicemia se asocia a mayor mortalidad (ajustada por hipoglicemia) en diabéticos en Unidades de Cuidados Intensivos.
- d) Su efecto deletéreo se ejerce a través de la mayor frecuencia de hipoglicemia a la que se asocia.
- e) La información apunta a responsabilizar al promedio de la glicemia, más que a la variabilidad de la glicemia.