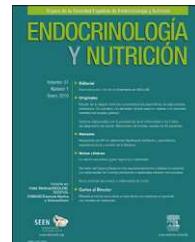


# ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN

[www.elsevier.es/endo](http://www.elsevier.es/endo)



## COMUNICACIONES

### Grado de implantación de las guías clínicas en diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria

Xavier Canseco Suárez;  
Centro de Salud Matama, Vigo, España

**Objetivo:** Conocer el grado de implantación de las últimas guías clínicas en diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Se seleccionaron 100 historias clínicas de un total de 187. Se escogieron al azar en el Centro de Salud de Matamá (Vigo). Las dos únicas variables de exclusión en este estudio fueron, que el paciente padeciera la enfermedad con más de 10 años de evolución y, los pacientes que alguna vez consultaron con el endocrino. Se incluyeron como variables sociodemográficas, sexo y edad; así como factores de riesgo cardiovascular (HTA, colesterol, IMC > 25 y consumo de tabaco). La guía que se escogió para el diagnóstico fue la ADA 2009 y para el tratamiento la Guía de Práctica Clínica del sistema nacional de salud sobre diabetes tipo 2. Se evaluaron hasta cinco motivos del cambio de tratamiento y el tratamiento indicado.

**Resultados:** El primer criterio diagnóstico fue la determinación de dos glucemias basales mayores o iguales a 126 mg/dl con un 83% de la muestra y al indicio del diagnóstico el 68% presentaba una HbA<sub>1c</sub> inferior a 6,5% y solo un 5% la tenía superior al 10%. Se observó que al 75% se les indicó como primer tratamiento dieta y ejercicio, seguido de un 14% con metformina, un 8% con sulfonilurea y tan solo el 3% estaban con ambos, en ningún caso se inició como primer tratamiento insulina. El primer motivo de cambio del tratamiento fue la elevación de la HbA<sub>1c</sub> en un 28%, seguido del 8% por un aumento de las glucemias basales y un 3% por la obesidad y el 61% no se les modificó su tratamiento desde el inicio del diagnóstico. Como primer factor de riesgo se observó que el 69% eran HTA, seguidos de obesidad, dislipemia y consumo de tabaco.

**Conclusión:** Comparando la práctica clínica en atención primaria con las guías clínicas de referencia en este estudio, se ha visto una marcada correlación entre ambos, y por tanto se puede decir que se aplican y son útiles para el manejo del paciente con diabetes mellitus tipo 2.

### Detección precoz de la neuropatía diabética en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria

Carolina Quinteriro Seoane;  
Centro de Salud Pintor Colmeiro, Vigo, España

**Objetivo:** Detectar de forma temprana la neuropatía diabética mediante la aplicación de los tests de screening, United Kingdom Screening y Michigan, en la prevención del pie diabético.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y transversal realizado durante los meses de noviembre 2009 hasta febrero 2010 en el Centro de Salud Cuba en Vigo. Se han escogido 50 pacientes con diabetes tipo 2 al azar, por cita previa mediante llamada telefónica y otros eran citados directamente de la consulta. Los únicos criterios de exclusión fueron: el diagnóstico previo de neuropatía periférica y enfermedad arterial periférica ya conocida.

De estos se han obtenido las siguientes variables: sexo, edad, tiempo de evolución, tipo de tratamiento, la media de la hemoglobina glicosilada (HbA<sub>1c</sub>) en el último año, factores de riesgo cardiovascular y complicaciones de la diabetes tipo 2. La exploración física consistió en aplicar los tests de screening para detectar neuropatía diabética, el United Kingdom Screening Test (parte clínica y otra de hallazgos físicos), Michigan Neuropathy Screening Score y Michigan Diabetic Neuropathy Score, por otro lado la detección de arteriopatía periférica mediante el índice tobillo brazo.

**Resultados:** El United Kingdom Screening Test detecta un 36% de pacientes con neuropatía. Dado que este test valora por un lado los síntomas del paciente y por otro los hallazgos físicos, se ha observado que en un 34% no había concordancia entre una parte y otra, por lo que un 60% presentaban neuropatía según la valoración clínica del test y un 46% según la valoración de los hallazgos físicos del mismo. El Michigan Neuropathy Screening Score detecta un 40% con neuropatía, y al aplicar a estos el otro test de estadaje, de ese 40%, un 6% se descarta la afectación nerviosa en ese momento, mientras que el 34% restante la tienen (siendo el 18% de grado leve y el 16% moderada, ningún paciente presentaba el grado de severidad).

**Conclusiones:** Ambos test detectan con un porcentaje similar la afectación nerviosa, no existen diferencias, por lo que son útiles en la detección precoz de neuropatía diabética, a pesar de que el United Kingdom test es más subjetivo, detecta más casos de neuropatía en función de la clínica, mientras que el test de Michigan valora sólo hallazgos físicos.

### Características clínicas de una familia con MEN2A debido a mutación C634Y en el protooncogén RET

Paula Sánchez Sobrino; Concepción Páramo Fernández; Alberto Pérez Pedrosa; Beatriz Mantañán Gil; Regina Palmeiro Carballera; Inés Seoane Cruz; Cristina Trigo Barros; Ricardo V. García-Mayor;

*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España*

**Introducción:** El MEN2A se caracteriza por la presencia de carcinoma medular de tiroides (CMT), feocromocitoma e hiperparatiroidismo. Se origina por mutaciones del protooncogén RET (10q11.2), que se transmite de forma autosómica dominante. La edad de aparición del CMT y la asociación a otras neoplasias depende del tipo de mutación siendo las del codón 634 de alto riesgo por lo que se recomienda tiroidectomía profiláctica en la primera infancia y despistaje de feocromocitoma mediante cuantificación periódica de metanefrinas urinarias.

**Objetivo:** Análisis descriptivo de afectos de MEN2A pertenecientes a una misma familia.

**Método:** A partir del caso índice (paciente 1) estudiamos los familiares de primer grado, con calcitonina sérica antes de 1999 y posteriormente con estudio genético.

**Resultados:** Se muestran en la [tabla 1](#).

**Conclusiones:** El estudio genético ha conseguido el diagnóstico precoz y la curación del CMT en nuestros pacientes, orientándonos sobre el momento y tipo de cirugía adecuados. Recomendamos la adición de técnicas de imagen para el screening del feocromocitoma ya que un 50% fueron no productores en nuestra serie.

### Variedad etiológica e implicación pronóstica de la hiponatremia en pacientes hospitalizados

Paula Sánchez Sobrino; Concepción Páramo Fernández; Lucía González González; Regina Palmeiro Carballera; Inés Seoane Cruz; Cristina Trigo Barros; Manuel Penín Álvarez; Reyes Luna Cano; Ricardo V. García-Mayor;

*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España*

**Introducción:** La hiponatremia es el trastorno electrolítico más frecuente en hospitalizados y condiciona aumento de la morbilidad. Su desarrollo se asocia con yatrogenia (sueños hipotónicos y fármacos) siendo el propio ingreso hospitalario un agravante. En la mayoría de las ocasiones la etiología es multifactorial.

**Objetivo:** Describir los factores implicados y la repercusión clínica de la hiponatremia en pacientes hospitalizados.

**Material y métodos:** Se estudiaron 19 pacientes con hiponatremia (sodio menor de 135 mEq/l) ingresados en nuestro hospital o que precisaron atención en el Servicio de Urgencias entre junio del 2008 y octubre del 2009. Evaluamos el motivo de consulta, antecedentes de interés, posibles causas incidiendo en el SIADH, la severidad de la hiponatremia y sus implicaciones pronósticas.

**Resultados:** Diez mujeres y 9 varones, rango de edad entre 33 y 87 años (mediana 80 años).

El motivo de ingreso fue sintomatología neurológica (alteraciones del nivel de conciencia, disartria, convulsiones) en 5 (26%) de los pacientes, TCE y hemorragia subaracnoidea en 5 (26%), infección respiratoria en 3 (16%), insuficiencia cardíaca congestiva en 2 (10,5%), shock séptico en 2 (10,5%), cáncer de recto en 1 (5%) y deterioro general en 1 (5%).

Doce pacientes (63%) ya presentaban hiponatremia en la primera determinación realizada en el servicio de urgencias, en 7 (37%) el motivo de ingreso estaba directamente relacionado con la misma, sin embargo solo en 3 (16%) constaba como diagnóstico. Doce (63%) tomaban fármacos potencialmente causantes de hiponatremia (IECAS, diuréticos, ISRS, neurolépticos, benzodiazepinas).

Todas eran hiponatremias verdaderas, 6 cumplían criterios de SIADH, 3 presentaban aumento del volumen extracelular, 1 era un síndrome pierde-sal, 1 de causa farmacológica pura

Tabla 1 Resultados

Paciente	1	2	3	4	5	6	7	8
Diagnóstico	Anat Patol	Screening CT	Screening CT	Screening CT	Estudio genético	Screening CT	Estudio genético	Estudio genético
Cirugía	Tiroidect. casi total	Tiroidect. total ampliada	Tiroidect. total	Tiroidect. total	Tiroidect. total y linfadenect. central	Tiroidect. total	Tiroidect. total	Tiroidect. total
Edad cx	48	58	31	28	34	23	10	6
Anat Patol	CMT multicéntrico	CMT bilat. intratiroideo	CMT en toda la pieza	CMT con focos foliculares	CMT multicéntrico Hiperplasia céls. C y paratiroides	CMT multifocal	Hiperpl nodular de céls. C	Hiperpl. nodular de céls. C
Curación	No	No	No	No	Sí	No	Sí	Sí
Feocromocitoma Productor	Bilateral	No	No	No	Bilateral	Bilateral	No	No
	Sí				No	1.º No; 2.º Sí		
HiperPTH	No	Desconocido	No	No	Sí	No	No	No

(hidroclorotiacida) y en 8 (42%) no podemos asegurar una única causa por polimedication o porque no se realizó estudio completo.

Detectamos hiponatremia severa (sodio menor o igual 115 mEq/l) en 6 (31%) siendo la mayoría de estos ancianos con comorbilidad asociada o con antecedente de traumatismo craneoencefálico, observando una mortalidad del 50% en el primer año.

**Conclusiones:** La hiponatremia se presenta con mayor frecuencia en pacientes ancianos, pluripatológicos y polimedicados en los que condiciona graves implicaciones pronósticas con aumento de la morbitmortalidad. En el paciente hospitalizado la hiponatremia suele ser debida a interferencias médico-farmacológicas lo que obliga a un control estricto de los pacientes de riesgo para evitar yatrogenia.

### **Apoplejía hipofisaria tras administración de leuprorelina**

Paula Sánchez Sobrino; Concepción Páramo Fernández; Regina Palmeiro Carballeira; Inés Seoane Cruz; Cristina Trigo Barros; Beatriz Mantiñán Gil; Ricardo V. García-Mayor;

*Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España*

**Introducción:** La apoplejía hipofisaria es una patología excepcional. Puede ocurrir por sangrado espontáneo de un adenoma hipofisario, por traumatismo craneoencefálico o tras cirugía selar. El cuadro agudo se caracteriza por cefalea intensa y alteraciones en la motilidad ocular y el campo visual, sin embargo, en ocasiones la clínica no es tan florida dificultando el diagnóstico. Los análogos de GnRH pueden desencadenar el sangrado. A continuación presentamos un caso de apoplejía hipofisaria tras administración de leuprorelina.

**Caso clínico:** Varón de 74 años con diagnóstico de adenocarcinoma de próstata. Inicia tratamiento con leuprorelina trimestral acudiendo 5 días después a urgencias por somnolencia y cefalea intensa de predominio frontal que había comenzado tras la administración del fármaco. Relataba visión borrosa siendo el fondo de ojo y la campimetría por confrontación normales. A la exploración física destacaba febrícula y rigidez de nuca por lo que se realizó una punción lumbar objetivándose: 52 hematíes, 47 leucocitos (63% polimorfonucleares), proteínas 174 y glucemia 146. Se instauró tratamiento antibiótico sin mejoría en los días sucesivos. Los cultivos de LCR fueron negativos, interpretándose como meningitis decapitada, ya que el paciente había recibido fluoroquinolonas las 2 semanas previas. La RMN cerebral mostró una masa selar de 25 mm de diámetro mayor con un área de sangrado de 1 cm en su parte superior y zonas de necrosis. Rehistoriando al paciente relataba pérdida de libido, astenia, hiporexia, pérdida de 10 kg de peso en los últimos 4 meses y dolor abdominal inespecífico desde la cirugía urológica. El estudio de función hipofisaria demostró un panhipopituitarismo con déficit de los ejes somatotropo, gonadal y adrenal. Iniciamos tratamiento corticoideo con espectacular mejoría clínica, resolviéndose la cefalea y las alteraciones visuales. La reevaluación por imagen mostró disminución del tamaño tumoral, sin signos de compresión ni invasión paraselar.

**Comentarios:** La apoplejía hipofisaria es una emergencia endocrina que hay que tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de causas de cefalea brusca y alteración del nivel de conciencia. En nuestro caso el intervalo hasta el diagnóstico condicionó un manejo conservador, con recuperación espontánea de la sintomatología neurológica sin secuelas visuales aunque sí endocrinológicas.