

2º EXERCICIO: PARTE ESPECIFICA

INSTRUCCIÓN:

1. - Non abra nin lea o interior deste caderno ata que se lle indique.
2. Esta proba consiste nun cuestionario eliminatorio de supostos prácticos da parte específica do programa, de 100 preguntas tipo test con 10 de reserva (as 10 últimas, da E101 á E110), que deberán ser contestadas entre os números **E1** e **E110**, no corpo principal da "FOLLA DE RESPOSTAS".
3. - O tempo total de realización do exercicio, é de **150 minutos**.
4. - Todas as preguntas teñen catro respostas alternativas, sendo unha a correcta. As respostas correctas sumarán **0,50** puntos, as non contestadas non terán valoración algunha e as contestadas erroneamente restarán **0,125** puntos.
5. - Comprobe sempre que o número de resposta que sinale na "FOLLA DE RESPOSTAS" é o que corresponde ao número da pregunta do cuestionario.
6. - Este cuestionario debe utilizarse na súa totalidade como borrador das respostas elixidas, para non marcar unha resposta ata estar totalmente seguro/a.
- 7.- A resposta correcta marcarase cun **X** ben feito dentro dos límites do recadro. De ter que anular algunha resposta, o recadro da resposta que se marcou incorrectamente ten que encherse por completo.

Unha vez que se anule, xa non poderá recuperarse de novo dita opción de resposta.

8. - En caso de erro tipográfico ou de transcripción entre o texto editado en galego e o editado en castelán, do cuestionario bilingüe, prevalece este último aos únicos efectos da súa comprensión lóxica, sen prexuízo das aclaracións vinculantes que de viva voz poida advertir o tribunal durante a realización desta proba. Así mesmo, algúns termos técnicos, neoloxismos ou outras expresións de difícil correspondencia na tradución, poderán expresarse de maneira unívoca.

9. - Ao rematar o seu exercicio, no suposto de que non teña que realizar o exercicio de lingua galega, advirtao á organización para a súa recollida. Debe entregar a "FOLLA DE RESPOSTAS", no lugar que lle indique a organización, onde lle entregarán a última folla autocopiativa. Ao abandonar o recinto NON poderá levar ningún cuestionario de preguntas. O Servizo Galego de Saúde facilitaralle o acceso aos mesmos a través da páxina web: www.sergas.es, logo de finalizados os tempos de exame.

Se ten que realizar o exercicio de lingua galega, permaneza no seu lugar. Ao finalizar o exercicio, garde este cuestionario no chan, baixo o seu asento e espere as indicacións para realizar a continuación o outro exame, en unidade de acto.

**LEA DETIDAMENTE AS INSTRUCCIÓNS QUE FIGURAN NO REVERSO
DA FOLLA DE RESPOSTAS PARA O SEU CORRECTO ENCHEMENTO**

EXAME EN GALEGO

1. Nun paciente con diarrea crónica recentemente diagnosticado de VIPOMA sinale a resposta falsa:

- A) Os análogos da somatostatina iniben a secreción do péptido intestinal vasoactivo (VIP) e son, por tanto, o tratamento inicial de elección para controlar a diarrea en pacientes con Vipoma.
- B) O tratamento con corticoides resérvase para os pacientes con diarrea refractaria aos análogos de somatostatina.
- C) Os tumores primarios en cola de páncreas poden ser tratados con pancreatectomía distal.
- D) É excepcional que un VIPOMA haxa metastatizado ao momento do diagnóstico.

2. Respecto ao déficit de GH na época de transición desde a infancia–adolescencia á idade adulta sinale a afirmación INCORRECTA:

- A) Os pacientes con déficit illado idiopático de GH na infancia deben reavaliarse mediante un test de estímulo para GH tras polo menos un mes sen tratamento.
- B) Durante a transición o punto de corte de GH tras estímulo, por baixo do cal se confirma o déficit, debe ser 5,1 g/l tras hipoglicemia insulínica.
- C) A dose de reinicio de somatotropina humana recombinantes durante a transición debe ser entre 0,6–1 mg/diarios.
- D) O obxectivo do tratamento é manter a concentración de IGF-I na zona media do rango normal para a idade do paciente.

3. En relación coa nefropatía diabética, cal é certa?:

- A) Unha das lesións anatómo–patolóxicas principais é a expansión mesanxial.
- B) Non aparece nos casos de diabete secundaria por pancreatite crónica ou tras pancreatectomía.
- C) Unha das alteracións funcionais principais iniciais é a hipofiltración.
- D) A microhematuria é un achado frecuente.

4. Sinale a resposta correcta sobre Nutrición Parenteral:

- A) Todas as emulsións lipídicas na nutrición parenteral inclúen ácido oleico e esteárico.
- B) Todas as emulsións lipídicas na nutrición parenteral achegan fosfato procedente dos fosfolípidos que se usan como emulxentes.
- C) Sempre se seleccionan emulsións lipídicas sen vitaminas liposolubles para evitar acúmulos tóxicos das mesmas.
- D) A maior vantaxe das emulsións lipídicas de triglicéridos de cadea longa é a súa riqueza en ácidos graxos omega-6.

5. Respecto das posibles causas de masas selares, indique cal é a afirmación INCORRECTA:

- A) Os pituicitomas son tumores de baixo grao de orixe menínxeo que poden localizarse na rexión selar ou paraselar.
- B) Os craneofarinxiomias orixínanse a partir de remanentes da bolsa de Rathke.
- C) Un pinealoma ectópico pode localizarse na rexión selar.
- D) Os cáncros de mama e de pulmón poden metastatizar en hipófise.

6. Paciente home de 51 anos de idade, diagnosticado de hiperparatiroidismo aos 44 con hipercalcemia severa e litíase renal. Tratado mediante paratiroidectomía subtotal (AP: dous adenomas paratiroides).

Hiperparatiroidismo persistente en tratamento médico con bo control. Na súa visita programada refire disfunción eréctil e diminución da libido de 9 meses de evolución. Se obxectiva hiperprolactinemia (PRL 673 ng/ml) con hipogonadismo e hipotiroidismo central con eixo adrenal normal e IGF-I en límite inferior do normal. Neste contexto, cal dos seguintes enunciados NON É CORRECTO?

- A) Posiblemente teña un macroprolactinoma con pobre resposta aos agonistas dopaminérxicos.
- B) Sería conveniente valorar os niveis de calcitonina.
- C) É conveniente realizar un estudo xenético de mutacións do xene MEN1.
- D) É probable que teña ou que desenvolva no seguimento un tumor dixestivo.

7. Unha das posibles complicacións no tratamento da Anorexia Nerviosa é o síndrome de re-alimentación, no cal NON se inclúe:

- A) Hipofosfatemia.
- B) Acortamento do intervalo QT.
- C) Disfunción neuromuscular.
- D) Estado confusional.

8. A impedancia bioeléctrica:

- A) Estima a cantidade de auga corporal total en base á reactividade magnético do corpo.
- B) Require da existencia dunha ecuación obtida nunha poboación que teña características similares ás da persoa á que se lle está realizando a medición da impedancia.
- C) É unha técnica complexa, que require un equipo moi elaborado e na que é imprescindible a colaboración do paciente.
- D) Non está condicionada pola cantidade corporal total de auga.

9. Actualmente –tanto a nivel internacional (workgroup of the American Diabetes Association and The Endocrine Society) como nacional (Grupo de Traballo de Diabetes Mellitus da Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición)– o punto de corte para considerar a un paciente diabético (en tratamento con hipoglicemiantes) en risco de hipoglicemia estableceuse:

- A) En menor ou igual que 45 mg/dL.
- B) En menor ou igual que 50 mg/dL.
- C) En menor ou igual que 60 mg/dL.
- D) En menor ou igual que 70 mg/dL.

10. En relación coas posibles causas da enfermidade de Graves cal dos seguintes non se implicou como factor causal ou predispoñente?:

- A) Alteracións en xenes inmuno-reguladores como CD 40.
- B) Tabaquismo.
- C) Infeccións por Yersinia enterocolitica.
- D) Todas as anteriores implicáronse como sospeitosas na etiología da enfermidade de Graves.

11. Unha paciente de 15 anos é remitida a consulta por atraso no inicio na puberdade. A nai e o pai, así como unha irmá, iniciaron a puberdade a unha idade considerablemente menor. Na exploración, tanto as mamas como o pelo pubiano presentan un aspecto prepuberal e non hai signos de anomalías conxénitas nin ningún dato na exploración que nos suxira o diagnóstico. Con respecto aos estudos hormonais que deberíamos pedir sinállese o que é falso:

- A) A determinación de LH, FSH e estradiol pode axudar a distinguir se estamos ante un hipogonadismo primario ou un secundario.
- B) Debe realizarse inicialmente un test de estimulación con GnRH pois é o gold standard nos estudos de puberdade atrasada.
- C) É aconsellable pedir TSH e PRL, pois o hipotiroidismo e a hiperprolactinemia son dúas causas importantes de atraso puberal.
- D) Se se demostra que é un hipogonadismo primario estaría indicado pedir cariotipo.

12. Entre os Criterios Diagnósticos da Anorexia Nerviosa, segundo o DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition) NON figura:

- A) Negativa a manter un peso corporal igual ou superior ao peso normal mínimo para a idade e a estatura.
- B) Un medo intenso a gañar peso a converterse en obeso, incluso estando por debaixo do peso normal.
- C) Percepción adecuada do propio peso, pero incorrecta do peso axeno.
- D) Amenorrea.

13. Respecto das causas farmacolóxicas de hiperprolactinemia, sinale a afirmación INCORRECTA:

- A) O ipilimumab provoca hiperprolactinemia porque antagoniza o receptor D2 de dopamina.
- B) Os inhibidores da recaptación de serotonina (como a fluoxetina e paroxetina) non producen hiperprolactinemia significativa.
- C) A hiperprolactinemia provocada por antipsicóticos resólvese con rapidez (2–4 días) tras a suspensión dos mesmos.
- D) O verapamilo pode provocar hiperprolactinemia.

14. Unha paciente de 28 anos é enviada polo seu médico de primaria por hirsutismo lentamente progresivo desde a súa menarquía aos 12 anos . A intensidade do pelo puntuada pola escala de Ferriman–Gallwey é de 18 puntos. As regras son irregulares, cunha media de 6–7 regras por ano. Di presentar acne importante, pero nós só apreciamos 4 lesións inflamatorias en cara e outras tantas en costas. Presenta sobrepeso desde a menarquía que foi aumentando gradualmente (actualmente a súa IMC é de 31,6). Vostede sospeita síndrome de ovario poliquístico (PCOS). Cal das seguintes afirmacións é falsa nesta paciente?

- A) Para poder ser diagnosticada de PCOS polos criterios de Róterdam debe cumprir os 3 criterios seguintes: oligo/anovulación + hiperandroxenismo (clínico ou bioquímico) + ovarios poliquísticos visualizados en eco. Por tanto hai que pedir eco abdominal.
- B) Na maioría das guías recoméndase como principal determinación analítica a testosterona total.
- C) Para diagnosticar PCOS é importante excluír primeiro outros trastornos que poidan cursar con hiperandroxenismo e oligomenorrea/amenorrea, como poden ser a hiperplasia suprarrenal conxénita, a disfunción tiroidea ou a hiperprolactinemia.
- D) Se se confirma PCOS hai que prestar vixilancia a outros factores de risco cardiovascular ademais da súa obesidade, como son a intolerancia á glicosa, a dislipidemia, o fígado graxo e a síndrome de apneas do sono.

15. Nun paciente que presenta hipocalcemia por hipoparatiroidismo postcirúrxico permanente. Cal é a forma de vitamina D de elección para tratamento?

- A) Ergocalciferol.
- B) Colecalciferol.
- C) Calcitriol.
- D) Calcifediol.

16. Sinale cal das seguintes enfermidades NON teñen como característica principal a existencia de hipertrigliceridemia:

- A) Déficit familiar de Lipoprotein-lipasa.
- B) Déficit familiar de lecitín-colesterol-acil-trasferasa.
- C) Déficit familiar de Apo-CII.
- D) Hipertrigliceridemia Familiar.

17. Cal é certa con respecto ás diabetes de tipo MODY?:

- A) A diabete MODY de tipo 2 (por alteración do xene da glucoquinasa) adoita responder particularmente ben ás sulfonilureas.
- B) O tipo 5 (por alteración de HNF-1 β , hepatocyte nuclear factor-1 β xene) pode cursar con alteracións renais e atrofia pancreática.
- C) A tipo 1 (por alteracións de HNF4 Alfa) non responde habitualmente ás sulfonilureas.
- D) Todas son certas.

18. A maior parte dos triglicéridos existentes no tecido adiposo procede de:

- A) Síntese a partir de carbohidratos en xeral.
- B) Excedentes do tecido muscular.
- C) Quilomicróns (intestinais) e lipoproteínas VLDL (sintetizadas no fígado).
- D) Síntese a partir do glucóxeno hepático.

19. Nun paciente con hipopituitarismo por unha mutación do xene que codifica PIT-1, que déficit hormonal NON É HABITUAL atopar?

- A) PRL.
- B) ACTH.
- C) GH.
- D) TSH.

20. Un varón de 15 anos e 2 meses é remitido a consultas externas de Endocrinoloxía por atraso puberal. Entre os seus antecedentes únicamente destacaba que fora adoptado aos 6 meses de idade, descubríndose nese intre unha criptorquidia bilateral que foi tratada con hCG sen resultados, polo que se realizou orquidopexia aos 18 meses. Exploración clínica: peso 65 kg (P50), talla 159 cm (P25), talla diana 170 cm (P10–25), hábito eunucoide con obesidade troncular, ausencia de acne e de pelo facial, ton de voz infantil, axilarquia grao 0, pubarquia grao I, ambos testes de 2 ml, micropene e xinecomastia bilateral moderada. Probas de olfacto: anosmia. Vostede sospeita que o paciente poida ter unha Sd de Kallman. Cal dos seguintes resultados nas probas complementarias é menos probable que atope si a súa sospeita diagnóstica é certa?

A) Cariotipo: 46XY.

B) Hormonas sexuais basais: FSH < 0,1 mUI/mL (varóns 13–70 anos: 1,4–18 mUI/mL); LH < 0,1 mU/ml (varóns 1,7–8,6 mUI/mL).

C) TSH: 1 microU/mL (0,3–5 microU/ml); T4L 0,6 ng/dL (0,8–1,8 ng/dL).

D) RNM cerebral: ausencia de bulbo olfatorio.

21. Sobre a tiroidite de Riedel, cal dos seguintes enunciados é certo?:

A) Na tiroidite de Riedel hai fibrose tiroidea mentres que non a hai na tiroidite de Hashimoto.

B) A tiroidite de Riedel pode reverter espontaneamente.

C) Na tiroidite de Riedel non hai elevación dos títulos de anticorpos antitiroideos.

D) Todos os enunciados son falsos.

22. Cal das seguintes afirmacións sobre a hipercolesterolemia familiar NON é correcta?.

A) Os xantomas tendinosos son máis frecuentes a nivel tricípital.

B) No 75% dos casos aparecen xantomas tendinosos.

C) Pode aparecer enfermidade coronaria sintomática antes dos 10 anos de idade.

D) Adoita aparecer como consecuencia dun defecto na síntese ou na función do receptor de ApoB.

23. En ocasións hai que utilizar tratamento médico para o control da enfermidade de Cushing. Cal dos seguintes fármacos non se considera bloqueante da esteroidoxénese?

A) Etomidato

B) Mifepristona.

C) Metopirona.

D) Trilostano.

24. Cal é certa?:

A) Nun caso de insuficiencia suprarrenal, o achado de hiponatremia exclúe que sexa de orixe central.

B) As mutacións TBX19 (Tbox 19) producen déficit illado de ACTH.

C) A hipopotasemia vai a favor do diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria.

D) A negatividade dos anticorpos contra a suprarrenal exclúe a adrenalite autoinmune.

25. Respecto á hiperprolactinemia, sinala a afirmación INCORRECTA:

A) A hiperprolactinemia leve (inferior a 50 ng/ml) pode producir unha fase luteal curta e infertilidade.

B) A hiperprolactinemia no home produce hipogonadismo con aumento da secreción de LH.

C) En todos os pacientes en tratamento con risperidona e con hiperprolactinemia superior a 300 ng/ml debe realizarse unha RM hipofisaria.

D) A hiperprolactinemia familiar é debida a unha mutación que provoca perda de función do xene que codifica o receptor de prolactina.

26. Cal non produce hipertiroidismo por activación do receptor da TSH?

- A) Os tumores hipofisarios produtores de TSH.
- B) A tiroidite de De Quervain.
- C) O hipertiroidismo transitorio do embarazo por acción da gonadotropina coriónica.
- D) As 3 causas mencionadas actúan a través do receptor da TSH.

27. En relación coa farmacocinética das insulinas, sinale a afirmación que NON é correcta:

- A) A absorción máis rápida e a duración de acción máis curta dos análogos rápidos de insulina baséase na maior afinidade polo receptor de insulina e polas proteasas que a degradan.
- B) A insulina non pode atravesar o endotelio para acceder á circulación sanguínea mentras non está en forma de dímero ou de monómero.
- C) En termos de perfil farmacocinético a insulina lispro, a insulina aspart e a insulina glulisina son similares.
- D) A insulina regular é unha solución transparente de cristais de insulina-zinc.

28. Respecto ao diagnóstico diferencial entre secreción inadecuada de TSH (adenoma hipofisario secretor de TSH) e os cadros de resistencia ás hormonas tiroideas, unha das seguintes afirmacións é FALSA, indíquea:

- A) A existencia dunha mutación do xene do receptor das hormonas tiroideas apoia o diagnóstico de resistencia.
- B) A elevación da subunidade alfa é característica nos tirotropinomas.
- C) Nos tirotropinomas é característica a diminución da concentración de SHBG (sex hormone binding globulin).
- D) Os niveis de TSH suprímense significativamente tras a administración exóxena de T3 nun 90% dos pacientes con resistencia a hormonas tiroideas.

29. No tratamento da tormenta tiroidea, cal dos seguintes medicamentos non se mostrou útil?:

- A) Tiamazol.
- B) Colestiramina.
- C) Solución de Lugol.
- D) Todos poden ser útiles.

30. No documento sobre o tratamento da diabetes que propón a Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AAACE), na súa actualización do ano 2017, establécense uns aspectos de estilo de vida que é preciso ter en conta co obxecto de reducir o risco cardiovascular do paciente diabético. Sinale aquel que NON se sinala no devandito documento:

- A) Actividade física regular.
- B) Abstinencia absoluta da inxesta de bebidas alcohólicas.
- C) Unha suficiente cantidade de horas de sono.
- D) Cesamento do hábito de fumar e do uso de produtos relacionados co tabaco.

31. Cal dos seguintes eventos NON parece estar relacionado patoxénicamente co desenvolvemento dun tumor produtor de GH?

- A) Hiperexpresión de PTTG (pituitary tumor transforming gene).
- B) Microduplicación Xp26.3.
- C) Mutación activadora da subunidade alfa da proteína estimuladora dos nucleótidos de guanina (GSalfa).
- D) Mutación activadora do xene que codifica TPIT.

32. Unha paciente diagnosticada de Síndrome de Turner por talla baixa é seguida en Pediatría ata que aos 15 anos pasa á unidade de Endocrinoloxía de adultos. Con respecto ao seguimento desta paciente sinálese a resposta falsa:

- A) A alteración cardiovascular potencialmente máis grave é a disección de aorta. Por iso hai que vixiar máis estreitamente aos pacientes con dilatación na aorta ascendente.
- B) A obesidade e a diábetes mellitus tipo 2 son pouco frecuentes nestes pacientes.
- C) O risco de xordeira neurosensorial é alto nestas pacientes.
- D) Estas pacientes teñen maior risco de osteoporose e fracturas. No seguimento hai que ter en conta que a densitometría (dual-energy x-ray absorptiometry) pode subestimar a densidade ósea nos pacientes de baixa estatura.

33. Indique a afirmación CORRECTA no hipopituitarismo:

- A) A severidade do hipopituitarismo post-traumático non se relaciona coa gravidade do traumatismo.
- B) O déficit de ACTH provoca perda de sal e hipokaliemia.
- C) Os fármacos anti-CTLA-4 poden provocar hipofisite e hipopituitarismo.
- D) O déficit de PRL asóciase a alteracións sutís da coagulación.

34. Un paciente de 34 anos é remitido a consulta de endocrinoloxía para valoración de xinecomastia bilateral. Non é dolorosa e desenvolveuse moi gradualmente nos últimos 10 anos. Non toma ningún fármaco nin ten ningún antecedente patolóxico coñecido de interese. Na exploración a xinecomastia é bilateral, duns 2 cm de diámetro, en forma de disco inmediatamente tras a aréola e sen secreción a expresión. O pelo é de distribución masculina, aínda que lixeiramente diminuído, e pálpanse testes en bolsa escrotal dun tamaño normal para un adulto. Refire desde sempre líbido escasa, pero pode manter relacións sexuais ocasionais. Non tivo fillos. Espontaneamente refírenos que desde hai moitos anos ten fatiga muscular que cada vez é maior, chegando ao extremo de ter dificultades para levantarse dunha cadeira, así como fasciculacións en distintos grupos musculares (efectivamente, nós comprobamos fasciculacións en deltoides/tríceps). Consultouno co seu médico de cabeceira pero este non lle dá importancia. Interrogado por estes síntomas relátanos que a súa nai contoulle que un tío materno seu tiña síntomas parecidos, pero que morreu de mozo nun accidente e non sabe darnos máis datos. Pedimos estudo hormonal: FSH: 5,3 mU/mL (varóns: 1,5–12,4 mUI/mL); LH 3,9 mU/mL (varóns 1,7–8,6 mUI/mL); Testosterona total 11,1 ng/mL (2–9 ng/mL); B-HCG 0,5 (0,1– 4 mUI//mL). Envíamos a Neuroloxía para estudo, pero nós xa temos bastante claro o diagnóstico... cal lle parece máis probable?

- A) Enfermidade de Tay-Sachs.
- B) Tumor hipofisario con expansión cara ambos seos cavernosos.
- C) Tumor testicular con metástase a nivel de L1-L2.
- D) Atrofia espinobulbar muscular (Sd de Kennedy).

35. Cal dos seguintes aspectos NON se contempla no soporte nutricional do paciente cirúrxico?.

- A) Reiniciar a nutrición oral tras a ciruxía tan pronto como sexa posible.
- B) Establecer sempre xaxún preoperatorio.
- C) Reducir os factores que poden alterar a motilidade gastrointestinal.
- D) Iniciar a rehabilitación e a mobilización precozmente.

36. Con respecto aos varóns con hipogonadismo primario por Síndrome de Klinefelter sinale a resposta falsa:

- A) A síndrome de Klinefelter é a causa conxénita máis frecuente de hipogonadismo primario en varóns, cunha incidencia de aproximadamente 1 de cada 1000 nenos varóns nados vivos.
- B) O xenotipo máis frecuente é 47,XXY pero pode haber maior ou menor número de X.
- C) Presentan maior risco de cancro de mama e cancro de próstata que a poboación xeral masculina.
- D) Presentan maior risco de enfermidades pulmonares como bronquite crónica, bronquiectasias e enfisema.

37. Unha fórmula de nutrición enteral:

- A) Considérase isotónica cando a súa osmolalidade se encontra nun torno a 350 mOsm/kg.
- B) Denomínase hipercalórica cando achega máis de 1,1 kcal/mL.
- C) Ten como fonte de proteínas máis habitual a caseína, á que se engaden ocasionalmene proteínas de soja e lactoalbúmina.
- D) Todas as opcións son correctas.

38. Das seguintes técnicas cirúrxicas utilizadas no tratamento da obesidade grave, sinale cal é a que induce unha maior perda de peso:

- A) Banda gástrica axustable.
- B) By-pass gástrico.
- C) Derivación biliopancreática.
- D) Gastrectomía tubular.

39. Respecto da indicación de PAAF tiroidea no estudo dos nódulos tiroideos indique a afirmación INCORRECTA:

- A) A PAAF pode ser conveniente en nódulos tiroideos de máis de 2 cm con características ecográficas de moi baixa sospeita.
- B) A observación sen PAAF pode ser razoable en nódulos tiroideos de máis de 2 cm con características ecográficas de moi baixa sospeita.
- C) A PAAF non está nunca indicada en nódulos tiroideos de menos de 1 cm.
- D) A PAAF non está indicada en nódulos tiroideos puramente quísticos.

40. Nun home adulto transexual (transexual de muller a home) a tratamento con undecanoato de testosterona (1 gramo im cada 12 semanas) un dos seguintes diagnósticos non ten implicacións sobre a decisión de interromper o tratamento:

- A) Síndrome de apneas do sono.
- B) Pancreatite.
- C) Cardiopatía isquémica con angor inestable e insuficiencia cardíaca.
- D) Eritrocitosis.

41. Cal dos seguintes enunciados é certo?:

- A) Os fármacos que inhiben a actividade do citocromo CYP3A4 aumentan a inactivación do cortisol e, por tanto, é necesario aumentar as doses substitutivas na insuficiencia suprarrenal.
- B) O mitotano é un inhibidor do citocromo CYP3A4
- C) Os anticorpos anti CTLA4 como o ipilimumab poden ocasionar hipofisite autoinmune (e así, insuficiencia suprarrenal secundaria).
- D) Os tres enunciados son certos.

42. Cal das seguintes NON é unha complicación metabólica da Nutrición Parenteral?

- A) Hiperglucemia.
- B) Hipoglucemia.
- C) Uremia.
- D) Esteatose hepática.

43. En relación co soporte nutricional para pacientes con cancro:

- A) Asíumese en xeral que os requerimentos enerxéticos son similares aos das personas sans e establécense en 25-30 kcal/kg/día.
- B) A inxesta proteica debe estar por riba do 1g/kg/día e se é posible chegárase a 1,5g/kg/día.
- C) Se o paciente perde peso e se sospeita insulínresistencia aumentárase a achega calórica das graxas e reducírase o dos carbohidratos.
- D) Todas as respostas son certas.

44. En cal das seguintes circunstancias debe realizarse de forma inmediata un estudo para avaliar a presenza dun déficit de GH na infancia?

- A) Talla baixa inferior a 3 DS da media na poboación de referencia.
- B) Talla inferior a 1,5 DS da talla media parental.
- C) Velocidade de crecemento inferior a 2 DS respecto da media da poboación de referencia durante un ano.
- D) Tódalas respostas son correctas.

45. Unha das seguintes situacións NON SE ASOCIA ao desenvolvemento de hiponatremia aguda (< 48h), sinálea.

- A) Cirurxía de resección prostática.
- B) Consumo de éxtase / metanfetamina.
- C) Radioterapia hipofisaria.
- D) Tratamento con oxitocina.

46. O índice de Maastricht é un Índice Pronóstico que se pode utilizar na valoración do estado nutricional e que se caracteriza porque:

- A) Utiliza niveis de albúmina, prealbúmina e linfocitos totais.
- B) Utiliza a porcentaxe de peso ideal.
- C) Considérase que un valor maior de 0 é demostrativo de desnutrición.
- D) Todas as respostas son correctas.

47. Das seguintes contraindicacións para a Nutrición Enteral sinale cal é unha contraindicación absoluta:

- A) Fístula entérica de alto débito.
- B) Vómitos incoercibles.
- C) Pancreatite aguda grave necrosante na que non se consegue administrar unha nutrición xexunal ou, aínda administrada esta, existe intolerancia.
- D) Hemorraxia dixestiva aguda grave activa.

48. Cal das seguintes afirmacións é INCORRECTA respecto da acromegalia?

- A) No 30% dos pacientes existe algún grao de hiperprolactinemia xa sexa por co-secreción ou por distorsión do talo hipofisario.
- B) Aínda que a densidade mineral ósea pode estar aumentada (DEXA) hai un aumento da fragilidade vertebral.
- C) Metabolicamente cursa con retención de nitróxeno, antagonismo insulínico e lipoxénese.
- D) A causa máis frecuente de mortalidade é a enfermidade cardiovascular.

49. Un neno de 3 anos é levado a consulta porque, segundo refiren os seus pais, presenta un aumento do volume testicular e do tamaño do pene, conduta desinhibida e notan que creceu moito. Como antecedentes familiares destaca un tío materno con puberdade precoz pero non coñecen nin a causa nin se foi tratado. Exploración física: idade 3 anos 9 meses, peso 19,1 Kg (P90-95), talla 110 cm (P>97), pubarquia III de Tanner, lonxitude do pene 5 cm. volume testicular 4 ml, non axilarquia. Analítica: bioquímica, hemograma, función tiroidea e PRL: normais; testosterona total: 6,75 ng/mL (Tanner I: 0,02-0,23 ng/mL); gonadotrofinas basales: FSH: 0,2 mUI/mL e LH: menor de 0,1 mUI/mL; gonadotrofinas tras test con Luforan: resposta prepuberal con niveis elevados de testosterona. Idade ósea 5 anos e 6 meses. Eco testicular, TAC de suprarrenais, RNM cerebral e abdominal: normais. Sinale a resposta falsa:

- A) É un tipo de puberdade precoz periférica (pseudopubertad precoz, puberdade GnRH independente).
- B) O tratamento ideal é con análogos da GnRH.
- C) O diagnóstico máis probable é unha testotoxicose.
- D) Se fose unha puberdade precoz central, no test de Luforan produciríase un pico de gonadotrofinas.

50. Cal dos seguintes fármacos pode dar lugar a un aumento da liberación ou efecto da ADH?

- A) Fluoxetina.
- B) Clorpropamida.
- C) Carbamazepina.
- D) Todas as opcións son correctas.

51. Marque a correcta con respecto ás complicacións hiperglicémicas agudas da diabetes mellitus:

- A) Un alicerce fundamental do tratamento da cetoacidose diabética é o emprego de bicarbonato a doses baixas.
- B) A elevación de lipasa e amilasa é diagnóstica de pancreatite aguda.
- C) No estado hiperglicémico hiperosmolar poden aparecer déficits neurolóxicos focais que desaparecen ao corrixir a alteración metabólica.
- D) As tres respostas son incorrectas.

52. Cal non é unha causa coñecida de hipotiroidismo?:

- A) Interferon alfa.
- B) Déficit de iodo.
- C) Hemanxiomias hepáticos de gran tamaño.
- D) As tres son causas coñecidas de hipotiroidismo.

53. Sinale a afirmación INCORRECTA respecto ao tratamento da acromegalia.

- A) Ante un microadenoma produtor de GH a cirurxía transesfenoidal é a opción terapéutica de elección.
- B) Ante un macroadenoma invasivo que comprime o quiasma, o tratamento primario con análogos de somatostatina é o de primeira elección,
- C) En pacientes con acromegalia curada cirurxicamente a taxa de recurrencias a longo prazo é de entre un 3 e un 8%.
- D) Os somatotropinomas densamente granulados, en comparación cos escasamente granulados, son de menor tamaño, teñen unha maior taxa de secreción de GH e responden mellor ao tratamento con análogos da somatostatina de primeira xeración.

54. Cal é certa?:

- A) O hiperaldosteronismo familiar de tipo 1 é unha enfermidade autosómica recesiva.
- B) O tratamento do hiperaldosteronismo familiar de tipo 2 é o uso de glucocorticoides, preferentemente dexametasona.
- C) O hiperaldosteronismo familiar de tipo 1 é unha enfermidade leve que non leva un risco aumentado de morbimortalidade prematura.
- D) No hiperaldosteronismo familiar de tipo 1 hai un intercambio de material xenético entre os xenes CYP11B2 e CYP11B1, que da lugar a un xene quimérico.

55. Respecto á diabetes insípida nefroxénica (DIN), indique a afirmación INCORRECTA.

- A) Nos nenos a causa máis frecuente é a hereditaria.
- B) A intoxicación por litio causa DIN.
- C) A hiperkaliemia causa DIN.
- D) A obstrución bilateral do tracto urinario causa DIN.

56. No seu hospital, o servizo de Dixestivo réalízalle unha interconsulta por achado dun incidentaloma adrenal nun TC abdominal. Trátase dunha paciente de 50 anos, sen antecedentes de interese, ingresada por pancreatite litiásica. No TC describen un nódulo de 1,5 cm, homoxéneo e de bordos regulares en suprarrenal esquerda, cun valor de atenuación en unidades Hounsfield menor de 10 HU. No interrogatorio dirixido non refire antecedentes de HTA, nin síntomas suxestivos de Cushing o feocromocitoma. Na exploración apréciase sobrepeso grao I, TA 150/95 e non hai estigmas de Cushing. En bioquímica xeral destacamos glicosa: 107 mg/dL e K 4 mEq/L. Con respecto aos estudos analíticos hormonais a realizar sinale a resposta falsa:

- A) A despistaxe bioquímica habitual para os incidentalomas adrenais inclúe a Sd de Cushing e o feocromocitoma e, se hai HTA, o hiperaldosteronismo primario.
- B) A DHEA-S é útil como marcador de secreción de andróxenos adrenais. Se a paciente ten un adenoma con secreción autónoma de cortisol, os niveis poden estar baixos debido aos niveis suprimidos de ACTH.
- C) Nesta paciente non é necesario realizar despistaxe para hiperaldosteronismo primario, pois os niveis de K son normais.
- D) Cando está indicado realizar despistaxe de hiperaldosteronismo primario existen moitos fármacos antihipertensivos que poden alterar os estudos bioquímicos, pero considérase que os que máis interferen son os antagonistas da aldosterona (espironolactona e eplerenona).

57. Os requirimentos basais de electrolitos por vía parenteral en adultos son:

- A) 10–20mEq/kg/día de sodio e potasio, 50 mEq/día de calcio, 60 mEq/día de magnesio, 100 mmol/día de fosfato.
- B) 1–2 mEq/kg/día de sodio e potasio, 10–15 mEq/día de calcio, 8–20 mEq/día de magnesio, 20–40 mmol/día de fosfato.
- C) 0,1–0,2 mEq/kg/día de sodio e potasio, 1–5 mEq/día de calcio, 1–5 mEq/día de magnesio, 20–40 mmol/día de fosfato.
- D) 1–2 mEq/kg/día de sodio e potasio, 100–150 mEq/día de calcio, 80–200 mEq/día de magnesio, 200–400 mmol/día de fosfato.

58. Con respecto a unha muller adulta transexual (transexual de home a muller) sinálese o que non é correcto:

- A) Para poder considerar a alguén como transexual ten que cumprir 3 criterios (CIE–10): a.– o desexo de vivir e ser aceptado como o sexo oposto, xeralmente acompañado polo desexo de facer o corpo o máis similar posible ao do sexo preferido; b.– a identidade transexual estivo presente persistentemente durante polo menos 2 anos e c.– a entidade non é un síntoma dun trastorno mental nin dunha anomalía cromosómica.
- B) Unha muller transexual séntese e identifícase interiormente como muller, aínda que se sabe anatomicamente varón, en consecuencia realiza todos os esforzos posibles para que o seu corpo se axeite a esta identidade.
- C) A supresión da secreción ou acción dos andróxenos baséase en compostos con efecto antiandroxénico, sendo de uso habitual en España o acetato de ciproterona. Tamén poden usarse análogos da hormona liberadora de gonadotropinas, pero son de segunda elección polo seu prezo.
- D) Nos pacientes de maior idade debe restrinxirse o uso de estróxenos transdérmicos porque teñen maior risco de enfermidade tromboembólica que os estróxenos orais.

59. Sinale a afirmación INCORRECTA respecto dos craneofarinxiomias:

- A) Poden ser adamantinomatosos ou papilares.
- B) Poden ser provocados por unha mutación en CTNNB1 que codifica a beta catenina.
- C) Poden ser provocados por unha mutación en AIP.
- D) Poden ser provocados por unha mutación do xene BRAF (V600E).

60. Unha paciente de 27 anos consulta co seu médico de primaria por amenorrea de 4 meses. Na analítica realizada apréciase unha PRL de 390 ng/mL polo que nola remite á consulta. Cando a vemos por primeira vez é difícil historiala porque vén doutro país e apenas fala o noso idioma. Consequimos entender que hai 2 anos foi intervida no seu país dun tumor en páncreas diagnosticado incidentalmente. Aínda que non temos ningún informe, pola idade e evolución sospeitamos que era un tumor neuroendocrino. Non tivo nunca ningunha clínica que faga pensar que o tumor fose funcionante: especificamente non hipoglucemias, non úlceras pépticas, non diarrea, etc. Non pode proporcionarnos antecedentes familiares porque os seus pais morreron sendo ela moi nova. Na exploración física non hai nada reseñable salvo galactorrea bilateral a expresión por varios condutos galactóforos. Na analítica vemos un calcio de 11,1 mg/dL (8,5–10,4 mg/dL). Revisando historia xa se detectaba hipercalcemia na primeira analítica que fixera ao chegar a España (Ca 10,8 mg/dL). Sinala a resposta correcta acerca desta paciente:

- A) Tomando os datos en conxunto suxire que debemos descartar un MEN 2.
- B) É importante ter en mente que podemos estar ante un MEN 1 polo que habería que pedir un estudo xenético do protooncoxén RET.
- C) Non pode ser un MEN porque o tumor en páncreas era non funcionante e neste cadro os tumores neuroendócrinos son sempre funcionantes (sobre todo gastrinomas e insulinosomas).
- D) Se se detecta un macroadenoma hipofisario produtor de prolactina a actitude terapéutica é a mesma, tanto se é un MEN coma se non o é.

61. En relación co soporte nutricional para os pacientes con demencia:

- A) Existe evidencia sobre a utilidade da suplementación con ácidos grasos omega-3 para previr o deterioro cognitivo.
- B) Existe evidencia sobre a utilidade do uso dos suplementos orais para mellorar o estado nutricional.
- C) É importante a restricción de nutrientes que poidan empeorar a patoloxía metabólica típica de pacientes deste grupo de idade.
- D) Complexos polivitamínicos do grupo B retrasan a progresión do deterioro cognitivo.

62. Envíanlle a consulta unha paciente de 55 anos para valoración de hipercalcemia. Como antecedente destaca un BMN eutiroideo, dado de alta do servizo hai anos tras varias ecografías sen crecemento nodular. Analítica actual: calcio 11,8 mg/dL (8,5–10,4 mg/dL), fósforo 2,1 mg/dL (2,4–4,9 mg/dL), PTH 76 pg/mL (10–55 pg/mL), vitamina D 33 ng/mL (suficiencia maior de 30 ng/mL), calciuria 405 mg/24 horas. Non hai antecedentes familiares de hipercalcemia. Vostede cre que ten un hiperparatiroidismo primario e considera que ten criterios cirúrxicos. Previo a derivar a cirurxía pide como proba de imaxe localizadora unha gammagrafía con sestamibi, pero o resultado é negativo. Sinala cal das seguintes afirmacións é falsa:

- A) Unha gammagrafía con sestamibi negativa non exclúe o diagnóstico de hiperparatiroidismo primario, posto que ocorre no 12–25 por cento dos pacientes.
- B) Os resultados do sestamibi poden mellorarse se: 1.– combínase con imaxes en 3 dimensións (Sestamibi–Single Photon Emission Computed Tomography: SPECT), 2.– realízase unha gammagrafía tiroidea e practícase unha subtracción de imaxes ou 3.– realízase unha fusión con imaxes de tomografía computerizada (MIBI–SPECT–CT).
- C) A ecografía é a miúdo usada para localización, presentando como vantaxe unha maior sensibilidade para localizar adenomas paratiroides en pacientes con nódulos tiroideos.
- D) A non localización do adenoma mediante probas de imaxe non é criterio para non indicar a intervención se cumpre criterios cirúrxicos. Nestes casos debe realizarse exploración bilateral por un cirurxián con experiencia.

63. Cal é certa con respecto ao hipotiroidismo?

- A) A cistinose pode producir hipotiroidismo primario por acumulación de cistina nas células tiroideas.
- B) A incidencia de hipotiroidismo inducido por amiodarona en áreas de baixa inxesta de iodo é maior que nas áreas de inxesta alta.
- C) No tratamento substitutivo do hipotiroidismo, o uso concomitante de carbamacepina adoita requirir reducir as doses de levotiroxina.
- D) O carbonato cálcico non interfere coa absorción da levotiroxina oral.

64. Nun paciente con carcinoma papilar de tiroides en tratamento con tiroxina a dose substitutiva (TSH 1,7 mUI/mL) se obxectiva unha tiroglobulina de 2,1 ng/mL con anticorpos antitiroglobulina negativos. Tras estímulo con TSHhr (TSH > 80 mUI/mL) o rastrexo con I131 é negativo e a tiroglobulina estimulada é de 17,6 ng/mL con anticorpos antitiroglobulina negativos. Nesta situación, cal das seguintes afirmacións é INCORRECTA?

- A) Hai un 30 % de posibilidades de que evolucione espontaneamente á normalización.
- B) Non require ningunha medida adicional de tratamento nin de seguimento, só observación regular.
- C) Hai un 20% de posibilidades de recurrencia estrutural.
- D) Neste caso o risco de mortalidade específica por cancro de tiroides é inferior a un 1%.

65. Cal dos seguintes enunciados é certo con respecto á retinopatía diabética?:

- A) A principal causa de perda de visión na retinopatía non proliferativa é o edema macular.
- B) O edema macular non aparece na retinopatía non proliferativa.
- C) O embarazo non é un factor de risco para o empeoramento da retinopatía diabética.
- D) Os tres enunciados son falsos.

66. A relación existente entre o Índice de Masa Corporal e a Hipertensión é:

- A) Exponencial.
- B) Lineal.
- C) Inversa.
- D) En curva J.

67. Cal das seguintes formas de diabetes de causa monoxénica se asocia con secreción defectuosa de insulina, como defecto patoxénico fundamental?:

- A) Leprechaunismo.
- B) Síndrome de Rabson-Mendenhall.
- C) Diabetes lipoatrófica.
- D) Ningunha das tres mencionadas.

68. Unha das seguintes patoloxías pódese asociar a niveis de SHBG baixos, o que podería dar lugar a un descenso da concentración de testosterona total, pero sin diminución dos niveis de testosterona libre. ¿Cal é?

- A) Hipertiroidismo.
- B) HIV.
- C) Idade avanzada.
- D) Obesidade.

69. Con respecto á composición das lipoproteínas, sinale a resposta correcta:

- A) A apoproteína máis abundante nas HDL é a "apo AII".
- B) As VLDL teñen un 55% de triglicéridos e un 20% de colesterol.
- C) Os quilomícróns remanentes teñen un 85% de triglicéridos e un 15% de fosfolípidos.
- D) A apoproteína característica das LDL é a "apo B48".

70. Pregunta sobre hipertiroidismo e embarazo/lactancia. Cal das seguintes respostas é certa?:

- A) Na lactancia natural ou materna non se pode dar tiamazol á nai polo elevado risco de hipotiroidismo no lactante.
- B) O hipertiroidismo subclínico durante o embarazo non adoita necesitar tratamento.
- C) Durante o embarazo é moi importante para a saúde materno-fetal manter uns niveis normais de TSH (iguais aos das mulleres adultas non embarazadas).
- D) No primeiro trimestre do embarazo non se debe utilizar propiltiouracilo.

71. En relación co tratamento da hiperlipemia, sinale a resposta correcta:

- A) A dieta mediterránea e a dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) non son as máis adecuadas como parte das recomendacións de estilo de vida.
- B) Dose de 4 g diarios de EPA e DHA non son útiles para tratar a hipertrigliceridemia.
- C) Non está claro que a suplementación con aceite de pescado sexa útil na prevención primaria da cardiopatía isquémica.
- D) Acéptase ata un 20% do total das calorías da dieta en forma de graxas saturadas.

72. Respecto á hipofisite linfocítica, sinale a resposta INCORRECTA:

- A) Pode asociarse a un déficit de TSH e ACTH.
- B) Na RM pode ser presentarse como un adenoma hipofisario.
- C) Cursa con cefalea proporcional ao tamaño da lesión hipofisaria.
- D) Pode evolucionar a fibrose e atrofia glandular.

73. Unha moza de 25 anos seguida en consulta por unha diabetes mellitus tipo 1 e un hipotiroidismo por tiroidite crónica autoinmune relátanos nunha revisión rutineira que hai máis de 6 meses que non tivo a regra. No estudo hormonal que se lle realiza presenta LH en rango de menopausa e FSH dentro do rango de normalidade para unha fase folicular. Con estes antecedentes e o patrón hormonal, vostede sospeita unha ooforite autoinmune. Sinale a resposta falsa:

- A) É probable que esta muller presente unha cariotipo normal XX.
- B) É probable que esta paciente presente ovarios quísticos e alongados e destrución das células da teca.
- C) Se co tempo a paciente desenvolve un hipoparatiroidismo autoinmune estaríamos ante unha Síndrome Poliglandular tipo II.
- D) É posible que esta paciente estea en risco de desenvolver unha enfermidade de Addison polo que pode ser aconsellable medir anticorpos anti-adrenais ou anti-21-hidroxilasa.

74. Cal das seguintes non aparece na síndrome de Cushing endóxena?

- A) Pérdida de ritmo circadiano do cortisol.
- B) Falta de resposta do cortisol á hipoglicemia insulínica.
- C) Niveis elevados de ACTH.
- D) Mutacións inactivadoras na subunidade alta da proteína G estimuladora (alpha subunit of the stimulatory G protein of adenyl cyclase), descritas na síndrome de McCune-Albright.

75. Diagnóstico e clasificación da diabetes, sinale a correcta:

- A) Actualmente acéptase que a aparición de cetoacidose é patognomónica de diabetes mellitus tipo 1.
- B) Unha forma pouco frecuente de diabetes de orixe hereditaria é a síndrome de Wolfram ou DIDMOAD (con diabetes insípida e diabetes mellitus) causada por mutacións no receptor de sulfonilureas pancreático SUR1 (xene ABCC8).
- C) A diabetes mellitus é común na hemocromatose hereditaria (cerca do 50%, nos pacientes sintomáticos).
- D) Na fibrose quística encóntrase diabetes mellitus en aproximadamente o 80% dos pacientes menores de 20 anos.

76. Na ecografía se obxectiva un nódulo tiroideo de 27 mm de diámetro máximo, máis alto que ancho, hipoecoico, con marxes irregulares e microcalcificaciónes. Podemos estimar que o risco de malignidad desta lesión é aproximadamente:

- A) Menos do 3%.
- B) Do 5 ao 10 %.
- C) Do 10 ao 20%.
- D) De máis dun 70%.

77. Respecto ao significado do tratamento con GH durante o período de transición desde a infancia/adolescencia á idade adulta, unha das seguintes consideracións NON É CORRECTA, indíquea:

- A) O pico de masa ósea acádase entre os 20 e os 25 anos.
- B) O crecemento lonxitudinal adoita terminarse aos 14–15 anos nos nenos e aos 16–17 nas nenas.
- C) O crecemento lonxitudinal considérase terminado cando o crecemento é inferior a 1,5 cm ano, que adoita corresponderse cunha maduración ósea de 97–98%.
- D) Os pacientes con síndrome de Turner non requiren reavaliación do tratamento de GH unha vez acadada a talla final.

78. En relación co hipotiroidismo conxénito, cal é certa?:

- A) O tratamento inicial de elección é a terapia combinada con levotiroxina (10–15 microgramos por kg de peso) e triiodotironina (3,125 microgramos cada 12 horas).
- B) Débese pospoñer o tratamento substitutivo ata ter os resultados das probas de imaxe, sobre todo as de medicina nuclear.
- C) Nos defectos das deshaloxenasas (codificadas polo xene IYD) pode aparecer bocio.
- D) A presenza de bocio descarta alteracións na proteína transportadora de iodo NIS – Na–I (sodium–iodide) Symporter–.

79. Sinale a resposta correcta en relación coas fórmulas oligomonoméricas de nutrición enteral:

- A) Son aquelas nas que se usan ácidos graxos libres como fonte de achega lipídica.
- B) Os carbohidratos que levan adoitan estar en forma de dextrinomaltosa, aínda que tamén se usan oligosacáridos de glucosa e disacáridos como fructosa e maltosa.
- C) A osmolalidade deste grupo de fórmulas é habitualmente menor que a de das formas poliméricas.
- D) Os lípidos constitúen habitualmente a principal fonte calórica, con porcentaxes superiores ao 40% do total do contido calórico.

80. Respecto ao hipopituitarismo, cal das seguintes afirmacións é INCORRECTA?

- A) O déficit de GH é a alteración hormonal máis frecuente na hemocromatose hereditaria.
- B) A radioterapia por tumores do sistema nervioso central e nasofarínxeos pode inducir hipopituitarismo habitualmente por lesión hipotalámica.
- C) Os nenos tratados con máis de 18 Gy sobre a rexión hipotálamo hipofisaria poden desenvolver déficit de GH e puberdade precoz central.
- D) A presenza de hipopituitarismo con diabetes insípida e engrosamiento do talo e do infundíbulo debe levar a sospeitar a existencia dun proceso inflamatorio ou infiltrativo.

81. Un paciente de 68 anos é ingresado cunha masa pulmonar e unha cifra de calcio sérico de 15,7 mg/dL. Cal é a primeira medida terapéutica a adoptar?:

- A) Pamidronato intravenoso.
- B) Furosemida.
- C) Soro salino.
- D) Calcitonina.

82. Respecto da hiperprolactinemia, sinala a afirmación INCORRECTA:

- A) En mulleres en idade fértil con hiperprolactinemia, a severidade dos síntomas se correlaciona estreitamente co nivel de PRL.
- B) En casos de hiperprolactinemia sen aparente repercusión clínica debe determinarse a presenza de macroprolactina.
- C) En mulleres post menopausicas con hiperprolactinemia é frecuente a presenza de galactorrea.
- D) En homes con hipogonadismo por hiperprolactinemia é máis frecuente a xinecomastia que a galactorrea.

83. Cal dos seguintes é un factor de risco coñecido para o desenvolvemento do fallo autonómico asociado á hipoglicemia (hypoglycemia-associated autonomic failure, HAAF)?:

- A) Deficiencia endóxena absoluta de insulina.
- B) Unha historia previa de hipoglicemias iatroxénicas graves.
- C) Tratamento intensivo con obxectivos glicémicos próximos ao normal.
- D) Os tres son factores de risco para o desenvolvemento do devandito cadro.

84. Indique a afirmación INCORRECTA respecto ao tratamento substitutivo do hipopituitarismo adquirido en adultos:

- A) Non debe iniciarse tratamento con tiroxina ata non se teña avaliado a función adrenal.
- B) En adultos novos debe realizarse substitución con testosterona ou ben con estróxenos e proxestáxenos.
- C) Os niveis de ACTH durante o tratamento son de utilidade para o axuste de doses de glucocorticoides.
- D) A substitución con glucocorticoides pode desenmascarar a presenza dunha diabetes insípida previamente inadvertida.

85. En relación coa epidemioloxía da obesidade, sinala o correcto:

- A) As taxas de prevalencia de obesidade máis elevadas dánse nas Illas do Pacífico, no Caribe, Centro América e no Oriente Medio.
- B) Entre os anos 1980 e 2000 apreciouse un descenso na prevalencia en nenos.
- C) Non se apreciou un aumento da prevalencia de esteatohepatite non alcohólica, diabetes tipo 2 e litiasis biliar en nenos.
- D) Nos Estados Unidos de América o grupo étnico con menos prevalencia de obesidade é o de raza negra.

86. Cal é certa?

- A) O crecemento bilateral das glándulas suprarrenais é diagnóstico da síndrome de Cushing ACTH-dependente.
- B) Existe solapamento entre os niveis de ACTH da enfermidade de Cushing (adenoma hipofisario) e dos niveis de ACTH de orixe ectópico.
- C) Os carcinomas de células pequenas pulmonares non son causa de síndrome de Cushing por produción ectópica de ACTH.
- D) Os tumores neuroendocrinos pancreáticos son a causa máis frecuente de secreción ectópica de ACTH.

87. En pacientes con diabetes tipo 1 demostrouse no estudo DCCT (Diabetes Control and Complications Trial) que a redución de HbA1c mediante o uso de tratamento intensivo reduce as complicacións microangiopáticas. No caso da macroangiopatía, o estudo EDIC (Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications) demostrou:

- A) Que a mortalidade por calquera causa nos pacientes con diabetes tipo 1 non se reduceu mediante un mellor control metabólico.
- B) Que a mortalidade derivada das hipoglucecias foi superior ao beneficio en redución de mortalidade por calquera causa.
- C) Que a mortalidade por calquera causa reduciuse nun 33%, tras 27 anos de seguimento, no grupo de tratamento intensivo en comparación co grupo de tratamento convencional.
- D) Que a mortalidade por calquera causa foi menor no grupo do tratamento intensivo, pero tras 27 anos de seguimento a mortalidade global igualouse en ambos grupos.

88. Cal das seguintes non é causa de insuficiencia suprarrenal primaria?:

- A) Tuberculose.
- B) HIV.
- C) Linfomas.
- D) Mutacións do xene SOX3 (SRY-related HMG-box gene 3).

89. Con respecto aos feocromocitomas, cal é certa?:

- A) O feocromocitoma maligno é frecuente (máis do 20% na maior parte das series) na neoplasia endocrina múltiple tipo 2 (MEN 2).
- B) O feocromocitoma maligno é frecuente (máis do 20% na maior parte das series) nas mutacións SDHB.
- C) Os antidepressivos tricíclicos poden producir comunmente falsos negativos na medición das metanefrinas.
- D) As tres respostas son falsas.

90. Cal das seguintes situacións pode producir elevación transitoria da albuminuria?:

- A) Inflamacións inespecíficas das articulacións.
- B) Febre.
- C) Insuficiencia cardíaca.
- D) As tres poden producir a elevación descrita.

91. Desde atención primaria remítenos un paciente para valoración dun hipotiroidismo subclínico por tiroidite crónica autoinmune. Decidimos que non é necesario tratamento con levotiroxina, pero o que nos chama a atención é que o paciente presenta un hemograma con macrocitose VCM: 112 fL (normal 80–98 fL) e unha lixeira anemia, polo que no seguinte control analítico pedimos ácido fólico e vitamina B12. Os resultados son ácido fólico = 7 ng/mL (2,6–18,7 ng/mL) e vitamina B12 = 122 pcg/mL (200–753 pcg/mL). Coa sospeita de anemia perniciosa pedimos anticorpos anti factor intrínseco e anti células parietais que son positivos ambos. Solicitamos entón endoscopia, onde nos informan de unha gastrite crónica atrófica e a presenza dun tumor carcinoide de 6 mm. Cal das seguintes aseveracións é falsa?

- A) Probablemente sexa un carcinoide gástrico tipo 2, que é o que adoita asociarse a gastrite crónica atrófica.
- B) A hipótese máis probable é que estes tumores desenvólvense como consecuencia da hipergastrinemia secundaria á aclorhidria gástrica que produce a gastritis atrófica.
- C) É moi pouco frecuente que os carcinoides gástricos asociados a gastrite crónica atrófica dean metástase en fígado.
- D) Estes tumores teñen tendencia a ser múltiples, polo que debe realizarse periodicamente endoscopia de control.

92. En relación coa dieta recomendada para os pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2:

- A) Para previr hipoglucemias é conveniente recomendar fontes de carbohidratos ricas en proteínas.
- B) Hao evidencia suficiente para poder afirmar que os carbohidratos deben achegar o 60% das calorías da dieta.
- C) Existe evidencia suficiente para poder recomendar suplementos de omega-3 para a prevención de eventos cardiovasculares.
- D) Non se recomenda o uso rutinario de suplementos con antioxidantes, tanto pola falta de evidencia como por posibles riscos relacionados coa seguridade a longo prazo.

93. As proteínas viscerais que se usan para a valoración do estado nutricional inclúen:

- A) Albúmina, transferrina, prealbúmina.
- B) Albúmina, ferritina, prealbúmina.
- C) Prealbúmina, transferrina, haptoglobina.
- D) Albúmina, transferrina, haptoglobina.

94. Cal é certa?:

- A) Para poder interpretar o cociente aldosterona/renina sempre hai que suspender o uso de espironolactona unhas semanas antes da proba.
- B) Os betabloqueantes poden producir falsos positivos no cociente aldosterona/renina porque reducen os niveis de renina.
- C) Un nivel alto de renina nun paciente que toma inhibidores da enzima convertidora de angiotensina (IECAs) exclúe o diagnóstico de adlosteronismo primario cunha alta probabilidade.
- D) Describiuse unha forma pouco frecuente de aparente exceso de mineralcorticoides por mutacións no xene que codifica a isoenzima hepática da 12 alfa-hidroxiesteroide deshidroxenasa tipo 5.

95. Respecto da Anorexia Nerviosa, sinale a resposta CORRECTA:

- A) O risco de que unha muller padeza de Anorexia Nerviosa, nas súas manifestacións plenas, ao longo da súa vida é do 0,3-1%.
- B) O risco de padecer Anorexia Nerviosa polos homes é 3 veces inferior ao das mulleres.
- C) Os factores predisponentes e desencadenantes da Anorexia Nerviosa son exclusivamente educacionais.
- D) As tres respostas son correctas.

96. Dende xinecoloxía remítennos unha paciente diagnosticada de hiperplasia suprarrenal conxénita forma non clásica para valorar si é necesario algún tipo de consello xenético. A paciente está en programa de fertilidade porque leva anos buscando xestación sen éxito. Ten feito estudo xenético que mostra unha mutación V281L en homocigose. A cuestión que nos expoñen é si é aconsellable facer estudio xenético á súa parella masculina polo risco de que, si conciben unha nena, esta poida resultar afectada dunha forma de hiperplasia suprarrenal clásica perde sal con xenitais ambiguos. Qué resposta lle parece máis correcta?

- A) Só é necesario se as mulleres familiares en primer grado do pai son moi peludas ou tiveron moita acne na adolescencia.
- B) Non aporta nada, pois sempre hai que tratar con hidrocortisona á nai o inicio da xestación ata saber o sexo do feto.
- C) En principio non é necesario, pois, aínda que o pai portase inadvertidamente unha mutación severa, é esperable que os descendentes só padezan unha forma non clásica (igual que a nai). Isto é así porque a severidade da afectación nun heterocigoto composto depende da mutación máis leve herdada.
- D) Hai que facelo sempre. Se por mala sorte o pai porta unha mutación severa e pasalla, a nena terá xenitais ambiguos.

97. Na avaliación dunha paciente premenopáusica con oligomenorrea e hirsutismo severo é común pedir varios estudos de laboratorio. Sinálese a resposta falsa:

- A) Se os niveis de testosterona total son maiores de 1,5 ng/mL (normal 0,08-0,6 ng/mL) pode estar indicado solicitar eco pélvica/transvaxinal para descartar tumor ovárico.
- B) Se o ratio FSH/LH maior de 2,5 en fase folicular está indicado solicitar eco abdominal para descartar síndrome de ovario poliquístico (PCOS).
- C) Se os niveis de DHEAs son maiores de 700-800 mcg/dL (normal 35-430 mcg/dL) pode estar indicado solicitar TC abdominal para descartar tumor adrenal.
- D) Se os niveis de 17-OHPRG son maiores de 2 ng/mL en fase folicular (normal 0,32-1,47 ng/mL) pode estar indicado un test de estímulo con ACTH para confirmar Hiperplasia Suprarrenal Conxénita por déficit de 21-OH-asa forma non clásica.

98. Unha nena nace con xenitais ambiguos (clitorimegalia 9 mm, fusión labial posterior), polo que se sospeita un trastorno da diferenciación sexual. Como primeira medida pídese un cariotipo. O resultado é 46XX. Cal das seguintes patoloxías é menos probable que sexa a causa do seu trastorno?

- A) Hiperplasia suprarrenal conxénita forma clásica por déficit 21-OHasa.
- B) Hiperandroxenismo xestacional por un luteoma materno.
- C) Translocación SRY.
- D) Deficiencia de 17-alfa-hidroxilasa.

99. Unha paciente de 21 anos consulta por hirsutismo lentamente progresivo de aparición perimenarquizal. Na escala de Ferriman–Gallway puntúa 17 (hirsutismo moderado). As súas regras son irregulares desde sempre, con 8–9 ciclos ao ano e presenta acne, especialmente en cara, que trata con Minociclina. O seu peso é normal (IMC 23). Non refire hirsutismo nas mulleres de ambas ramas familiares. Pídese estudo hormonal en fase folicular que é anodino, excepto 17–OH–PRG= 2,7 ng/mL (0,32–1,47 ng/mL). Cal das seguintes afirmacións é falsa con respecto aos pasos a seguir?

- A) O diagnóstico confirmatorio de hiperplasia suprarrenal conxénita forma non clásica en mulleres adultas debe realizarse mediante test xenético. En ningún dos textos habituais da especialidade séguese recomendando o test de estímulo con ACTH (Synacthen 250 mcg).
- B) Se non se desexa fertilidade, o tratamento pode consistir en corticoides ou anticonceptivos orais.
- C) Se a fertilidade está reducida e a paciente desexa xestación, en ocasións é útil o tratamento con corticoides.
- D) Esta paciente, do mesmo xeito que o resto das pacientes con formas non clásicas de hiperplasia suprarrenal conxénita por déficit de 21–OH–asa, non precisan de esteroides en situacións de estrés, a menos que estivesen recibindo doses altas de corticoides durante o tempo suficiente como para suprimir o eixe adrenal.

100. Unha das seguintes probas complementarias non corresponde á historia clínica dun paciente con hipogonadismo por síndrome de Klinefelter. Sinálese:

- A) Ecografía testicular: ambos testículos están situados dentro das bolsas escrotais, pero o seu tamaño é pequeno, cun testículo dereito que mide 2,5 x 1,2 x 1,8 cm e un testículo esquerdo que mide 2,2 x 1,1 x 1,3 cm.
- B) Analítica hormonal: LH 1,1 mUI/ml (1,5 – 8,5 mUI/ml); FSH 2,4 mUI/ml (0,1 – 12 mUI/ml); prolactina 13 ng/mL (varóns menor de 20 ng/mL).
- C) Espermiograma: ausencia total de espermatozoides, co resto das características do seme dentro da normalidade.
- D) Cariotipo: fórmula cromosómica 47,XXY en todas as metafases estudadas.

Preguntas de reserva

1. Sinale a resposta CORRECTA respecto á síndrome de Sheehan:

- A) Nas pacientes con hemorraxia severa obstétrica con hipotensión e agalactia debe realizarse un estudo de función hipofisaria ás 4–6 semanas do parto.
- B) En todas as pacientes con hemorraxia severa obstétrica debe realizarse un estudo de función hipofisaria ás 4–6 semanas do parto.
- C) Nas pacientes con hemorraxia severa obstétrica con hipotensión debe descartarse de forma inmediata o déficit de ACTH e avaliar o resto da función hipofisaria ás 4–6 semanas do parto.
- D) O tratamento con sulpiride e metoclopramida pode ser de utilidade ao mellorar a agalactia.

2. Sobre a Nutrición Enteral Precoz:

- A) Pode aumentar as complicacións sépticas.
- B) Pode diminuír a traslocación bacteriana.
- C) Implica acadar o 100% das necesidades calculadas nas primeiras 24 h.
- D) Obriga á administración intermitente do produto de nutrición enteral.

3. Con respecto aos efectos adversos do tratamento do hipertiroidismo, cal é falsa?

- A) De maneira moi infrecuente pode ocorrer colestase, máis a miúdo en relación coa utilización do tiamazol.
- B) O iodo radioactivo non é un factor de risco para a aparición de orbitopatía de Graves.
- C) A hepatite con hepato-necrose é máis común con propiltioruracilo que con tiamazol.
- D) Cos antitiroideos pode aparecer vasculite asociada a anticorpos citoplasmáticos antineutrófilos, máis frecuentemente co uso do propiltiouracilo.

4. No carcinoma tiroideo o estado clínico e resposta aos tratamentos poden estadiarse en calquera momento do seguimento nas seguintes categorías. Delas indique a INCORRECTA:

- A) Resposta excelente.
- B) Resposta estrutural incompleta.
- C) Resposta indeterminada.
- D) Resposta pésima.

5. Respecto á Bulimia Nerviosa, sinale a resposta CORRECTA:

- A) É 2 veces máis frecuente en mulleres que en homes.
- B) Non adoita haber alteracións psiquiátricas asociadas.
- C) A existencia de alteracións da personalidade mellora o pronóstico.
- D) A maioría dos casos presentan un peso corporal normal.

6. Desde primaria remítesenos unha paciente de 19 anos que en analítica rutineira presenta un calcio de 10,8 mg/dL (8,5–10,4 mg/dL). Clinicamente está asintomática e non temos ningún calcio previo co que comparar (vén doutra comunidade autónoma). Complétase estudo de metabolismo fosfocálcico: fósforo: 4,34 mg/dL (2,4–4,9 mg/dL), magnesio: 1,9 mg/dL (1,7–2,2 mg/dL), PTH: 78,8 pg/mL (10–65 pg/ml), 25-OH-vitD: 33 ng/mL (suficiencia 30–100 ng/mL), calciuria de 24 h: 79 mg/24 h (20–270 mg/día). Pedíuse gammagrafía paratiroidea que non mostrou captacións patolóxicas. Os seus antecedentes persoais son anodinos e entre os seus antecedentes familiares destaca que a súa nai morreu de cancro de mama cando ela era adolescente e o seu pai foi diagnosticado de hiperparatiroidismo e intervindo, pero non se curou (non dispón de informes). Ante estes datos, que proba analítica cre que pode axudar co diagnóstico?

- A) 1,25-OH vitamina D.
- B) Fracción de excreción renal de calcio.
- C) Reabsorción tubular de fosfatos.
- D) PTHrP (Parathyroid hormone-related protein).

7. En cal das seguintes enfermidades o sobrepeso ou obesidade se asocia con taxas de mortalidade máis baixas que para pacientes similares con valores normais de IMC?

- A) Tuberculose.
- B) Insuficiencia Cardíaca.
- C) Artrite Reumatoide.
- D) En todas elas.

8. Cal é certa en relación cos feocromocitomas/paragangliomas?

- A) As de orixe suprarrenal (feocromocitomas) producen máis frecuentemente metástase que os orixinados fóra da suprarrenal (paragangliomas).
- B) A mutación SDHA (subunidade A da succinato deshidroxenasa mitocondrial) ou paragangliomatose de tipo 5 leva un risco aumentado de carcinoma de células renais.
- C) O test de supresión con clonidina é a proba de elección para o diagnóstico dos feocromocitomas/paragangliomas.
- D) As tres son falsas.

9. O comportamento purgativo da Bulimia Nerviosa pode comportar anomalías hidroelectrolítica. Sinale, de entre as seguintes, a resposta CORRECTA con respecto aos hallazgos a nivel urinario:

- A) Os vómitos inducen unha menor excreción urinaria de sodio, potasio e cloro.
- B) O uso de laxantes induce unha menor excreción urinaria de sodio e potasio, co cloro normal ou reducido.
- C) Os diuréticos inducen un aumento na excreción urinaria de sodio, potasio e cloro.
- D) Todas as opcións son correctas.

10. Os adenomas hipofisarios derivados de células gonadotropas adoitan presentarse como tumores non funcionantes, pero en ocasións producen clínica específica, de entre as seguintes manifestacións clínicas sinale A QUE NON ESPERARÍA ATOPAR:

- A) Hiperplasia endometrial e alteración menstrual.
- B) Desenvolvemento mamario en nenas prepuberais.
- C) Puberdade precoz.
- D) Reinicio de regras regulares en mulleres postmenopáusicas.

