

CASO CLÍNICO 1

Una mujer 42 años consulta por aparición de acné, con hirsutismo moderado, aumento de 10 kg en el último año, con ausencia de menstruación desde el inicio de los síntomas. En la exploración presenta un índice de masa corporal de 32 kg/m², tensión arterial de 169/112 mm Hg, obesidad troncular, estrías violáceas > 1 cm de ancho en abdomen, cara de luna llena, giba de búfalo, equimosis y debilidad proximal.

1. Teniendo en cuenta la clínica que presenta la paciente, indique cuál sería la principal sospecha clínica, que habría que confirmar posteriormente mediante un estudio hormonal.
2. Indique cuál es la causa que más frecuentemente produce este cuadro clínico.
3. Si hemos descartado la causa más frecuente que produce este síndrome clínico, ¿Qué prueba/s debemos solicitar para confirmar nuestra sospecha?
4. Una vez confirmada la sospecha clínica inicial, y tras descartar las situaciones de pseudoenfermedad, ¿qué prueba nos resulta útil para conocer la dependencia hormonal de la fuente de exceso hormonal?

CASO CLINICO 2

Una mujer de 52 años consulta por el hallazgo incidental de hipercalcemia en una analítica rutinaria. Como antecedente refiere osteoporosis y algún episodio aislado de cólico nefrítico. En el estudio analítico la función renal es normal, la cifra de calcio es de 11,7 mg/dl (valor de referencia (VR) = 8,4-10,3), fosfato 2,1 mg/dl (VR 2,4-5,1) y proteínas plasmáticas normales. No refiere ningún otro antecedente personal o familiar de interés

1. Con esta bioquímica y manifestaciones clínicas que determinación o determinaciones solicitaría
2. Hasta que recibamos el resultado anterior, teniendo en cuenta la presentación clínica de la paciente y la epidemiología de la hipercalcemia, ¿Cuál sería su sospecha diagnóstica inicial?
3. En este caso y pensando en que se confirma su sospecha diagnóstica, teniendo en cuenta las cifras de calcio y las comorbilidades que presenta la paciente ¿Cuál considera que es el tratamiento más adecuado? Justifíquelo.

CASO CLÍNICO 3

Mujer de 65 años de edad con antecedentes de Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 de 10 años de evolución sin complicaciones macro ni microvasculares, síndrome depresivo, obesidad severa de 40 años de evolución y tabaquismo de 20 cig/día. Tratamiento habitual: Enalapril 20 mg día, ansiolíticos, metformina 850 mg cada 12 hs y Simvastatina 20 mg día. Tras un estudio exhaustivo se descartó causa endógena de su obesidad y se le prescribió medidas higiénico-dietéticas. Tras nula respuesta, después de un año, abandonó el seguimiento, habiendo aumentado casi 10 kg en los últimos 5 años con episodios de atracones diarios. Otros datos: TA: 160/90. Peso: 95 kg. Talla: 170 cm. IMC 32.87 con perímetro de cintura de 115 cm. En la analítica se observa glucemia basal de 230 mg/dl con función renal normal, triglicéridos 276 mg/dl, colesterol total 310 mg/dl y LDL 179 mg/dl con HbA1c 8,3%. Roncadora habitual con pausas de apnea e hipersomnolencia diurna. Muy alto riesgo cardiovascular según SCORE (Systemic Coronary Risk Estimation).

1. ¿Teniendo en cuenta las comorbilidades de la paciente, cuál sería la mejor opción de tratamiento que añadiría para su diabetes?
2. De acuerdo a su riesgo cardiovascular. Señale al menos tres medidas que tomaría en la consulta para reducir el riesgo de desarrollar complicaciones
3. ¿Qué objetivo de LDL sería el adecuado en esta paciente?
4. Respecto al control del peso, ¿qué medida terapéutica le parece más importante en el momento actual?