

**CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
Facultativo Especialista de Área
De Neurología**

(Resolución 1109E /2020, de 13 de Octubre , del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

PRUEBA: CUESTIONARIO PREGUNTAS

23 de octubre de 2021

**NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE
MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR**

- 1) Señale cuál es el objetivo fundamental de una vía clínica**
- a) Reducir las listas de espera
 - b) Reducir la variabilidad de la práctica clínica
 - c) Potenciar los autocuidados de los pacientes
 - d) Potenciar la investigación clínica
- 2) Indique cuál de los siguientes puntos NO forma parte de la estructura de un indicador de calidad asistencial:**
- a) Dirección
 - b) Meta
 - c) Denominador
 - d) Justificación
- 3) La inmunopatogénesis de la polirradiculopatía inflamatoria crónica (CIDP) es en gran medida desconocida y en un subgrupo de pacientes se han detectado autoanticuerpos dirigidos contra proteínas del nodo y paranodo de Ranvier. La presencia de síndrome nefrótico asociado a CIDP nos debe hacer buscar el siguiente anticuerpo:**
- a) NF-155
 - b) CAPSR1
 - c) CNTN1
 - d) Anti-sulfátidos
- 4) La RM muscular es una herramienta diagnóstica útil en el estudio de las miopatías primarias y ha permitido establecer determinados patrones de afectación muscular. En la enfermedad de Pompe cuál de estos músculos NO suele verse afectado:**
- a) Musculatura paraespinal
 - b) Lengua
 - c) Tibial anterior
 - d) Aductor mayor

5) Respecto a la amiloidosis hereditaria por depósito de transtiretina (TTR) cuál es VERDADERA:

- a) La biopsia de tejido positiva para depósito de amiloide con inmunohistoquímica + para TTR es necesaria para el diagnóstico
- b) Las mutaciones *no Val50Met* en el gen TTR confieren mejor pronóstico
- c) En la terapias anti-amiloide el Tafamidis actúa como silenciador de la producción de TTR mutada
- d) El Diflunisal tiene propiedades estabilizadoras de la TTR y ha demostrado disminuir la progresión de la neuropatía.

6) Las enfermedades neuromusculares pueden producir anomalías cardíacas estructurales o funcionales. En cuál de las siguientes miopatías genéticas NO es característica la miocardiopatía dilatada:

- a) Distrofinopatía
- b) Mioglobinopatía
- c) Calpainopatía
- d) Distroglicanopatía

7) Señale la afirmación VERDADERA respecto a la neuropatía motora multifocal con bloqueos de conducción:

- a) Las proteínas en LCR están aumentadas, pero no más de 100 mg/dL
- b) Los corticoides están contraindicados pero la plasmaféresis puede ser eficaz
- c) Afecta más a los brazos de manera distal y simétrica
- d) La presencia de anticuerpos anti-GM1 se correlaciona con el cuadro clínico

8) Qué parámetro analítico puede ser útil para la orientación diagnóstica de un varón de 50 años, con neuropatía distal simétrica subaguda dolorosa, sensitivo-motora con latencias distales prolongadas y potenciales disgregados, hepatoesplenomegalia y ginecomastia en la exploración y presencia de banda monoclonal IgG en la analítica:

- a) Anticuerpos anticanales de calcio
- b) Factor de crecimiento vascular endotelial
- c) Anticuerpos anti MAG
- d) Trombopenia y elevación de β 2-microglobulina

9) La ataxia cerebelosa con neuropatía y arreflexia vestibular (CANVAS) es una ataxia hereditaria multisistémica. Señale el enunciado FALSO respecto a esta entidad:

- a) Los hallazgos neurofisiológicos indican que existe una ganglionopatía y la videonistagmografía es patológica
- b) Los pacientes suelen presentar tos antes de las manifestaciones neurológicas
- c) En la anatomía patológica hay pérdida de mielinización de los cordones laterales de la médula espinal
- d) La base genética consiste en una expansión bialélica en la subunidad 1 del factor de replicación C (RFC1)

10) Trastornos del Movimiento Funcionales. Indique la respuesta VERDADERA respecto a los trastornos funcionales del movimiento:

- a) Para establecer el diagnóstico, son necesarios criterios negativos y la presencia de un trastorno psiquiátrico, aunque sea leve
- b) Dentro de los factores que confieren vulnerabilidad para desarrollar un TMF no se encuentra la alexitimia
- c) Para establecer el diagnóstico, son necesarios criterios positivos de la historia y el examen neurológico
- d) Las técnicas de neuroimagen funcional como la RM o la PET son siempre normales

11) Indique la respuesta FALSA respecto a los nuevos criterios de diagnóstico de enfermedad de Parkinson de la MDS del 2015

- a) El criterio esencial para el diagnóstico es el parkinsonismo, que viene definido por la bradicinesia
- b) La normalidad del estudio funcional del sistema nigroestriado no es criterio de exclusión absoluto
- c) La ausencia de síntomas no motores en los primeros cinco años se considera bandera roja
- d) La denervación simpática cardíaca sirve de criterio de apoyo para el diagnóstico

12) Indique la afirmación FALSA respecto a la atrofia multisistema

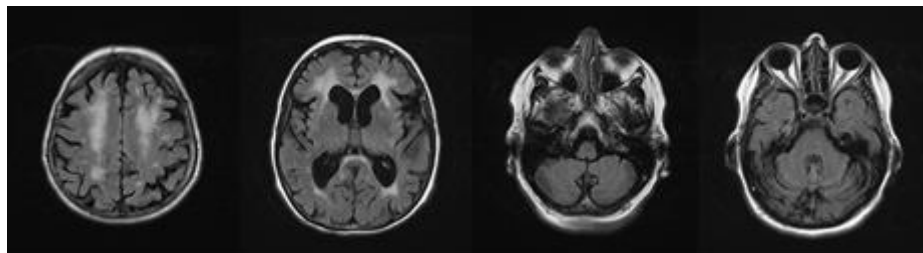
- a) Las inclusiones de alfasynucleína neuronales son diferentes a los cuerpos de Lewy
- b) El hallazgo más típico es el de inclusiones globulares oligodendrogiales de alfasynucleína
- c) Suele haber grados variables de desmielinización de la sustancia blanca
- d) La pérdida neuronal no afecta al núcleo parasimpático de Onuf

13) Indique cuál de los siguientes subtipos de PSP NO se incluye en los nuevos criterios de diagnóstico

- a) PSP-parkinsoniana
- b) PSP-cerebelosa
- c) PSP-demencia frontal
- d) PSP-inestabilidad postural

14) Mujer de 74 años de edad, su padre había sido diagnosticado de enfermedad de Parkinson. Ella consulta por primera vez en 2007 por temblor de actitud y bradicinesia en manos. A lo largo de los años siguientes empeora el temblor y se asocia un trastorno de la marcha con gran desequilibrio y fenómenos de imantación. Tras revisar los estudios de imagen cerebral que se aportan abajo se solicita estudio genético que confirma

- a) Mutación del gen *MAPT*
- b) Mutación del gen *FMR1*
- c) Mutación del gen *DCTN1*
- d) Mutación del gen *TARDBP*



15) Indique el mecanismo de acción de la safinamida

- a) Inhibición de la MAO-B reversible y antagonista glutamatérgico
- b) Inhibición de la MAO-B reversible e inhibidor de la recaptación de serotonina
- c) Inhibición de la COMT y antagonista del calcio
- d) Inhibición de la COMT e inhibición de la recaptación de dopamina

16) Señale la respuesta VERDADERA respecto al temblor rúbrico o de Holmes

- a) En esta entidad la captación de fluorodopa por PET es normal
- b) Es un temblor bilateral por lesiones del haz córticopontocerebeloso
- c) Los pacientes con enfermedad de Wilson suelen tener un temblor de este tipo
- d) El tratamiento de elección consiste en lesiones con ultrasonidos de alta intensidad sobre el núcleo rojo

17) Señale la respuesta VERDADERA respecto a la distonía

- a) Las mutaciones en ATP1A3 se describieron principalmente en el parkinsonismo distónico de inicio rápido (RODP; DYT12), pero se ha demostrado que también causa hemiplejía alternante de la infancia
- b) El síndrome distonía-mioclono se caracteriza por la homogeneidad clínica y genética
- c) La estimulación cerebral profunda (ECP) dirigida al globo pálido externo es una terapia bien establecida en la distonía idiopática generalizada o segmentaria cuando falla el tratamiento farmacológico
- d) La distonía DYT-TOR1A tiene una alta penetrancia y todos los portadores presentan algún grado de distonía a lo largo de su vida

18) Indique cuál de las siguientes asociaciones es la CORRECTA:

- a) Afasia logopélica-degeneración lobar frontotemporal con depósitos de TDP43
- b) Demencia semántica- enfermedad con cuerpos de Lewy
- c) Afasia progresiva no fluente- Parálisis supranuclear progresiva
- d) Apraxia del lenguaje- enfermedad de Alzheimer

19) Indique cuál de las siguientes NO suele ser una forma de presentación de una tauopatía glial

- a) Enfermedad de neurona motora
- b) Demencia frontotemporal
- c) Síndrome córticobasal
- d) Atrofia cortical posterior

20) Indique en cuál de estas enfermedades NO hay depósitos cerebrales de proteína tau:

- a) Enfermedad por IgG4
- b) Enfermedad antiIgLON5
- c) Parkinsonismo hereditario por mutaciones LRRK2 (PARK8)
- d) Parkinsonismo hereditario por mutaciones de la parkina (PARK2)

21) Señale la afirmación VERDADERA sobre la demencia frontotemporal por mutaciones en Cr9orf72

- a) Cursa con demencia frontotemporal en la que predomina el trastorno del lenguaje
- b) Representa entre el 14 y el 28% de los casos familiares de demencia frontotemporal
- c) En la neuropatología se encuentran inclusiones neuronales y gliales positivas para ubiquitina y negativas para TDP43
- d) Algunos pacientes asocian miositis con cuerpos de inclusión

22) Respecto a los criterios de diagnóstico de la demencia por cuerpos de Lewy señale la afirmación FALSA:

- a) La atención, la función ejecutiva y las habilidades visuoespaciales son las funciones cognitivas que se afectan más precozmente
- b) Es necesario que exista parkinsonismo, alucinaciones o fluctuaciones en el estado cognitivo
- c) La SPECT-MIBG cardiaca no es útil para apoyar el diagnóstico
- d) Las alucinaciones pueden responder al tratamiento con rivastigmina

23) Indique la afirmación FALSA sobre los biomarcadores de enfermedad de Alzheimer.

- a) Los biomarcadores de la enfermedad de Alzheimer, incluidos los beta-amiloide (Ab), proteína tau total (T-tau), proteína tau fosforilada (P-tau) y neurofilamentos (NfL), pueden medirse ahora de forma fiable tanto en el LCR como en la sangre.
- b) La proteína beta-amiloide está descendida en LCR y la proteína tau está incrementada
- c) La sensibilidad y especificidad de los biomarcadores de la enfermedad de Alzheimer en LCR es baja.
- d) Entre las medidas plasmáticas, la P-tau es especialmente prometedora, con una utilidad potencial tanto en la práctica clínica como en los ensayos clínicos.

24) Indique cuál de las siguientes enfermedades NO puede cursar con un síndrome córticobasal

- a) Parálisis supranuclear progresiva
- b) Enfermedad de Alzheimer hereditaria por mutaciones de la presenilina 1 (PSEN1)
- c) Demencia frontotemporal con motoneurona/parkinsonismo por mutaciones de PGRN
- d) Demencia frontotemporal con motoneurona/parkinsonismo por mutaciones de FUS

25) La técnica RT-Quick ha constituido un importante avance para el diagnóstico pre-mortem de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica, ¿En qué consiste?

- a) Es una técnica de densitometría para medir la cantidad de proteína 14-3-3
- b) Es una técnica de inmunofluorescencia basada en la incubación del LCR con cortes de tejido de ratones transgénicos para la PrP
- c) Es una técnica de amplificación basada en la capacidad de la PrPsc para inducir un cambio conformacional en la PrP
- d) Es un método Elisa para cuantificar la PrPsc en LCR

26) El diagnóstico de oligoendroglioma viene definido por:

- a) La presencia de co-delección 1p19q y mutación IDH independientemente de la histología
- b) La presencia de una amplificación EGFR con una histología compatible
- c) La existencia de metilación MGMT independientemente de la histología
- d) La inmunohistoquímica positiva a vimentina independientemente del estado molecular

27) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA respecto al síndrome SMART?

- a) Es una complicación precoz del tratamiento con radioterapia
- b) Suele afectar sobre todo a los lóbulos frontales
- c) Los pacientes presentan episodios de migraña, focalidad y crisis, que pueden afectar al hemisferio cerebral no radiado
- d) El tratamiento de elección es la oxigenoterapia en cámara hiperbárica

28) Señale la respuesta VERDADERA respecto a la neurotoxicidad causada por los fármacos inhibidores check-point.

- a) La mayoría de las neurotoxicidades causadas por estos fármacos no responden a esteroides
- b) Las complicaciones inflamatorias del sistema nervioso central son frecuentes
- c) La resonancia magnética craneal no sirve de ayuda para establecer el diagnóstico
- d) Pueden desencadenar síndromes neurológicos paraneoplásicos

29) Indique cuál de los siguientes síndromes clínicos NO es una forma de presentación de una enfermedad antiIgLON5

- a) Enfermedad de neurona motora
- b) Trastorno del sueño
- c) Crisis epilépticas
- d) Trastorno de la marcha con ataxia

30) Indique la asociación INCORRECTA referida a los síndromes paraneoplásicos

- a) Linfoma de Hodgkin-angiitis del sistema nervioso central
- b) Corea paraneoplásica-Anticuerpos antianfifisina
- c) Degeneración cerebelosa paraneoplásica- Anticuerpos antiYo
- d) Tumor testicular-encefalitis de tronco

31) En un paciente que tratado con trasplante de progenitores hematopoyéticos ¿Cuál de estas complicaciones neurológicas puede estar causada por el Busulfán?

- a) Distonía
- b) Ataxia
- c) Ictus
- d) Crisis epilépticas

32) El pitolisant es una opción para el tratamiento de:

- a) Narcolepsia
- b) Enfermedad de Gaucher
- c) Enfermedad de Fabry
- d) Migraña con aura

33) Llegaríamos al diagnóstico de narcolepsia de tipo 1 en un paciente estudiado por hipersomnias diurnas que presentara:

- a) Hipersomnias diurnas, cataplejía, hipocretina en LCR normal
- b) Hipersomnias diurnas, no cataplejía, hipocretina en LCR normal
- c) Hipersomnias diurnas, cataplejía, hipocretina muy baja en LCR
- d) Hipersomnias diurnas, cataplejía, hipocretina muy elevada en LCR

34) En el trastorno de conducta del sueño REM NO es cierto que:

- a) En algunos pacientes es secundario a lesiones de protuberancia
- b) Puede ser secundaria a la utilización de beta bloqueantes
- c) La base fisiopatológica es la ausencia de hipotonía muscular durante la fase REM
- d) Es con mucha frecuencia una manifestación precoz de una TAU patía

35) Respecto a la encefalitis por el virus del Nilo occidental es FALSO que:

- a) El reservorio son los pájaros y el hombre es un huésped accidental
- b) Se ha demostrado transmisión por picaduras de mosquito, por transfusión de sangre, donación de órganos y por vía transplacentaria
- c) Puede producir una meningoencefalitis y una parálisis flácida similar a la poliomiелitis
- d) No es posible diagnóstico serológico, por lo que es necesario estudio anatomopatológico

36) En un paciente en estudio por meningitis se detecta 15 eosinófilos /ml en LCR. Señale el tipo de infección menos probable:

- a) cisticercosis
- b) fasciolasis
- c) tuberculosis
- d) esquistosomiasis

37) En el tratamiento de la neurocisticercosis NO ES CIERTO que:

- a) Cuando únicamente se objetivan formas calcificadas se recomienda tratamiento cisticida.
- b) En la encefalitis cisticercótica el tratamiento cisticida está contraindicado, y debe administrarse tratamiento corticoideo
- c) Antes de cualquier tratamiento cisticida se debería descartar quistes intraoculares
- d) La cirugía no está indicada en los quistes múltiples intraparenquimatosos

38) Supone contraindicación para trombectomía mecánica:

- a) Edad superior a 85 años
- b) Endocarditis infecciosa
- c) Tratamiento previo con acenocumarol
- d) Recuento de plaquetas 90.000

39) Una de las siguientes NO se considera una fuente cardioembólica mayor en el ictus agudo

- a) Flutter auricular mantenido,
- b) Infarto de miocardio de menos de 4 semanas de evolución
- c) Aneurisma del septo auricular
- d) Endocarditis no infecciosa

40) Respecto del CARASIL (o síndrome de Maeda) es FALSO que:

- a) Es una arteriopatía familiar de herencia autosómica recesiva debida a mutaciones en el gen HTRA1.
- b) La enfermedad suele comenzar en la juventud por paraparesia espástica, alopecia y episodios de lumbago agudo.
- c) La aparición de ictus, paresia pseudobulbar y demencia es mas tardía que en el CADASIL
- d) No se detecta material grumoso PAS positivo en la anatomía patológica de la arteria

41) En un paciente con una lesión isquémica que afecta a la porción inferior de la cabeza del núcleo caudado la arteria responsable será:

- a) Rama calcarina de la Arteria Cerebral Posterior
- b) Arteria recurrente de Heubner
- c) Arteria coroidea anterior
- d) Arteria coroidea posterior

42) En la RM de la hemorragia cerebral:

- a) Se observa como una hiperseñal tanto en secuencias de T1 como de T2
- b) Las secuencias T2 y eco de gradiente son tan sensibles como la TC para el diagnóstico de hemorragias agudas y más sensibles incluso para detectar hemorragias previas.
- c) En fase subaguda el centro de la hemorragia cambia y da una señal disminuida en T1 y en T2
- d) En fase crónica el borde de la hemorragia tiene, de forma característica, un anillo de hiperseñal tanto en T1 como en T2 y, sobre todo, en eco de gradiente

43) Acerca de los estados protrombóticos que provocan ictus isquémico es FALSO que:

- a) Algunas hemoglobinopatías, como la drepanocitosis, incrementan el riesgo de ictus, sobre todo en los niños.
- b) la resistencia hereditaria para la activación de la proteína C debida a una mutación del factor V de Leiden predispone a las trombosis venosas y, en menor medida, al ictus isquémico.
- c) La hiperfibrinogenemia facilita el ictus y el infarto de miocardio.
- d) La prevalencia de anticuerpos antifosfolípido disminuye con la edad

44) Un paciente tiene una lesión isquémica con transformación hemorrágica temporal derecha. Consideramos una posible trombosis venosa en el territorio de:

- a) Seno longitudinal inferior
- b) Vena basal de Rosenthal
- c) Vena de Labbé
- d) Vena de Trolard

45) El estudio de Doppler Transcraneal detecta una velocidad pico de 50 cm/sg en la Cerebral Media Derecha y de 80 en la izquierda. La arteria cerebral anterior izquierda presenta un flujo anterógrado con velocidad pico de 100 cm/sg y también de 100 pero con flujo invertido en la derecha. Esto traduce:

- a) Patología estenosante de la Carótida izquierda
- b) Patología estenosante de la Carótida derecha
- c) Patología estenosante de la Cerebral Media izquierda
- d) Patología estenosante de la Cerebral Media Derecha

46) Una de las siguientes cefaleas NO es de predominio nocturno:

- a) Cefalea tipo Horton, en cúmulos o racimos.
- b) Cefalea “de rebote” (por privación de fármacos)
- c) Cefalea por hipotensión LCR
- d) Arteritis de células gigantes

47) Acerca de la fase prodrómica de la migraña señale la VERDADERA:

- a) Se produce activación del hipotálamo anterior
- b) La describe un porcentaje muy bajo de pacientes.
- c) Se postula base noradrenérgica
- d) Algunos de los pródromos persisten durante la fase de dolor, como las náuseas, la irritabilidad o el bloqueo mental.

48) En relación con las complicaciones de la migraña cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- a) El diagnóstico de estado de mal migrañoso requiere una crisis de migraña debilitante de más de 72 horas de duración.
- b) El aura persistente sin infarto presenta síntomas típicos de aura durante más de una semana sin evidencias de infarto cerebral en la neuroimagen.
- c) No se ha demostrado que la migraña con aura sea un factor de riesgo independiente de infarto cerebral en mujeres menores de 45 años.
- d) Para el diagnóstico de las crisis convulsivas desencadenadas por la migraña (migralepsia), se requiere una crisis epiléptica durante un aura migrañosa o en la hora siguiente a esta.

49) En relación a los anticuerpos monoclonales utilizados en la migraña señale la respuesta VERDADERA:

- a) Bloquean el CGRP o su receptor.
- b) No están indicados en pacientes con menos de 7 días al mes de migraña.
- c) En migraña crónica no han demostrado eficacia.
- d) El erenumab bloquea el CGRP directamente.

50) En relación a la fisiopatología de las cefaleas trigémino-autonómicas señale la VERDADERA:

- a) Se produce una hiperfunción simpática.
- b) Se produce una hipoactivación parasimpática.
- c) Se activa el reflejo trigémino-facial
- d) Puede observarse disminución de la presión intraocular ictal del lado sintomático.

51) Uno de los siguientes NO es un procedimiento quirúrgico lesivo utilizado en la cefalea en racimos crónica refractaria:

- a) Ablación por radiofrecuencia del ganglio de Gasser.
- b) Rizotomía trigeminal sensitiva.
- c) Descompresión microvascular del trigémino.
- d) Estimulación bilateral de los nervios occipitales mayores.

52) En relación a la Hemicránea Paroxística señale la respuesta FALSA:

- a) Predomina en mujeres.
- b) La cefalea suele durar entre 2-30 minutos.
- c) Los ataques de Hemicránea Paroxística característicamente aparecen durante el sueño.
- d) Un 10% de los pacientes presentan ataques desencadenados por movimientos cervicales o manipulación cervical.

53) ¿Cuál de los siguientes signos radiológicos NO es típico de la hipertensión intracraneal benigna?

- a) Silla turca vacía.
- b) Aplanamiento posterior del globo ocular.
- c) Estenosis del seno transversal.
- d) Distensión venosa

54) Señale la VERDADERA con respecto a la enfermedad de LAFORA.

- a) Herencia autosómica dominante
- b) Los cuerpos de Lafora son inclusiones extraneuronales de poliglucosanos anómalos
- c) En el EEG es frecuente la fotosensibilidad.
- d) El inicio típico es entre los 5-7 años de vida

55) ¿En un paciente que presenta episodios de alegría inmotivada y risa automática con muecas faciales qué hallazgo radiológico esperarías encontrar?

- a) El estudio de TC/RM será normal ya que se describen episodios de pseudocrisis.
- b) Hamartoma hipotalámico.
- c) Esclerosis del hipocampo.
- d) Cavernoma de la circunvolución rolándica

56) Señale la respuesta VERDADERA en relación a los efectos adversos idiosincrásicos de los antiepilépticos:

- a) La encefalopatía hiperamoniémica se ha relacionado con la fenitoína
- b) Los efectos adversos idiosincrásicos dependen de la dosis del fármaco
- c) Los efectos adversos idiosincrásicos dependen del mecanismo de acción del fármaco
- d) La pérdida de peso con topiramato se considera un efecto adverso idiosincrásico.

57) La ILAE aconseja tratar desde la primera crisis no provocada en las siguientes circunstancias salvo:

- a) EEG patológico, sobre todo si existe actividad epileptiforme generalizada.
- b) Anomalías en la exploración neurológica.
- c) Crisis generalizada de inicio
- d) Lesión estructural en TC/RM.

58) Uno de los siguientes disminuye la eficacia de los anticonceptivos orales si se toman de manera conjunta:

- a) Oxcarbacepina
- b) Valproato
- c) Zonisamida
- d) Levetiracetam

59) ¿En cuál de los siguientes registros EEG esperaría encontrar una actividad de fondo lenta?

- a) Epilepsia mioclónica juvenil
- b) Síndrome de Dravet.
- c) Síndrome de Lennox-Gastaut
- d) Epilepsia con ausencias infantiles.

60) Uno de los siguientes fármacos antiepilépticos NO BLOQUEA los canales de sodio:

- a) Carbamacepina
- b) Fenitoína
- c) Lacosamida
- d) Levetiracetam.

61) Una de las siguientes NO se ha descrito como causa de epilepsia focal continua o estado de mal motor:

- a) Tumores SNC 1ras o metastásicos.
- b) Encefalitis tipo Rasmussen
- c) Fármacos
- d) Hipoglucemia

62) En relación a las crisis focales del lóbulo frontal señale la VERDADERA:

- a) El comienzo de las crisis y su difusión en lento
- b) Las crisis tienden a ser de larga duración y lenta recuperación
- c) Baja incidencia de estados de mal, tanto focales como generalizados
- d) Incidencia preferentemente nocturna durante el sueño.

63) En relación a la Esclerosis Múltiple señale la VERDADERA:

- a) Los síntomas agudos de un brote comienzan a desaparecer cuando la desmielinización se ha frenado.
- b) La hipoventilación o la hipercalcemia pueden desencadenar los síntomas paroxísticos
- c) La fatiga o la espasticidad no fluctúan
- d) La degeneración axonal determina el paso a la incapacidad crónica-progresiva.

64) Uno de los siguientes NO se considera predictor de una recaída en los pacientes con CIS

- a) Número elevado de lesiones en secuencias T2 en RM.
- b) Presencia de bandas oligoclonales en LCR.
- c) Mayor edad.
- d) Localización infratentorial de la lesión aguda.

65) Según los criterios diagnósticos modificados de MacDonald, ¿en cuál de los siguientes supuestos podría establecerse el diagnóstico de EM?

- a) 1 ataque clínico con evidencia de dos lesiones en diferentes localizaciones
- b) 1 ataque clínico con evidencia de dos lesiones y bandas oligoclonales positivas.
- c) 1 ataque clínico con evidencia de una sesión y bandas oligoclonales positivas (falta diseminación en espacio).
- d) 2 ataques clínicos con evidencia de una lesión sin historia previa sugestiva de ataques previos.

66) ¿Cuándo se considera que un paciente con EM-RR ha progresado a una forma SP?

- a) Cuando tiene más de 5 brotes en menos de dos años.
- b) Cuando presenta un empeoramiento durante 3 meses.
- c) Cuando presenta un empeoramiento durante 6 meses.
- d) La EM-RR no progresa en ningún paciente.

67) Mujer de 40 años con diagnóstico de EM-RR. Tuvo un primer brote de neuritis óptica a los 26 años y a los 39 años un segundo brote de hipoestesia en miembros derechos. En la última RM no hay actividad inflamatoria. No hay discapacidad. Pide información acerca del pronóstico de su enfermedad. ¿Qué afirmación sería FALSA?

- a) El sexo femenino se asocia a un mejor pronóstico.
- b) El comienzo por neuritis óptica se asocia a un mejor pronóstico.
- c) La ausencia de discapacidad después de más de 10 años se asocia a un mejor pronóstico.
- d) El inicio a una edad menor de 30 años se asocia a peor pronóstico.

68) En relación al tratamiento de la Esclerosis Múltiple señale la VERDADERA:

- a) IFN-beta modifica el riesgo de desarrollar una evolución SP.
- b) Fingolimod aumenta los linfocitos T y B en sangre periférica.
- c) No se han descritos anticuerpos neutralizantes contra el Natalizumab.
- d) Alemtuzumab es un anticuerpo monoclonal frente al antígeno CD-52.

69) En relación al espectro NMO (NMOE) señale la VERDADERA:

- a) No hay biomarcadores en esta enfermedad.
- b) Tiene un claro predominio masculino.
- c) El 2-3% de los pacientes con encefalitis anti-NMDA tienen anticuerpos anti NMO.
- d) No se ha descrito relación de NMOE con otras enfermedades autoinmunes.

70) En relación al espectro MOG una de las siguientes es FALSA:

- a) La lesión medular más frecuente es una mielitis longitudinalmente extensa.
- b) La NO suele ser la primera manifestación.
- c) Hasta el 70% pueden recurrir.
- d) En general son de mayor edad al inicio de la enfermedad.

71) Señale la FALSA con respecto a La enfermedad de Marchiafava-Bignami:

- a) La mayoría de los pacientes son alcohólicos.
- b) Se debe a un desequilibrio osmótico en más del 90% de los casos.
- c) La lesión del cuerpo caloso puede ser desmielinizante y necrótica.
- d) Los corticoides mejoran el pronóstico.

72) En relación a los síndromes descritos recientemente que cursan con lesión en sustancia blanca y cuerpo caloso señale la VERDADERA:

- a) Se desconoce la base principal del PRES
- b) Las lesiones en el síndrome RESLES pueden restringirse al cuerpo caloso o asociarse con otras lesiones hemisféricas.
- c) El síndrome MERS se asocia a meningoencefalitis víricas o bacterianas
- d) El síndrome RESLES se ha relacionado con hiperglucemia

73) Señale la FALSA con respecto a la adrenoleucodistrofia:

- a) Puede ser asintomática.
- b) Puede manifestarse como una enfermedad de Addison aislada.
- c) En una misma familia el fenotipo siempre va a ser el mismo.
- d) Existe una forma cerebral del adulto.

74) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA respecto al CLIPPERS?

- a) La citometría de flujo en LCR es patológica
- b) Dentro del estudio de un paciente con sospecha de CLIPPERS está indicado indagar sobre la existencia de anticuerpos contra la proteína ácida fibrilar glial (GFAP) alfa en el suero y el líquido cefalorraquídeo (LCR)
- c) Las lesiones de realce observadas en la RMN están relacionadas con infiltrados linfocíticos perivasculares y vasculitis necrotizante
- d) Cuando se mantiene el tratamiento con una dosis diaria de prednisona/prednisolona es $\geq 30\text{mg/día}$ no suelen producirse recaídas

75) Señale la afirmación FALSA respecto a la paquimeningitis reumatoidea

- a) Consiste en una inflamación crónica de las meninges, con componente perivascular y vasculitis, así como granulomas necrotizantes y reacción de células gigantes
- b) se ha descrito como complicación del tratamiento con fármacos anti-TNF-alfa
- c) puede cursar con deterioro cognitivo subagudo
- d) es característico encontrar elevación de factor reumatoide en LCR

Preguntas de Reserva

1) Señale cuál de estas enfermedades forma parte de la neurodegeneración con acúmulo cerebral de hierro

- a) Enfermedad de Wilson
- b) Enfermedad de Perry
- c) Degeneración hepatocerebral adquirida
- d) Aceruloplasminemia

2) Indique la afirmación falsa sobre la toxicidad neuromuscular causada por los fármacos inhibidores check-point:

- a) La miositis puede afectar a la musculatura extraocular
- b) Los síndromes miasténicos son con más frecuencia pres-sinápticos que post-sinápticos
- c) En los pacientes con miositis hay que descartar que exista miocarditis asociada
- d) Las neuropatías periféricas inmunomediadas pueden afectar a los nervios craneales

3) Las células T que expresan receptores de antígenos quiméricos (CAR) ofrecen ahora una opción de tratamiento eficaz para personas con neoplasias de células B previamente refractarias Indique la afirmación falsa sobre los efectos adversos neurológicos de la terapia CAR-T

- a) Es necesario realizar una vigilancia neurológica estrecha de los pacientes tratados con CAR-T antes y durante los 10-14 días posteriores a la infusión celular
- b) Los efectos secundarios afectan más frecuentemente al sistema nervioso periférico que central
- c) Se considera que una liberación de citoquinas está en la base de la fisiopatología de los efectos adversos neurológicos de la terapia CAR-T
- d) Los tratamientos con siltuximab y anakinra parecen prometedores en los casos en los que no ha habido respuesta a corticoides o tocilizumab

4) La encefalitis por herpes simple puede desencadenar una encefalitis autoinmune, señale la respuesta FALSA respecto a esta complicación:

- a) La encefalitis autoinmune afecta en torno a la cuarta parte de los pacientes con encefalitis por herpes simple.
- b) Suele presentarse a partir de los 6 meses siguientes al tratamiento de la encefalitis por herpes simple
- c) La recuperación neurológica es peor en los niños pequeños
- d) El diagnóstico precoz es importante porque los pacientes pueden responder a la inmunoterapia

5) Un paciente con un ictus isquémico agudo tiene una parálisis del III par del ojo derecho asociado a una hemiparesia izquierda. Se corresponde con un infarto:

- a) Pontino derecho
- b) Pontino izquierdo
- c) Mesencefálico derecho
- d) Mesencefálico izquierdo

6) Con respecto a la cefalea numular señale la respuesta FALSA:

- a) Es un dolor circunscrito a un área circular u ovalada.
- b) Pueden aparecer cambios tróficos y trastornos sensitivos en el área afectada.
- c) No irradia.
- d) La toxina botulínica no ha demostrado utilidad en su tratamiento

7) ¿En la epilepsia mioclónica juvenil que fármacos antiepilépticos pueden empeorar las mioclonías?

- a) Bloqueantes canales de sodio.
- b) Bloqueantes canales de calcio.
- c) Gabaérgicos
- d) Inhibidores anhidrasa carbónica.

Convocatoria para la provisión, mediante concurso-oposición, de 6 plazas del puesto de trabajo de Facultativo Especialista de Área de Neurología, del Servicio Navarro de Salud - Osasunbidea

Ejercicio Tipo Test/Prueba nº 1 realizada el 23 de octubre de 2021

Plantilla de respuestas válidas

PREGUNTA Nº	RESPUESTA VÁLIDA	PREGUNTA Nº	RESPUESTA VÁLIDA	PREGUNTA Nº	RESPUESTA VÁLIDA
1	B	26	A	51	D
2	A	27	C	52	C
3	C	28	D	53	D
4	C	29	C	54	C
5	D	30	B	55	B
6	C	31	D	56	D
7	A	32	A	57	C
8	B	33	C	58	A
9	C	34	D	59	C
10	C	35	D	60	D
11	B	36	C	61	D
12	D	37	A	62	D
13	B	38	B	63	D
14	B	39	C	64	D
15	A	40	C	65	B
16	C	41	B	66	C
17	A	42	B	67	D
18	C	43	D	68	D
19	D	44	C	69	C
20	A	45	B	70	D
21	B	46	C	71	D
22	C	47	D	72	B
23	C	48	C	73	C
24	D	49	A	74	B
25	C	50	C	75	D
PREGUNTAS DE RESERVA					
1	D	4	B	6	D
2	B	5	C	7	A
3	B				

**CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
Facultativo Especialista de Área
De Neurología**

(Resolución 1109E/2020, de 13 de Octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

PRUEBA: CASOS CLÍNICOS

23 de octubre de 2021

**NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE
MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR**

Caso nº 1 (11 Puntos)

Paciente de 59 años con antecedentes personales de HTA, sarcoma de partes blandas (en muslo) de bajo grado diagnosticado a los 55 años, tratado con braquiterapia perioperatoria y radioterapia externa (50 Gy).

El paciente consulta por un episodio que describe como de sensación de irrealidad, que se repite a los dos días seguido de una crisis epiléptica generalizada, se inicia tratamiento con eslicarbacepina. Unos días después presenta un episodio de detención del lenguaje, desviación de comisura bucal y parestesias y debilidad en brazo derecho de unos 5 minutos de duración, pero no consulta. Un mes después vuelve a presentar 3 crisis epilépticas y se sustituye eslicarbacepina por valproato.

Al mes siguiente se le aprecia lento desde el punto de vista mental y motor, le cuesta expresarse verbalmente y le ha cambiado el carácter, además está torpe para bajar escaleras.

En la exploración se muestra alerta, tranquilo, perceptivo, colaborador, orientado y con funciones mentales superiores por conversación normales con lenguaje normal. Se aprecia paresia facial central derecha, reflejo de hociqueo exaltado, temblor postural fino y simétrico en ambas extremidades superiores, no mioclonías, no dismetría, fuerza y reflejos musculares profundos normales, RCP en flexión, marcha algo torpe, no claramente atáxica.

A lo largo de los dos meses siguientes sigue empeorando lentamente desde el punto de vista motor e ingresa. A la semana de hospitalización presenta una crisis epiléptica generalizada seguida de una retención aguda de orina y anestesia en dermatomas sacros, dolor radicular en extremidades y paraparesia.

Se inicia tratamiento con bolos de esteroides con buena respuesta.

Exploraciones:

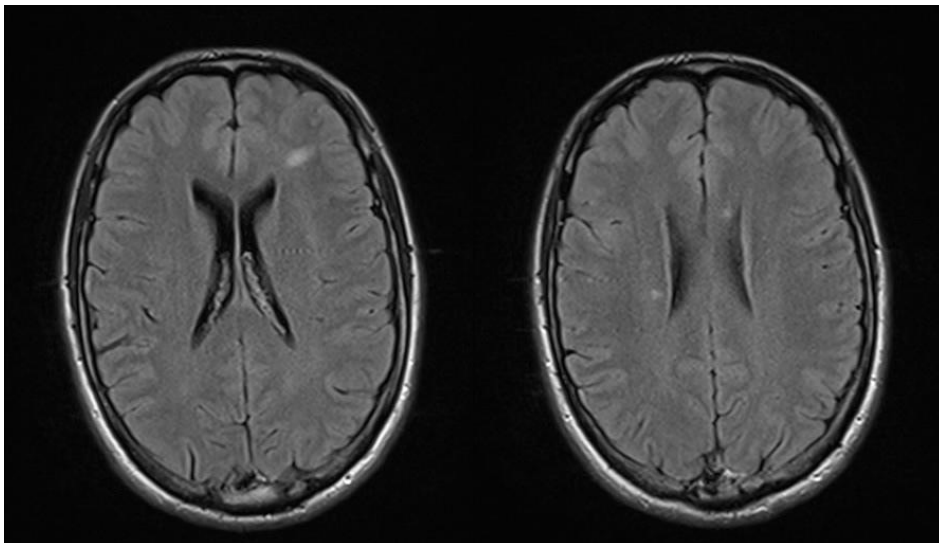
Análisis: hemograma muestra leve anemia y trombopenia, sodio 118, beta2microglobulina 3352, PSA y resto de marcadores tumorales normales, ANAS y ENA normales, proteínas 53, albúmina 3,4, proteinograma normal, ECA 183, perfil celíaco y hormonas tiroideas normales,

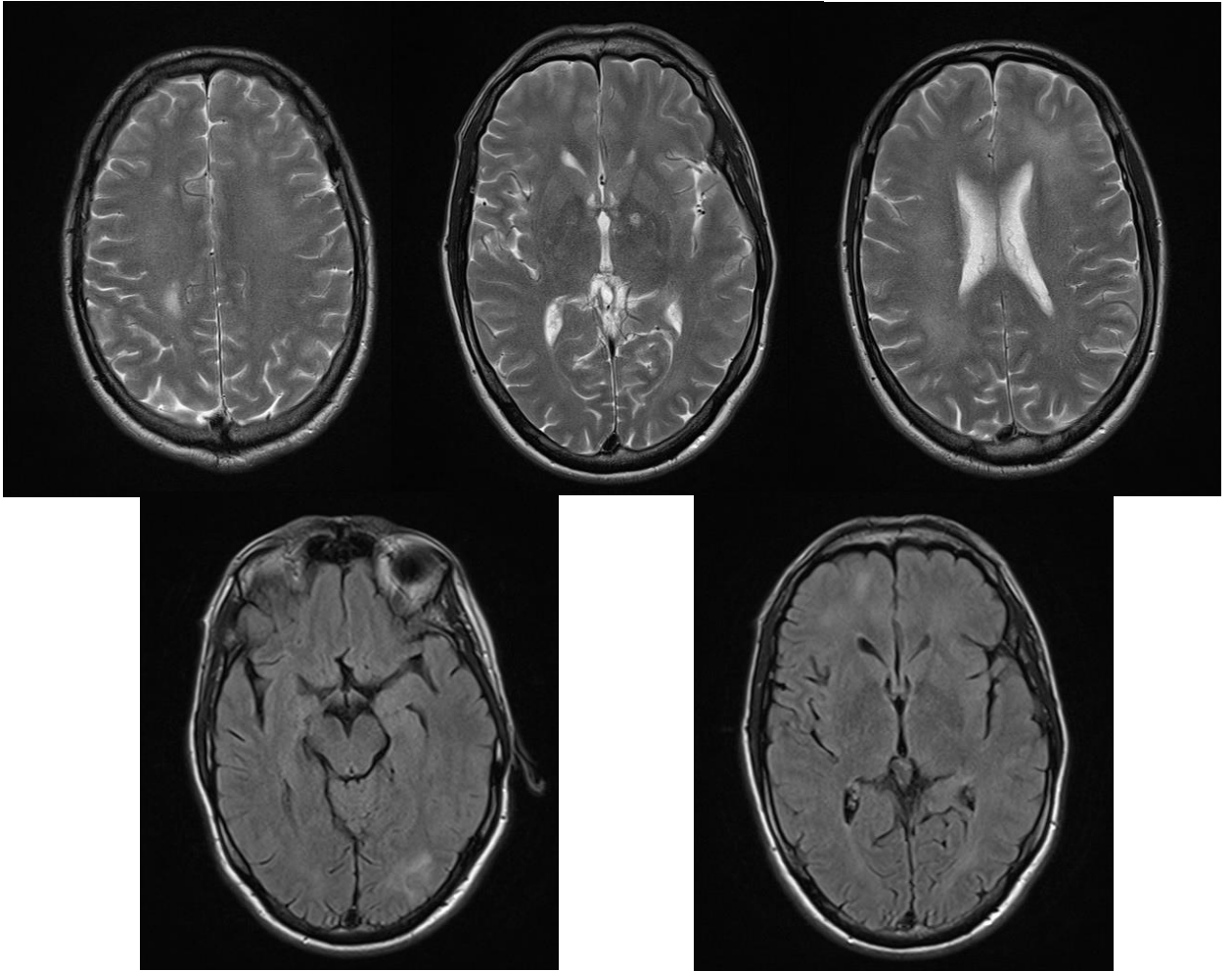
LCR: 3 leucocitos, glucosa 55 mg/dL, proteínas 86 mg/dL.

EEG: Actividad de fondo normal (9 Hz, 40 µV). Durante la hiperventilación, sobre todo en la segunda mitad de la misma, aparecen brotes lentos (theta-delta) en regiones medias y anteriores y algunas ondas lentas focales temporales izquierdas. No se observan complejos periódicos ni actividad epileptiforme (similar al realizado 4 meses antes)

TC toracoabdominopélvico: normal

RM craneal:





Preguntas

1. Indique el diagnóstico sindrómico.
2. ¿Qué pruebas o exploraciones solicitaría?
3. ¿Qué diagnósticos etiológicos le parecen más probables en este caso?

Caso nº 2 (11 Puntos)

Mujer de 21 años. Sin antecedentes de interés. Tomadora de anticonceptivos orales. No refiere uso de sustancias ni tabaquismo. Cefalea esporádica de características tensionales.

Es valorada por clínica de inestabilidad de inicio brusco en el transcurso de una clase en el gimnasio donde había realizado un ejercicio de carga sobre miembros superiores. Refería cervicalgia izquierda y ligera cefalea. La clínica se había iniciado 35 minutos antes de su llegada a urgencias. Es el responsable del gimnasio quien la trajo en su propio vehículo.

Se expresaba con dificultad con una voz bitonal ligeramente ronca. Expresaba dificultades para no atragantarse con su saliva y refería náuseas y vómitos al inicio de los síntomas.

En la exploración se apreciaba hipoestesia facial izquierda para el dolor y la temperatura pero en las extremidades la hipoestesia afectaba al hemicuerpo derecho. No se detectó oftalmoparesia ni nistagmus pero sí había un síndrome de Horner izquierdo.

No se detectaron alteraciones en el balance motor pero sí una ataxia troncular y una ligera disimetría en el miembro superior izquierdo.

No había alteraciones en las constantes. El estudio analítico de urgencias era normal. El TC basal era normal. Se descartó sangrado parenquimatoso o subaracnoideo. El Angio TC mostró la oclusión de un vaso específico.

Preguntas:

1.- En base a estos síntomas, la naturaleza de la lesión sugiere un ictus isquémico. Por favor, proporcione el epónimo con el que se define a este síndrome clínico, la localización esperable de la lesión responsable de la clínica, la arteria responsable, y que estructura considera dañada para que aparezca un síndrome de Horner en esta paciente

2.- Proponga el diagnóstico etiológico, el planteamiento terapéutico en la fase aguda y el tratamiento farmacológico preventivo secundario

Caso nº 3 (11 Puntos)

Mujer de 36 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que es traída a urgencias por su esposo que tras verla asintomática a las 08.30 horas a.m la encuentra a las 09.30 confusa y con dificultad para emitir el lenguaje con llanto intermitente y queja de cefalea.

A su llegada a urgencias la paciente se encuentra agitada y confusa. Se termometra fiebre de 37.8. Se realiza en urgencias un TC craneal que es normal. La analítica de sangre y orina no detectan alteraciones. Se realiza una PL (1 hematíe, 60 glucosa, 390 leucocitos (99% mononucleares, 1% polinucleares, 247 proteínas).

Pregunta nº 1: Realiza un diagnóstico sindrómico ante la clínica y los hallazgos exploratorios.

Pregunta nº 2: Realiza un diagnóstico diferencial del proceso que presenta la paciente.

Se inicia cobertura antibiótica y antivírica con recuperación completa de la sintomatología neurológica y resolución de la cefalea. Los estudios microbiológicos de LCR son negativos. Es dada de alta con diagnóstico de meningitis vírica de etiología desconocida resuelta.

A los 10 días presenta nuevo episodio de inicio nocturno de desorientación progresiva, cefalea intensa, vómitos y parestesias peribucales. A su llegada a urgencias está confusa y agitada. No ha tenido fiebre. Su esposo refiere que durante esta semana ha presentado en dos ocasiones cefalea con náuseas y alteración sensitiva peribucal que ha cedido con AINES.

Se realiza nuevo TC craneal que es normal y otra PL (11 hematíes, 64 glucosa, 155 leucocitos (99% mononucleares, 1% polinucleares, 145 proteínas).

Pregunta nº 3: En este punto hacia qué entidad orientaríamos el diagnóstico.

Pregunta nº 4: Describe las características principales de este síndrome.