

**Tema: Flash-Cards de endocrinología**

**Nombre: Gerardo Pérez Ruiz**

**Grupo: A**

**Grado: 7**

**Materia: clínicas complementarias**

**Docente: Dra. Adriana Bermúdez Avendaño**

Comitán de Domínguez Chiapas a 6 de noviembre de  
2024

## Introducción

Las enfermedades endocrinas son condiciones que se producen por el mal funcionamiento de las glándulas endocrinas que son encargadas de producir y secretar hormonas. Las hormonas son sustancias químicas que actúan como mensajeros que estas pueden coordinar y controlan las diversas actividades en el organismo. Algunas de las glándulas endocrinas son, la tiroides, glándulas suprarrenales, páncreas, gónadas, las enfermedades endocrinas pueden ser causadas por estrés, infecciones, cambio en el equilibrio y electrolitos de la sangre y en su mayoría por fármacos y genéticos. La mayoría de las enfermedades se pueden tratar de forma efectiva, ya sea con hormonoterapia, fármacos, o la extirpación de los tumores.

## Tiroiditis

### Etiología

- autoinmune(hashimoto)
- graves
- infección
- medicamentos
- fibrosis

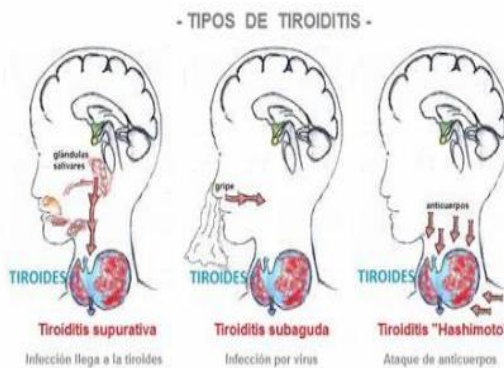
Es una inflamación de la glándula tiroides, engloba muchas causas cuyo origen, manifestaciones y tratamiento difiere de forma notable

### Presentación clínica

- Aguda: infección bacteriana
- Subaguda
- Virus
- Autoinmune

### Agente infeccioso

- S. aureus
- S. hemolítico y neumococo
- Adenovirus
- virus coxsackie



### Cuadro clínico

- Fiebre
- Odinofagia
- disfagia
- Dolor de cuello unilateral

### Tratamiento

- Antibióticos: penicilinas o ampicilina
- alergias: cefalosporinas
- SE RECOMIENDA EL USO DE ASPIRINA O PREDNISONA**

### Diagnostico

- T. aguda: leucocitosis DESV IZQ con aumento de VS6
- T. subaguda: supresión de TSH aumenta la T4
- T. crónica: aumenta TSH o suprime TSH

## Bocio

### Clínica

- Obstrucción de la vía aérea
- Disfagia
- compresión de los vasos del cuello y tórax

Es un aumento de tamaño de la tiroides por un defecto en la síntesis de hormonas tiroideas

### Causas

- Disminución del yodo
- hipotiroidismo
- hiperplasia e hipertrofia
- TSH elevado

### Clasificación

- Simple
- Nodular
- Puberal

### Factores de riesgo

- Baja ingesta de yodo
- Sexo femenino
- Embarazo
- Exposición a radiación

### Epidemiología

- Endémico: Disminución del yodo, en áreas montañosas en el himalaya
- Esporádico: Debido a defecto congénito, es común en mujeres en pubertad

### Morfología

- macroscópicas: áreas de hemorragia, fibrosis y calcificación
- Multinodular: aumento irregular de la glándula
- Microscópicas: Folículos ricos en coloide revestido por epitelio adelgazado



### Diagnostico

- Inspeccion y palpacion
- Ecografia de tiroides

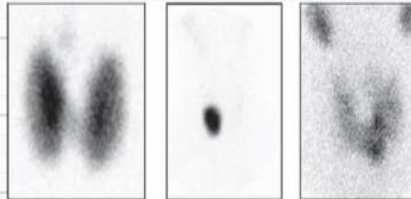
## Hipertiroidismo

**Epidemiología**  
predomina mas en mujeres

Es un defecto de cantidad  
excesiva de hormonas  
tiroideas por hiperfunción  
tiroidea

**Clinica**  
-disminución del rendimiento  
-sudoración excesiva  
-apetito incrementado  
-perdida de peso  
-bocio

**Etiología**  
-Enfermedad de graves es la  
primera causa  
-adenoma hipofisiario secretor  
de TSH  
-Tirotoxicosis



**Tratamiento**  
-primera línea: METIMAZOL  
-Segunda línea: propiltioracilo  
-yodo radioactivo si no  
responde a tratamiento  
farmacológico  
**Quirurgico:**  
Tiroidectomía subtotal

**Diagnostico**  
-inicial: TSH para determinar  
la hiperfunción tiroidea  
confirmatorio: niveles de T4  
libre  
E. de graves: TSHR-AB, TSI, TBII  
positivo



**para el control de crisis  
toxica se debe estabilizar con  
acetoamifen mas  
hidrocortisona**

## Hiperaldosteronismo

### Clínica:

- HAS resistente a tratamiento
- Debilidad
- parestias
- hipernatremia
- ausencia de edema periférico

### Definición:

Es una secreción excesiva y crónica de aldosterona con cifras bajas de renina que se caracteriza por hipertensión

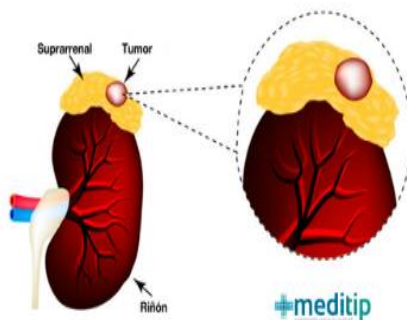
### Etiología:

- causa mas frecuente por el SX de conn es adenoma secretor de aldosterona en suprarrenales

### Diagnostico:

- Niveles sericos de aldosterona elevados a  $> 15$  pg/ml
  - confirmatorio: indice renina con una concentración de  $> 20$
- GOLD-STANDAR: prueba de sodio oral no disminuirán los niveles de aldosterona**

Tumor en las glándulas suprarrenales



### Tratamiento:

- Elección: resección laparoscópica para los adenomas
- mas fármacos antagonistas de mineralcorticoides si no son candidatos a quirúrgicos
- RONOLACTONA 25 A 100 MG dos veces al día**

## Hipotiroidismo

### Definición:

Es la falta de la hormona tiroidea sobre los tejidos del organismo

### Factor de riesgo:

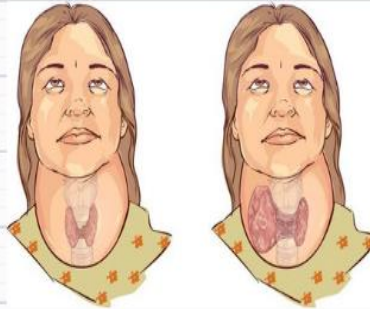
- Enfermedad autoinmune
- Antecedentes familiares
- SX de Down y Turner

### Epidemiología:

- Es frecuente en mujeres
- Mayores de 60 años
- mayor prevalencia en px con tiroiditis autoinmune

### Clínica:

- Bocio
- Bradycardia
- Alteración menstrual
- intolerancia al frío



### Tratamiento:

- Elección: PX con TSH >10 u/L
- Levotiroxina sódica 16-18 mcg/kg/día 1H antes del desayuno

### Diagnostico:

- perfil tiroideo con TSH > 10 mU/L y T4L < 0.9
- H. primario TSH > T4 <
- H. subclínico TSH > T4L normal
- H. Secundario TSH < T4L <
- H. Terciario TRH < TSH < T4L <

se recomienda realizar tamizaje con TSH en mujeres mayores de 60 años

### Seguimiento:

- En coma mixadematoso se requiere T4L I.V. + hidrocortizona

## Hiperprolactinemia

### definición

Elevación persistente de los niveles de prolactina mayor a 20-25 ng/dl suprimiendo la secreción de GnRh

### Etiología

- causa mas frecuente por microprolactinoma y fármacos
- causa fisiológica como el embarazo
- fármacos antagonistas D2 como la risperidona

### Clínica

- Cefalea
- galactorrea
- hemianopsia
- En hombres:
  - disminución del libido
  - testículos pequeños
  - disfunción eréctil

### Diagnostico

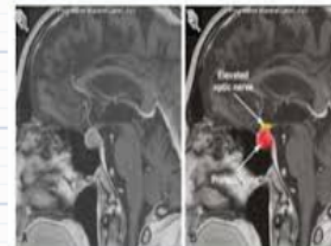
- Inicio medición sérica de PRL con una hora de ayuno y sin estrés
- ESTANDAR DE ORO: cromatografía de filtración en gel
- Técnica alternativa prueba de polietilenglicol
- prueba de imagen como RNM

### Tratamiento

**primera elección**  
agonistas dopaminérgicos D2 disminuyen la prolactina y el tamaño del tumor

**Primera línea**  
cabergolina  
minimo 2 años de duración  
**segunda línea**  
bromocriptina

**neurocirugía**  
pacientes con datos de PIC o hemianopsia bitemporal



CUADRO V. NIVEL DE PROLACTINA BASAL Y PROBABILIDAD DE PROLACTINOMA.

200ng/mL	CASI SIEMPRE ES UN PROLACTINOMA
100 - 200ng/mL	50% DE PROBABILIDAD QUE SE TRATE DE UN PROLACTINOMA
50 - 100ng/mL	25% DE PROBABILIDAD QUE SE TRATE DE UN PROLACTINOMA
<50 ng/mL	NO DESCARTA ADENOMA



## Síndrome de Cushing

### definición

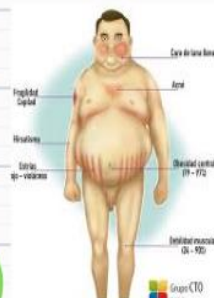
Es la presentación de anomalías por el exceso de glucocorticoides como resultado de una producción suprarrenal exagerada

### causas:

- Administración de glucocorticoides
- adenoma suprarrenal primario
- carcinoma de células pequeñas en pulmón
- Feocromocitoma

### Enfermedad de Cushing

es la patología ocasionada por un adenoma hipofisiario que secreta grandes cantidades de ACTH



### Clínica

### síntomas

- Debilidad proximal
- Fatiga
- Labilidad emocional

### Signos

- obesidad central
- joroba de búfalo
- facies de luna llena
- plétora facial
- estrías violacias

### Diagnostico

**documentar hipercortisolismo** con supresión a dosis bajas de dexametasona 2 mg en 48 H

**solicitar ACTH sérico:** independiente <20 pg/dl ACTH sospechar adenoma suprarrenal primario

**prueba de dexametasona en dosis altas:** se suprime el cortisol se sospecha E. Cushing adenoma hipofisiario

## Diabetes insípida

### clínica

poliuria (diaforesis >3.5 l por día)  
 polidipsia  
 Deshidratación  
 Debilidad  
 Convulsiones  
 Letargia

### Definición

Es una alteración corporal del agua debido a una deficiencia de la secreción de la hormona antidiurética produciendo diabetes insípida central o neurogénica

### Diagnostico

-iniciar prueba de sed (privación de agua)  
 -prueba de desmopresina (ADH V.S)

### Tratamiento

**En DI hipofisaria**  
 desmopresina **de 10 a 20 ug** 3 veces al día mas Ingesta de líquidos

### Tratamiento

**En DI nefrogéna**  
 Diuretico tiazidico con disminución del sodio en alimentos. mas indometacina



Nephrogenic diabetes insipidus

### origen central:

si aumenta la osmolaridad urinaria > 50% mOsm

### origen nefrogenica:

si no se modifica la osmolaridad urinaria

### origen central

### Factor de riesgo

cirugia de hipotálamo-hipofisaria, TCE, granulomas

### Tratamiento

Análogos de vasopresina la desmopresina

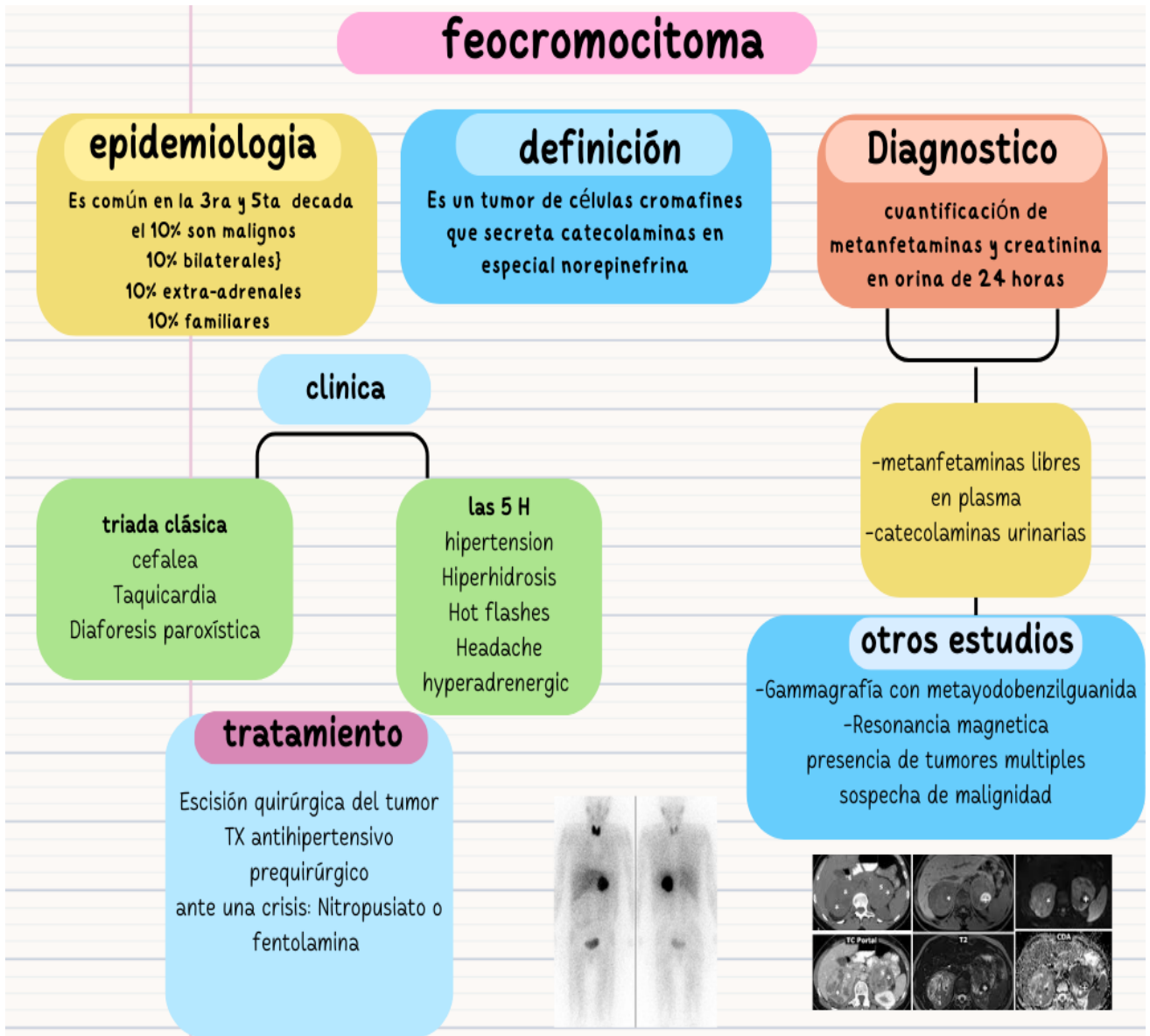
### Origen nefrogénica

### factor de riesgo

causas genéticas, secundario a AINES o litio o alteraciones metabólicas

### Tratamiento

tratar hipernatremia y deshidratación usar diureticos como hidroclorotiazida mas AINES



## Conclusiones

Las enfermedades endocrinas pueden ocurrir cuando el cuerpo no responde a manera adecuada a las hormonas. El estrés, las infecciones y en específico la obesidad es una de las condiciones que genera trastornos endocrinos y metabólicos y otro factor importante es que sean del sexo femenino. La desnutrición es otra condición que genera estas patologías.

## Punto de vista

Se realizó este trabajo con la finalidad de comprender y tratar las patologías endocrinológicas que son común en el campo de la medicina. Ya que se refleja un gran número de casos y por ende se requiere de mayor aprendizaje para diagnosticar y tratar para aliviar sus síntomas