



Rincón del Consejo Mexicano de Endocrinología

Noticias del CME

J Roberto Gómez Cruz*

El día 27 de mayo de este año se llevó a cabo la elección del nuevo Comité Ejecutivo del Consejo del Bienio 2009-2011, quedando conformado de la siguiente manera:

Presidente: Dr. Héctor Manuel Cárdenas Tirado, Endocrinólogo Pediatra. Centro Médico Nacional «La Raza» IMSS, México, D.F.

Director de Exámenes: Dr. José Gerardo Ayala Villarreal, Endocrinólogo. Hospital Eleuterio González, Monterrey, Nuevo León.

Secretario-Tesorero: Dr. Ernesto Sosa Eroza. Endocrinólogo. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Quedan como vocales:

Dra. Sandra I. Rodríguez Carranza
Dra. Patricia Montero González
Dra. María del Rosario Arechavaleta Granell
Dr. Sergio Hernández Jiménez

Se integran como vocales:

Dr. Rafael Campuzano Rodríguez
Dr. Andrés Muñoz Solís
Dra. Eulalia Piedad Garrido Magaña
Dra. Judith Cornejo Herrera

Les deseamos todo el éxito en su labor.

Así mismo se notifica la modificación de los estatutos relacionados con el procedimiento de recertificación, el cual originalmente mencionaba:

28.3 «Los médicos endocrinólogos certificados que hayan rebasado el tiempo estipulado de cinco años, tendrán un periodo de gracia de un año para realizar su

trámite de recertificación mediante presentación de su currículo. Aquellos miembros que no lo realicen de esta forma, una vez agotado el período de gracia, podrán recertificarse, única y exclusivamente mediante la sustentación del examen escrito y oral».

Y queda de la siguiente manera:

28.3 «Los médicos endocrinólogos certificados que hayan rebasado el tiempo estipulado de cinco años, podrán recertificarse mediante la presentación de su currículo, cumpliendo:

- 28.3.1 Cien puntos si realizan el trámite dentro del primer año de vencida su certificación/recertificación o
- 28.3.2 Quinientos puntos si ya superaron el tiempo anterior mencionado. Los puntos se deben reunir en un período de 5 años previos a la presentación de la solicitud de recertificación.
- 28.3.3 Aquellos miembros que no lo realicen como se mencionó en los puntos 28.3.1 y 28.3.2, podrán recertificarse, única y exclusivamente mediante la sustentación del examen escrito y oral».

Por otra parte, se recuerda a los endocrinólogos mayores de 65 años que se pueden recertificar de la siguiente manera:

28.4 «Los médicos endocrinólogos certificados de 65 años de edad o más, que se encuentren vigentes en su certificación y teniendo por lo menos las 5 recertificaciones previas otorgadas, podrán recertificarse sin necesidad de presentar su currículo; únicamente deberán llenar y entregar la solicitud

de recertificación, con una fotografía reciente, de frente, tamaño diploma en blanco y negro, sin retoque y entregar la ficha de depósito del pago correspondiente».

Los estatutos en su versión completa pueden consultarse en línea, en la página de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología.

Con estas modificaciones invitamos a toda la comunidad de endocrinólogos a permanecer certificados y recertificados

Atentamente,

Comité Ejecutivo.

Consejo Mexicano de Endocrinología

Bienio 2007-2009.

Paciente:

Fecha de nacimiento: 10/11/1936 71.8 años

Estatura/peso: 136.0 cm/49.9 kg

Sexo/origen étnico: Mujer/hispano

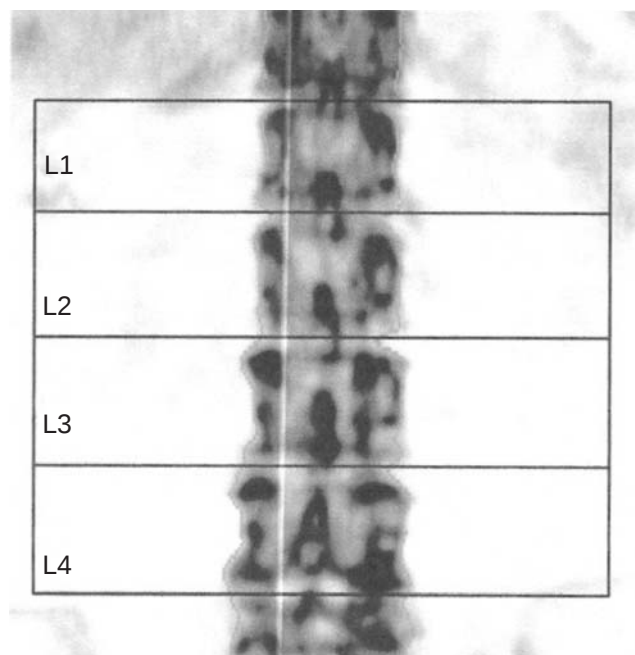
ID del paciente:

Médico:

Medido: 19/09/2008 08:39:17 a.m. (8.10)

Analizado: 19/09/2008 08:39:18 a.m. (8.10)

Columna AP densidad ósea



Ejercicio clínico del CME

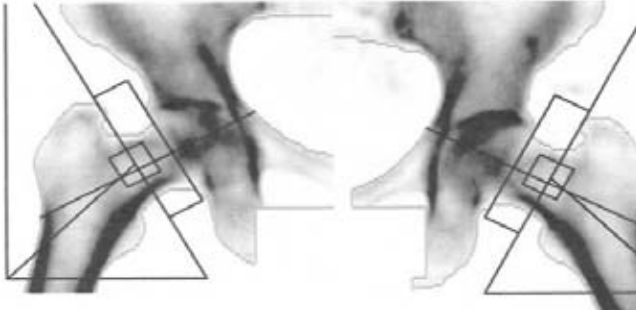
Caso clínico 1

Se presenta en su consulta una mujer de 70 años de edad, blanca, con diagnóstico de diabetes mellitus de 20 años de evolución, con buen control a base de biguanida, sulfonilurea e insulina glargina. Dentro de sus antecedentes mencionó tabaquismo hasta la edad de 65 años, tuvo 4 embarazos, con partos normales y la última menstruación ocurrió a los 52 años, desde entonces sin terapia de reemplazo hormonal. Así mismo mencionó que una hermana 5 años menor, tuvo una fractura en cadera asociada a una caída. Como parte de su evaluación integral se solicita una densitometría, la cual arrojó los siguientes resultados:

Resultados auxiliares (Columna AP)

Región	DMO ¹ (g/cm ²)	Adulto-Joven ² (%) T-Score	Ajust. a edad ³ (%) Z-Score	CMO (g)	Área (cm ²)	Anchura (cm)	Estatura (cm)
L1	0.687	61 -3.7	80 -1.5	5.9	8.6	3.2	2.73
L2	0.662	55 -4.5	70 -2.3	6.6	10.0	3.3	3.05
L3	0.716	60 -4.0	77 -1.8	8.0	11.2	3.5	3.15
L4	0.734	62 -3.8	80 -1.5	9.4	12.7	4.0	3.15
L1-L2	0.674	57 -4.1	75 -1.9	12.5	18.6	3.2	5.78
L1-L3	0.689	59 -4.0	76 -1.8	20.5	29.7	3.3	8.93
L1-L4	0.703	60 -4.0	77 -1.7	29.9	42.5	3.5	12.08
L2-L3	0.690	57 -4.3	74 -2.0	14.6	21.1	3.4	6.20
L2-L4	0.707	59 -4.1	76 -1.9	23.9	33.9	3.6	9.35
L3-L4	0.726	61 -3.9	78 -1.7	17.3	23.9	3.8	6.30

Dual Fémur Densidad ósea



Región	DMO ¹ (g/cm ²)	Adulto-Joven ^{2,7} (%)	T-Score	Ajust. a edad ³ (%)	Z-Score
Total					
Izquierda	0.775	77	-1.9	99	-0.1
Derecha	0.779	77	-1.9	99	-0.1
Media	0.777	77	-1.9	99	-0.1
Diferencia	0.004	0	0.0	0	0.0

- ¿Cuál es la interpretación de esta densitometría?
 - Normal
 - Osteopenia en columna
 - Osteoporosis en cadera
 - Osteoporosis en columna y osteopenia en cadera
 - Osteoporosis en cadera y osteopenia en columna
- ¿Qué factores de riesgo para osteoporosis presenta esta paciente?
 - Tabaquismo
 - Diabetes mellitus
 - Menopausia
 - Etnia
 - Historia familiar de fracturas
 - Todas las mencionadas

- En relación con la fisiopatología de la osteoporosis, la osteoprotegerina:
 - Produce aumento de la resorción ósea
 - Es un agonista del receptor de calcio
 - Incrementa la reabsorción tubular renal de calcio
 - Directamente disminuye la secreción de PTH
 - Bloquea la acción del ligando de RANK
- Usted indicaría teriparatide si:
 - Es una mujer postmenopáusica para prevención de osteoporosis
 - La paciente tiene osteopenia
 - En combinación con bifosfonatos en pacientes con osteoporosis
 - La paciente tuviera deficiencia de vitamina D
 - La paciente ha presentado una fractura osteoporótica

Comentario

Esta paciente tiene un diagnóstico por densitometría de osteoporosis en columna y osteopenia en cadera, esta situación es totalmente esperada, ya que tiene la mayoría de los factores de riesgo para desarrollar osteoporosis, en otras palabras, menopausia sin reemplazo hormonal, historia familiar de fracturas asociadas a osteoporosis, tabaquismo, diabetes, además de ser de etnia blanca y tener peso bajo. Si bien la fisiopatología de la osteoporosis es muy compleja, recientemente se ha puesto interés en la osteoprotegenina, ésta es secreta por los osteoblastos y es un potente antagonista de la *activación* de los osteoclastos, ya que se une de inactiva al ligando del receptor activador de NFκB (RANKL). El tratamiento integral de la paciente incluye educación, ejercicio (el cual mejora equilibrio, disminuye riesgo de caídas), uso de barandales en casa, piso antiderrapante, uso de calcio, vitamina D y bifosfonatos. El empleo de PTH recombinante se dejaría para los casos con antecedentes de fractura por osteoporosis, múltiples factores de riesgo de fractura, o falla o intolerancia a los tratamientos previos de osteoporosis.