PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TITULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.
R.D 459/2010, de 16 de abril

CUADERNO DE EXAMEN

ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE**: Compruebe que este cuaderno de examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen a la Mesa.

2. El cuestionario se compone de 70 preguntas más 5 de reserva.

3. La "Hoja de Respuestas" se compone de dos ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. **Recuerde que debe completar sus datos personales y firmar esta Hoja.**

4. **Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario**.

5. **Solo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.

6. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y no olvide completar sus datos personales.

7. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **una hora y media improrrogable y que <u>no dispondrá de tiempo adicional para cumplimentar la hoja de respuestas.</u>**

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?:

A) En la actualidad se distinguen 6 estadios de Diabetes Tipo 1 (DM1).

B) Teplizumab se utiliza en el estadio 2 de la enfermedad para retrasar la progresión a estadio 3 en sujetos de riesgo de DM1 mayores de 8 años (los estudios han demostrado un retraso en la aparición de la DM clínica de unos 2 años).

C) El objetivo del despistaje del riesgo/cribado de DM1 es identificar sujetos en estadios avanzados que ya han tenido varios episodios de cetoacidosis diabética y que han precisado hospitalización.

D) Teplizumab es un anticuerpo monoclonal anti-CD15 de administración diaria vía oral. Su efecto secundario principal es la linfocitosis.

2. La Hemoglobina glicosilada (HbA1c) cuenta con ciertas limitaciones, entre ellas:

A) Es incapaz de abordar la variabilidad glucémica o las hipoglucemias.

B) No es fiable en determinadas condiciones (enfermedad renal avanzada, hemoglobinopatías, etc.)

C) No proporciona datos adicionales para ajustar el régimen de tratamiento cuando sus niveles son elevados.

D) Todas las anteriores son limitaciones de la HbA1c.

3. Identificamos en consulta una paciente "glicadora alta". Señale qué información útil nos aporta este hecho:

A) La paciente tiene más probabilidades de tener complicaciones metabólicas que los glicadores medios y bajos.

B) Hay que tener especial precaución en la intensificación del tratamiento, pues tiene un mayor riesgo de hipoglucemia.

C) Las opciones A) y B) son correctas.

D) Ser glicadora alta no aporta ninguna información útil para el manejo de la paciente.

4. Respecto a las hipoglucemias inadvertidas en pacientes con Diabetes de Tipo 1 (DM1) señale la opción VERDADERA:

A) La hipoglucemia inadvertida se caracteriza por una respuesta contrarreguladora exacerbada.

B) Los sistemas de asa cerrada y la monitorización en tiempo real con alarmas no han demostrado beneficios en el manejo de las hipoglucemias inadvertidas.

C) Los episodios recurrentes de hipoglucemia disminuyen la respuesta simpaticoadrenal y contrarreguladora, lo que hace que los pacientes sean más vulnerables a los episodios de hipoglucemias inadvertidas.

D) La terapia mediante infusión subcutánea continua de insulina (ISCI) no reduce los episodios de hipoglucemias graves.

5. El sistema CamAPS FX:

A) No está aprobado en gestantes y tampoco se recomienda su uso en periodo preconcepcional.
B) No permite configurar objetivos de glucosa inferiores a 120 mg/dl.
C) El sistema no requiere introducir el peso.
D) Cuando se utiliza durante la gestación, se recomienda configurar el objetivo de glucosa de 90 a 100 mg/dl en el primer trimestre y posteriormente reducirlo a 80-90 mg/dl en el segundo y tercer trimestre.

6. Las GUÍA RECORD (2021) da la siguiente recomendación clínica para la práctica del deporte en personas con Diabetes Mellitus:

A) En pacientes con Diabetes tipo 1 o tipo 2 tratados con insulina o secretagogos se aconseja ingerir 15-20 gramos de hidratos de carbono de absorción lenta tras finalizar el ejercicio si la glucemia es inferior a 120 mg/dl.
B) En todos los casos, si la glucemia post ejercicio es inferior a 100 mg/dl se debe administrar glucagón IM de forma profiláctica como prevención de una posible hipoglucemia nocturna.
C) La administración conjunta de carbohidratos con proteínas tras el ejercicio está contraindicada.
D) Un deportista de competición debería evitar la ingesta de carbohidratos las dos horas siguientes a la práctica de ejercicio como medida de prevención de una hiperglucemia tardía.

7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA sobre las DIABETES NEONATALES?:

A) La causa más frecuente de diabetes neonatal permanente es la mutación en el gen KCJN11.
B) La causa más frecuente de diabetes neonatal transitoria es la mutación en 6q24.
C) La mutación activante del gen ABCC8 causa diabetes neonatal.
D) Todas las diabetes neonatales requieren tratamiento con múltiples dosis de insulina para su control.

8. Señale la respuesta FALSA:

A) La intensificación de la dosis de Canagliflozina de 100 a 300 mg/día reduce de forma significativa la Hemoglobina glicosilada (HbA1c) y los pacientes pierden más peso (estudio INTENSIFY).
B) La excreción urinaria de glucosa inducida por Canagliflozina 300 mg es menor que la inducida por Canagliflozina 100 mg.
C) En el estudio SUSTAIN 8 Semaglutida redujo significativamente la HbA1c en mayor medida que Canagliflozina (-1.5% vs. -1.0%; $p<0.0001$), pero ambos grupos mostraron reducción de peso con diferencias no estadísticamente significativas (-4,2 Kg en grupo CANA300 y -5,3 Kg en grupo SEMA).
D) Canagliflozina 300 mg tiene un efecto local sobre el co-transportador SGLT-1 en el intestino, lo que reduce el pico glucémico postprandial.

9. Con respecto a la Finerenona:

A) La gran mayoría de los pacientes presentan ginecomastia como efecto adverso.
B) No permite la activación de SRC-1 y tiene actividad antifibrótica y antiinflamatoria.
C) La doble terapia (finerenona + ISGLT2) reduce los eventos cardiovasculares y renales frente a finerenona en monoterapia.
D) B y C son correctas.

10. Señale la respuesta VERDADERA con respecto al cribado de enfermedad arterial periférica (EAP) en pacientes con diabetes:

A) Nunca debe realizarse en pacientes jóvenes.
B) Si la exploración es normal debe repetirse cada 5-10 años.
C) En pacientes con diabetes y clínica sugestiva de enfermedad arterial periférica, con factores de riesgo e Índice Tobillo- Brazo (ITB) basal normal se puede valorar realizar ITB tras ejercicio para aumentar la sensibilidad.
D) Un ITB menor de 0.4 indica normalidad.

11. En relación con las mutaciones en MC4R en humanos y su implicación en la obesidad monogénica:

A) Las mutaciones de este gen cursan con obesidad leve tardía e hipofagia.
B) Constituye una causa muy poco prevalente de obesidad monogénica asociada a talla baja.
C) Estas mutaciones están implicadas en aproximadamente el 95% de las obesidades severas de inicio en la infancia.
D) Setmelanotida (Imcivree ®) es un agonista selectivo del receptor de melanocortina MC4 que se utiliza para tratar la obesidad grave de origen genético.

12. Señale la respuesta FALSA:

A) Se han comercializado análogos del Péptido Similar al Glucagón tipo 1 (GLP-1) y agonistas duales del Polipéptido Insulinotrópico dependiente de Glucosa (GIP) que reducen la sensación de hambre y contribuyen a una pérdida de peso media del 3-5%.
B) Los estímulos visuales y olfatorios estimulan la secreción exocrina y endocrina, así como la motilidad del tracto gastrointestinal incluso antes de que el alimento esté en la boca.
C) Los péptidos derivados del tracto gastrointestinal son atractivos como objetivo terapéutico para inducir sensación de saciedad.
D) El hipotálamo es una de las regiones clave en la fisiología del apetito.

13. ¿Cuál de los siguientes pacientes considera candidato a CIRUGÍA BARIÁTRICA METABÓLICA (CBM)?

A) Varón de 85 años, pluripatológico y frágil, con obesidad grado I y Diabetes tipo 2 (DM2) con buen control metabólico.

B) Mujer de 35 años, con obesidad grado III, adicta al cannabis y con ingreso reciente en Psiquiatría por psicosis (considerando que la pérdida de peso podría ayudar a la deshabituación del cannabis).

C) Mujer de 40 años, con obesidad grado II y Enfermedad de Cushing (pendiente de tratamiento).

D) Mujer de 56 años, con obesidad grado II, Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) y DM2 con aceptable control metabólico, en la que han fracasado los programas dietéticos y los tratamientos no quirúrgicos y se ha descartado razonablemente patología endocrinológica.

14. El bypass tipo SADIS-S (Single Anastomosis Duodeno-Ileal bypass with Sleeve gastrectomy):

A) Es una técnica únicamente restrictiva.

B) Se puede considerar como una intervención simplificada del cruce duodenal que aporta los beneficios de una derivación biliopancreática con una sola anastomosis y la preservación pilórica.

C) Ninguna opción es cierta.

D) Es menos efectiva que un *Sleeve Gastrectomy* (SG) para conseguir pérdida de peso y remisión de Diabetes tipo 2 (DM2), pero también produce menos malabsorción.

15. ¿En qué situación plantearía un TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO en un paciente con obesidad?

A) Paciente autoexigente, que ha experimentado una adecuada respuesta ponderal tras una cirugía bariátrica, pero quiere conseguir un IMC de 22 kg/m2 para encontrarse más ágil.

B) Paciente con artrosis de rodilla y obesidad grado I que tiene mala adherencia a las consultas médicas, al tratamiento nutricional y conductual.

C) Paciente con obesidad extrema (IMC ≥ 50 kg/m2) que necesiten perder peso de forma previa a una cirugía bariátrica para disminuir la morbimortalidad de ésta.

D) Las opciones B y C son correctas.

16. Con respecto a la REGANACIA PONDERAL tras una cirugía bariátrica, señale la opción FALSA:

A) La pérdida de masa libre de grasa (MLG) tras una cirugía bariátrica aumenta el gasto energético en reposo (GER).

B) La reganancia ponderal puede estar influida por una activación mantenida del circuito de recompensa cerebral.

C) La pérdida de peso exitosa a largo plazo requiere de una buena compresión de las respuestas adaptativas.

D) La reganancia ponderal puede ser atenuada con la ayuda de tratamientos farmacológicos, ejercicio físico y terapia neurocognitiva y conductual.

17. Señale la respuesta VERDADERA sobre la OBESIDAD SARCOPÉNICA:

A) El despistaje de sarcopenia es necesario en el diagnóstico inicial de las obesidades leves, pero hay que tener claro que un paciente con obesidad grado III no puede tener sarcopenia.

B) La medición del perímetro de pantorrilla es una técnica compleja y que no está estandarizada en pacientes con obesidad.

C) La estimación de la función muscular puede realizarse midiendo la fuerza de prensión en miembros superiores con un dinamómetro tipo Jamar ®.

D) Todas las respuestas son verdaderas.

18. Está viendo en consulta a una paciente de 19 años con obesidad grado II. ¿Qué le diría si le preguntase sobre la relación entre obesidad y cáncer?

A) La tranquilizaría, es muy joven y su obesidad no es grado III.

B) La obesidad es una causa modificable de cáncer, pero solo aumenta el riesgo de cáncer colorrectal.

C) En los pacientes con obesidad el tejido graso se vuelve disfuncional y la mayoría de los estudios apuntan a que se liberan proteínas que promueven el desarrollo de tumores.

D) Con ese grado de obesidad está en riesgo de desarrollar cáncer de mama y las estrategias terapéuticas (nutrición, actividad física, fármacos, cirugía bariátrica) ya no pueden reducir el riesgo alcanzado.

19. Según los hallazgos del estudio de Someya y colaboradores (THE BUNKYO HEALTH STUDY, CLINICAL NUTRITION 2022), señale la respuesta VERDADERA:

A) La obesidad sarcopénica no se asoció con deterioro cognitivo.

B) La obesidad sarcopénica se asoció de forma independiente con un aumento de la prevalencia de deterioro cognitivo leve y demencia en comparación con individuos sin obesidad ni sarcopenia.

C) La obesidad sarcopénica es factor protector para el desarrollo de deterioro cognitivo en mujeres ancianas.

D) B y C son verdaderas.

20. Con respecto al SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation) 2, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?

A) Se utiliza en personas con enfermedad cardiovascular establecida.

B) Existen 2 variantes, el SCORE-OP (Old People) y el SCORE-YP (Young People).

C) Utiliza como parámetro lipídico el colesterol no HDL.

D) Utiliza como parámetro lipídico el colesterol total y establece 5 categorías de riesgo (bajo, moderado, alto, muy alto, extremo).

21. Un estudiante de medicina que está rotando con usted le pregunta sobre la cuantificación de Calcio Coronario (CC) y su papel en la evaluación de la enfermedad vascular subclínica. ¿Qué explicación de las siguientes considera FALSA?

A) La principal indicación sería un individuo >40 años, asintomático y de riesgo intermedio.
B) Cuando no existe calcificación alguna (Agatston=0), la probabilidad de lesión obstructiva coronaria es de aproximadamente un 35-40%.
C) Existe un relativo consenso en considerar un CC >100 unidades Agatston como modificador de riesgo, sugiriendo, en estas circunstancias, el inicio de tratamiento con estatinas de alta intensidad, con o sin ácido acetilsalicílico a baja dosis.
D) Un CC >400 unidades Agatston podría justificar la solicitud de un cateterismo cardiaco.

22. En la analítica de su paciente objetiva un valor de Lipoproteína a (Lp(a)) muy elevado. Señale la afirmación VERDADERA:

A) Solicitaría un estudio genético.
B) Los niveles de Lp(a) están determinados genéticamente en un 20%.
C) Pautaría estatinas para disminuir los niveles de Lp(A) y realizaría un control analítico, incluyendo valores de Lp(a), cada 6 meses.
D) Es razonable plantear una determinación de confirmación en determinadas circunstancias, como pueden ser la coexistencia de insuficiencia renal avanzada o síndrome nefrótico, si la primera determinación se ha realizado en la infancia, durante el embarazo o durante un proceso inflamatorio agudo.

23. Señale la afirmación VERDADERA con respecto al ÁCIDO BEMPEDOICO:

A) Es un profármaco de administración subcutánea semanal.
B) Reduce los niveles de colesterol LDL un 60-65%.
C) Lo añadiría a pacientes que no cumplen objetivos lipídicos con Simvastatina 40 mg en monoterapia y tienen antecedentes de hiperuricemia con crisis de gota.
D) Hay que tener precaución en pacientes con antecedentes de rotura de tendón de Aquiles.

24. ¿Qué tratamiento NO le plantearía a un paciente con SITOSTEROLEMIA?

A) Suplementos de esteroles vegetales.
B) Colestiramina.
C) Ezetimiba.
D) Dieta baja en grasas mono y poliinsaturadas de origen vegetal.

25. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

A) Las hipertrigliceridemias primarias se clasifican en dos grandes grupos: monogénicas y poligénicas.
B) La hipertrigliceridemia grave (triglicéridos > 10 mmol/l; 885 mg/dl) generalmente se debe al síndrome de quilomicronemia monogénica y a la quilomicronemia poligénica.
C) En el estudio inicial de causas secundarias de hipertrigliceridemia se tienen que valorar niveles de glucosa y hemoglobina glicosilada (HbA1C), función hepatorrenal, perfil tiroideo y sistemático de orina con albuminuria.
D) Volanesorsén (Waylivra®) está indicado en pacientes con síndrome de quilomicronemia monogénica y su efecto secundario más importante es la trombocitosis.

26. Con respecto a la HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HETEROCIGOTA (HFHe) señale la afirmación VERDADERA:

A) Se produce por mutaciones de pérdida de función en LDLR, APOB y PCSK9.
B) En nuestro medio los criterios clínicos más utilizados son los de la Red Clínica Holandesa de Lípidos (DLCN, Dutch Lipid Clinical Network) y una puntuación menor de 17 excluye la presencia de alteraciones genéticas.
C) Sin tratamiento, los hombres y mujeres con HFHe suelen desarrollar enfermedad coronaria precoz (antes de los de 55 y 60 años, respectivamente).
D) Todas las afirmaciones son verdaderas.

27. Señale la afirmación FALSA:

A) Los valores de albúmina se alteran en procesos inflamatorios agudos.
B) La proteína transportadora de retinol puede ser utilizada como marcador nutricional.
C) La vida media de la prealbúmina es de aproximadamente 60 días.
D) La linfopenia refleja cambios en el estado nutricional.

28. ¿Cuál es la prueba de referencia en el diagnóstico de DISFAGIA OROFARÍNGEA?

A) pHmetría.
B) TAC de cuello.
C) Videofluoroscopia.
D) Pulsioximetría.

29. Señale la afirmación VERDADERA sobre la CALORIMETRÍA INDIRECTA (CI):

A) Se utiliza más en investigación que en la práctica clínica, debido a su coste y a su complejidad.
B) Es el método de determinación del gasto energético más impreciso.
C) No existe ninguna característica fisiológica que influya en el intercambio de gases cuando se realiza una CI.
D) Todos los dispositivos de CI tienen la misma precisión.

30. La FENILCETONURIA es el error innato del metabolismo más frecuente. Señale la opción que considere VERDADERA:

A) Es una enfermedad de herencia autosómica dominante.
B) Los pacientes con Fenilcetonuria deben consumir aspartamo como edulcorante.
C) Los síntomas no afectan al sistema nervioso central.
D) El tratamiento se basa en una dieta restringida en proteínas naturales y suplementada con fórmulas hidrolizadas de aminoácidos libres de fenilalanina y enriquecidas en tirosina, junto con vitaminas y oligoelementos.

31. Con respecto al FALLO INTESTINAL, señale la opción VERDADERA:

A) El diagnóstico es bioquímico.
B) El síndrome de intestino corto es una causa poco frecuente de fallo intestinal.
C) La adaptación intestinal puede prolongarse hasta 2 años tras una resección intestinal y la hiperfagia juega un papel importante.
D) El ileon y colon tienen menor capacidad de adaptación que el yeyuno.

32. ¿Qué afirmación es FALSA sobre la NUTRICIÓN PARENTERAL DOMICILIARIA (NPD)?

A) Es el tratamiento de elección en pacientes con expectativa de vida inferior a 3 semanas que necesitan nutrición parenteral y no cumplen criterios para seguir hospitalizados.
B) Suele recomendarse la infusión de NPD nocturna, en 12-18 horas.
C) Es importante que los pacientes con NPD cuenten con un buen apoyo sociofamiliar.
D) En pacientes con complicaciones graves asociadas a la NPD se puede valorar el trasplante intestinal.

33. El quilotórax y la ascitis quilosa son entidades poco habituales y se caracterizan por el acúmulo de linfa en la cavidad pleural y peritoneal, respectivamente. En los dos casos existe riesgo nutricional. Señale la afirmación VERDADERA sobre su tratamiento:

A) La nutrición parenteral debe emplearse de forma sistemática.
B) La nutrición parenteral, en caso de que sea necesaria, debe estar exenta de lípidos.
C) La adición de módulos de Triglicéridos de Cadena Media (MCT) puede ayudar a completar los requerimientos calóricos y las pérdidas de los drenajes.
D) En una fístula de muy alto débito que persiste más de dos semanas estaría contraindicado el tratamiento quirúrgico.

34. Recibe una interconsulta del Equipo de Digestivo por un paciente con pancreatitis aguda grave. ¿Qué afirmación considera FALSA?

A) El soporte nutricional está indicado de forma precoz.
B) Si el tubo digestivo es funcionante, está indicada la nutrición enteral (NE).
C) La NE puede iniciarse por vía gástrica y, si no se tolera (retraso vaciamiento gástrico, riesgo de aspiración), se puede utilizar la vía yeyunal.
D) Las fórmulas estándar de NE no deben ser utilizadas, aunque se toleren bien. Son de elección las fórmulas peptídicas en todos los casos.

35. ¿Cuál de las siguientes opciones es VERDADERA con respecto al manejo nutricional en pacientes con FIBROSIS QUÍSTICA?

A) Todos los pacientes precisan una gastrostomía profiláctica.
B) En pacientes adultos con fibrosis quística se recomienda que el aporte calórico sea de un 120% a un 150% de las calorías recomendadas para una persona sana de su misma edad, sexo, peso y altura.
C) Un pequeño porcentaje de casos precisa suplementación con vitaminas liposolubles.
D) La dieta debe ser estrictamente hipocalórica para evitar complicaciones a nivel del páncreas.

36. Señale la afirmación VERDADERA con respecto al desarrollo embrionario de la hipófisis y sus factores de transcripción:

A) Tanto la hipófisis anterior como la posterior derivan del ectodermo oral.
B) La mutación en el factor de transcripción Pit-1 produce hipopituitarismo asociado a alteraciones pulmonares.
C) En un paciente con hipoplasia hipofisaria y síndrome de Chiari podríamos sospechar una mutación de LHX4.
D) En un somatotropinoma sería esperable encontrar inmunohistoquímica positiva para TPIT.

37. En relación con la acromegalia, señale la afirmación CORRECTA:

A) El subtipo de adenoma somatotropo densamente granulado se asocia a un mayor riesgo de recurrencia tras la cirugía.
B) La secreción autónoma de GH en la acromegalia suele suprimirse con una sobrecarga oral de glucosa.
C) El diagnóstico bioquímico de acromegalia se basa en una IGF-1 elevada y supresión de GH < 1 ng/mL (o incluso a niveles más bajos con metodologías más sensibles) tras la sobrecarga oral de glucosa.
D) La mayoría de los adenomas somatotropos presentan mutación germinal en AIP o MEN1.

38. Respecto al tratamiento médico de la acromegalia, indique la opción FALSA:

A) Pasireótida se asocia con mayor incidencia de hiperglucemia respecto a octreótido y lanreótido.
B) Pegvisomant es un antagonista del receptor de GH que normaliza IGF-1 sin reducir tamaño tumoral.
C) Cabergolina puede ser útil en pacientes con niveles ligeramente elevados de IGF-1 y/o adenomas mixtos GH/PRL.
D) La combinación de análogos de somatostatina con pegvisomant está contraindicada por riesgo de hepatotoxicidad.

39. Respecto a la hipofisitis autoinmune, ¿cuál es la afirmación VERDADERA?

A) La hipofisitis linfocitaria es más frecuente en hombres y suele afectar solo el eje tiroideo.
B) La deficiencia más precoz suele ser la de GH, similar a los adenomas hipofisarios.
C) El déficit de ACTH es el más habitual en la hipofisitis linfocítica.
D) La afectación del eje gonadotropo es infrecuente.

40. ¿Cuál de las siguientes opciones justifica el uso de cirugía como primera línea en un paciente con macroprolactinoma?

A) Tolerancia adecuada a cabergolina y leve hiperprolactinemia.
B) Deseo de embarazo y contraindicación médica para agonistas dopaminérgicos.
C) Paciente masculino con prolactina basal de 300 ng/ml y síntomas visuales (cuadrantanopsia).
D) Mujer con microprolactinoma y amenorrea que desea tomar anticonceptivos orales.

41. Mujer de 29 años con amenorrea secundaria, galactorrea e infertilidad. PRL: 145 ng/ml. RM: microadenoma hipofisario de 6 mm. Se inicia cabergolina y a los 12 meses PRL es normal y desaparece el adenoma en la RM. ¿Qué conducta es más adecuada?

A) Retirada inmediata del tratamiento.
B) Continuar cabergolina 6-12 meses más y reevaluar retirada.
C) Iniciar tratamiento con anticonceptivos orales.
D) Solicitar control de campo visual antes de decidir.

42. En una paciente de 48 años que consulta por obesidad central, amenorrea, debilidad muscular e hirsutismo, que aporta una analítica con un valor de cortisol libre urinario de 24 horas elevado ¿cuál sería la siguiente prueba a realizar?

A) Solicitar cortisol salivar
B) Determinar la ACTH
C) Una RM hipofisaria
D) Un cortisol tras supresión nocturna con 8 mg de dexametasona

43. Una mujer de 42 años presenta obesidad central, hipertensión, hirsutismo y debilidad muscular proximal. Se realizan 3 determinaciones de UFC en orina de 24 h que muestran niveles elevados. El cortisol salival nocturno también está elevado y se hace una determinación de ACTH que sugiere hipercortisolismo ACTH-dependiente. En la RM se identifica una lesión hipofisaria de 5 mm ¿Cuál es la conducta más adecuada?

A) Realizar cirugía transesfenoidal directamente
B) Iniciar tratamiento con ketoconazol
C) Realizar PET con 68Ga-DOTATATE
D) Solicitar cateterismo de senos petrosos inferiores (IPSS)

44. En un paciente con tumor hipofisario agresivo con progresión tumoral pese a tratamiento médico y radioterapia, ¿cuál es la conducta terapéutica recomendada según la guía de la European Society of Endocrinology y su última revisión de 2025?

A) Radioterapia hipofraccionada de rescate como única opción
B) Inmunoterapia con inhibidores de PD-1 como primera línea tras cirugía.
C) Quimioterapia con temozolamida, como tratamiento de primera línea.
D) Tratamiento con bevacizumab si hay alta expresión de VEGF en la inmunohistoquímica inicial.

45. Indique cuál es la afirmación VERDADERA respecto al sistema Bethesda de citología tiroidea:

A) Un resultado Bethesda III implica una indicación quirúrgica inmediata por alto riesgo de cáncer.
B) Un resultado Bethesda II tiene un riesgo de malignidad entre el 10 y el 20%.
C) La categoría Bethesda I es no diagnóstica y suele requerir repetir la PAAF.
D) La citología Bethesda IV corresponde a lesiones benignas.

46. Paciente varón de 67 años en seguimiento por neoplasia pulmonar que realiza un PET-^{18}FDG en contexto de su enfermedad oncológica y en el que se detecta un nódulo tiroideo de 2 cm captante en dicha prueba. ¿Cuál de estos estudios considerarías menos útil?

A) Tiroglobulina basal
B) TSH
C) Gammagrafía tiroidea si la TSH está suprimida
D) Ecografía con PAAF

47. Señale la afirmación FALSA en relación con las tiroiditis:

A) En un paciente con tirotoxicosis asintomática, con antecedente de infección respiratoria viral y gammagrafía con hipercaptación difusa la sospecha sería de tiroiditis subaguda de De Quervain.
B) En un paciente con tiroiditis por amiodarona y antecedente de bocio multinodular esperaría una buena respuesta al tratamiento con metimazol.
C) En la tirotoxicosis por amiodarona tipo 2 la reducción de la vascularización en la ecografía Doppler tiroidea sería lo esperable y el tratamiento de elección serían los glucocorticoides a dosis elevadas (1 mg/kg peso/día).
D) En una mujer con tirotoxicosis que aparece 9 meses después de haber tenido un parto la determinación de anticuerpos TSI puede ser útil para el diagnóstico diferencial de la etiología del cuadro.

48. Mujer de 35 años con nódulo tiroideo incidental de 15 mm que inicia estudios diagnósticos, obteniéndose una citología sugestiva de malignidad (PAAF de carcinoma papilar de tiroides). En el estudio preoperatorio se evidencia un test de gestación positivo. ¿Qué le recomendarías a la paciente siguiendo las guías ATA 2015? Señala la opción VERDADERA:

A) Se le debe recomendar interrumpir el embarazo y realizar cirugía inmediata, por el riesgo de progresión tumoral asociado al embarazo.
B) Puede continuar la gestación, pero debería realizar cirugía tiroidea, independientemente de la evolución en el segundo trimestre, porque los nódulos suelen crecer durante el tercer trimestre.
C) Puede continuar la gestación y hacer seguimiento ecográfico. Si el nódulo experimenta un crecimiento significativo antes de la semana 24-26 o aparecen adenopatías sugestivas de enfermedad metastásica se podría considerar la cirugía durante la gestación.
D) Puede continuar la gestación y hacer seguimiento ecográfico, pero independientemente de la evolución la cirugía siempre debe ser pospuesta tras el parto.

49. ¿Cuál de los siguientes casos se clasifica como *riesgo intermedio* según los criterios de la ATA 2015 para el cáncer papilar de tiroides?

A) Tumor intratiroideo con histología folicular bien diferenciada, con invasión capsular y sin invasión vascular.
B) Cáncer papilar con invasión microscópica a tejidos peritiroideos y metástasis ganglionares cervicales <3 cm.
C) Tumor papilar con invasión macroscópica a tejidos blandos peritiroideos y metástasis pulmonares.
D) Microcarcinoma papilar unifocal intratiroideo sin invasión vascular ni histología agresiva.

50. ¿Cuál de las siguientes combinaciones bioquímicas es más sugestiva de tirotoxicosis facticia?

A) TSH suprimida, T3 elevado, tiroglobulina sérica elevada, captación de yodo radiactivo aumentada
B) TSH baja, T3 normal, T4 libre normal, anticuerpos TSI positivos
C) TSH elevada, T3 y T4 elevados, TRH suprimida
D) TSH baja, T4 libre alta, tiroglobulina baja, captación de yodo radiactivo cercana a cero

51. Mujer de 47 años con antecedentes de vitíligo consulta por fatiga, aumento de peso, piel seca y bradicardia. En la exploración se detecta bocio de consistencia firme, simétrico y móvil. Presenta en la analítica una TSH elevada, T4 libre disminuida, AcTPO positivos en título alto. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es más probable?

A) Se trata de una forma atrófica de tiroiditis de Hashimoto
B) El hallazgo del bocio sugiere enfermedad de Graves
C) Es probable que se trate de hipotiroidismo autoinmune en su forma bociosa
D) La positividad de AcTPO excluye linfoma tiroideo como causa del cuadro

52. Una mujer de 34 años con hipotiroidismo primario autoinmune tratado con levotiroxina desde hace 5 años acude a consulta preconcepcional para planificar su primer embarazo. Se encuentra clínicamente eutiroidea y refiere buena adherencia al tratamiento. La analítica reciente muestra: TSH 3,8 mU/l (límite de referencia en adultos no gestantes: 0,4–4,5 mU/l), T4 libre en rango normal. ¿Cuál es la actitud más adecuada según las guías clínicas ATA?

A) Ajustar la dosis de levotiroxina para alcanzar TSH < 2,5 mU/l antes de la concepción.
B) No se requiere intervención; puede intentar embarazo ya que se encuentra eutiroidea y dentro del rango de TSH normal.
C) Iniciar ácido fólico, mantener dosis de levotiroxina y revaluar cuando confirme embarazo.
D) Suspender temporalmente la levotiroxina y repetir analítica en 4 semanas para confirmar estabilidad hormonal.

53. ¿Cuál de las siguientes condiciones NO se ha asociado con una elevación falsa o no tumoral de la calcitonina sérica?

A) Tratamiento con inhibidores de la bomba de protones
B) Insuficiencia renal crónica
C) Embarazo
D) Hipoparatiroidismo autoinmune

54. Mujer de 47 años, sin síntomas, acude por una hipercalcemia detectada en una analítica de rutina (11,2 mg/dL). La PTH está elevada. DXA revela T-score de –2,7 en radio distal. El filtrado glomerular estimado es de 75 mL/min. No tiene litiasis ni antecedentes familiares. ¿Cuál es la mejor actitud en el manejo de su hiperparatiroidismo primario, según las guías del V Workshop Internacional?

A) Realizar paratiroidectomía
B) Observar sin tratamiento ni seguimiento
C) Indicar tratamiento con cinacalcet
D) Repetir estudios en 12 meses sin intervención

55. Varón de 33 años con hipercalcemia leve, PTH elevada y antecedente familiar de cálculos renales. No tiene litiasis activa. El cociente calcio/creatinina es 0,007. ¿Qué actitud sería más correcta con la sospecha clínica?

A) Repetir DXA y reevaluar en 6 meses
B) Solicitar estudio genético para FHH
C) Iniciar tratamiento con alendronato
D) Derivar para cirugía inmediata

56. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las manifestaciones óseas del hiperparatiroidismo primario es CORRECTA?

A) Las fracturas vertebrales son raras y su prevalencia se correlaciona claramente con los niveles de PTH.
B) El riesgo de fractura en pacientes con HPP es inferior al de la población general con osteoporosis.
C) La densidad mineral ósea está más preservada en hueso cortical que trabecular.
D) El HPP se asocia a mayor riesgo de fracturas principalmente en columna y antebrazo, pero no tanto en cadera.

57. En relación con la evolución natural del hiperparatiroidismo primario normocalcémico, señale la opción CORRECTA:

A) La mayoría de los pacientes desarrollan hipercalcemia manifiesta en menos de un año.
B) La enfermedad se asocia frecuentemente a hipocalciuria y masa ósea aumentada.
C) Todos los casos progresan a formas sintomáticas de hiperparatiroidismo.
D) Solo una minoría de pacientes progresará a hipercalcemia; y muchos permanecen normocalcémicos.

58. Varón de 58 años, sin antecedentes previos relevantes, acude a consulta por hipertensión arterial de reciente diagnóstico. En un análisis solicitado por hipercalcemia leve (11,8 mg/dL, para un límite superior normal de 10,1), se encuentra PTH elevada. El filtrado glomerular estimado es de 78 mL/min y la densitometría ósea es normal. Refiere también fatiga leve, sin otros síntomas. La TC coronaria realizada por antecedente familiar de enfermedad coronaria muestra un índice de calcificación coronaria (CAC) aumentado y en el ecocardio aparece un aumento de la masa del ventrículo izquierdo. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA respecto al vínculo entre el HPP y sus manifestaciones cardiovasculares?

A) La hipertensión en este paciente es probablemente secundaria a la enfermedad renal crónica asociada al HPP.
B) El hallazgo de CAC elevado confirma la presencia de daño vascular específico por hipercalcemia.
C) El paciente presenta riesgo cardiovascular aumentado, y la paratiroidectomía podría mejorarlo, incluyendo mejoría de la hipertrofia del ventrículo izquierdo.
D) No existe evidencia de que el HPP afecte a parámetros cardiovasculares, por lo que no se modifica su manejo.

59. ¿Cuál de las siguientes características se asociarían más específicamente a la hipercalcemia humoral maligna?

A) Elevación de 1,25$(OH)_2$D y fosfato sérico
B) Actividad osteoblástica aumentada con metástasis óseas extensas
C) Hipofosfatemia con niveles elevados de PTHrP y supresión de PTH
D) PTH elevada con hipercalcemia leve y 25(OH)D bajo

60. En un adulto con hipocalcemia, hiperfosfatemia y PTH elevada, ¿cuál es la causa más probable?

A) Hipoparatiroidismo postquirúrgico
B) Deficiencia severa de vitamina D
C) Pancreatitis aguda
D) Síndrome de resistencia a la PTH (seudohipoparatiroidismo)

61. ¿Cuál es una indicación aceptada para el uso de PTH humana recombinante (PTHrh o PTH 1-84) en hipoparatiroidismo según guías actuales?

A) Necesidad persistente de altas dosis de calcio y calcitriol
B) Hipocalcemia leve controlada con calcio oral
C) Todo paciente con hipoparatiroidismo postquirúrgico
D) Presencia de hipofosfatemia crónica

62. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNEGEP) es CORRECTA?

A) La mayoría de los TNEGEP son funcionales y se diagnostican en estadios precoces.
B) Su incidencia es baja pero su prevalencia es alta debido a la larga supervivencia.
C) La mayoría de TNEGEP se asocian a síndromes genéticos como MEN1 o Von Hippel-Lindau.
D) El diagnóstico precoz es común debido a su presentación clínica característica.

63.En un paciente con insulinoma, confirmado con un test de ayuno, y pruebas de imagen (TC/RM) negativas, ¿cuál es el siguiente paso más adecuado para localizar la lesión?

A) Repetir el test de ayuno de 72 horas
B) Realizar PET con 18-FDG
C) Administrar diazóxido y observar evolución
D) Realizar ecoendoscopia

64. Un varón de 58 años consulta por pérdida de peso, eritema migratorio en extremidades, trombosis venosa profunda y diabetes mellitus reciente. En los análisis destaca hipoalbuminemia, anemia e hipocolesterolemia. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

A) Glucagonoma
B) Insulinoma
C) VIPoma
D) Somatostatinoma

65. Un varón de 33 años, con antecedentes familiares de neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (MEN1), ha sido diagnosticado mediante cribado genético y presenta hiperparatiroidismo primario. En una resonancia abdominal de seguimiento se identifican dos lesiones pancreáticas no funcionantes, de 1,1 cm y 1,4 cm respectivamente, sin signos de extensión ni metástasis. El paciente está asintomático y los marcadores tumorales están dentro de la normalidad. ¿Cuál es la actitud más adecuada en este momento?

A) Pancreatectomía total preventiva para evitar progresión tumoral
B) Enucleación quirúrgica de las lesiones, dado el riesgo genético de MEN1
C) Seguimiento activo con control radiológico y bioquímico periódico
D) Derivación a oncología para tratamiento con everolimus

66. ¿Cuál de los siguientes hallazgos clínicos sería más sugestivo de MEN4 en una paciente con sospecha inicial de síndrome MEN1?

A) Tumor neuroendocrino pancreático productor de insulina y carcinoma medular de tiroides
B) Hiperparatiroidismo primario, tumor hipofisario productor de ACTH y ausencia de mutación MEN1
C) Tumor adrenal secretor de aldosterona y carcinoma papilar de tiroides
D) Feocromocitoma bilateral y tumor testicular de células de Leydig

67. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la inducción de la pubertad en niñas con hipogonadismo hipogonadotropo es CORRECTA?

A) Se recomienda comenzar el tratamiento con anticonceptivos combinados desde el inicio.
B) El objetivo del tratamiento es alcanzar niveles elevados de estrógenos de forma rápida.
C) La inducción debe iniciarse alrededor de los 11 años si hay hipogonadismo confirmado.
D) Está contraindicado el uso de estradiol 17β por vía transdérmica.

68. ¿Cuál de los siguientes hallazgos clínicos es característico del síndrome de insensibilidad completa a los andrógenos en mujeres con amenorrea primaria?
A) Desarrollo mamario ausente y vello púbico normal
B) Vagina ciega, vello púbico escaso y desarrollo mamario normal
C) Útero hipoplásico y ovarios poliquísticos
D) Genitales ambiguos y testículos en escroto

69. Un niño de 14 años con diagnóstico de hipogonadismo hipogonadotrópico congénito (Kallmann) presenta volumen testicular <4 mL y ausencia de vello púbico. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas se considera más apropiada si la única intención es inducir la pubertad?

A) Iniciar tratamiento con GnRH pulsátil intravenoso.
B) Iniciar tratamiento con FSH/hCG en régimen intensivo.
C) Iniciar testosterona enantato i.m. en dosis bajas.
D) Esperar hasta los 14 años para confirmar el diagnóstico.

70. ¿Cuál de las siguientes características en una TC sin contraste es más sugerente de un adenoma adrenocortical benigno?

A) Atenuación >30 UH y tamaño >4 cm
B) Atenuación <10 UH y tamaño <4 cm
C) Realce intenso y lavado tardío del contraste
D) Presencia de captación elevada en PET-FDG

PREGUNTAS DE RESERVA

71. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el *mild autonomous cortisol secretion* (MACS) es FALSA?

A) Un cortisol post-DST >1.8 µg/dL define la presencia de MACS
B) La progresión a síndrome de Cushing es común y justifica seguimiento endocrino estricto
C) Puede asociarse a comorbilidades como hipertensión y diabetes mellitus
D) Puede generar insuficiencia suprarrenal posquirúrgica

72. Mujer de 68 años, con obesidad e hipertensión controlada con 3 fármacos, a la que se detecta incidentalmente una masa suprarrenal derecha de 2,8 cm. La TC muestra atenuación de 8 UH sin contraste. El cortisol tras 1 mg de dexametasona es de 2.4 µg/dL, ACTH suprimida, sin signos clínicos de hipercortisolismo. La paciente no desea cirugía. ¿Cuál es la conducta más apropiada?

A) Adrenalectomía laparoscópica por MACS y tamaño >2.5 cm
B) TC con contraste y lavado para confirmar benignidad
C) Seguimiento clínico con reevaluación anual de comorbilidades
D) Biopsia suprarrenal guiada por imagen

73. En relación con la fisiopatología de la hiperplasia adrenal congénita por déficit de 21-OHD, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

A) El gen implicado es el CYP21A2, localizado en el cromosoma 6.
B) La enzima 21-OHD cataliza la conversión de cortisol en corticosterona.
C) La actividad enzimática del 1-2 % se asocia con la forma no clásica.
D) Los andrógenos se encuentran suprimidos por retroalimentación negativa.

74. Varón de 52 años con antecedentes de paraganglioma yugulocarotídeo intervenido, ahora con metástasis ganglionares mediastínicas y óseas. No hay captación de MIBG. El PET-DOTATATE es intensamente positivo. ¿Qué tratamiento sería más adecuado en este caso?

A) Radioterapia externa de 30 Gy sobre las lesiones óseas
B) Terapia con octreótido a dosis estándar
C) PRRT con 177-Lutetium-DOTATATE
D) Inmunoterapia con pembrolizumab

75. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la malignidad en feocromocitomas/paragangliomas (PPGLs) es CORRECTA?

A) Todos los tumores con mutaciones SDHB deben considerarse benignos si son de pequeño tamaño.
B) La malignidad se define exclusivamente por el tamaño y la tasa mitótica del tumor primario.
C) El paraganglioma de cabeza y cuello tiene peor pronóstico que los abdominales con mutación SDHB.
D) La presencia de metástasis en sitios sin tejido cromafín constituye criterio de malignidad.