ANEXO II

ENUNCIADO DE LA PRIMERA PRUEBA. TEST

1) Un hombre de 65 años acude a urgencias por dolor torácico de 2 horas de evolución. El ECG muestra ritmo sinusal a 90 por minuto, se aprecia un descenso del segmento ST de 1 mm en cara lateral con ondas T negativas. La troponina es de 98 ng/ml (1.5-16), está hemodinámicamente estable y se inicia perfusión de solinitrina, se anticoagula con dosis terapéuticas de heparina de bajo peso molecular y se le da 1 comprimido de 300 mgs de AAS sin mejoría inicial. En cuanto a la actuación a seguir con el paciente, ¿cuál sería la respuesta INCORRECTA?

a) Podría indicarse la realización de una coronariografía urgente
b) Dado que el tiempo de evolución es inferior a 3 horas y estamos a 1 hora de una unidad de hemodinámica, podríamos realizar fibrinólisis
c) Podríamos utilizar inhibidores de la glucoproteina IIb-IIIa
d) Podríamos asociar un fármaco antianginoso preferentemente un betabloqueante

2) Paciente mujer de 37 años, afecta de colitis ulcerosa extensa, presenta un brote grave de la enfermedad en el que tras haber iniciado tratamiento con metilprednisolona IV. a dosis de 60 mg/d después de una semana no hay respuesta. La actitud correcta en este caso sería:

a) Asociar Azatioprina
b) Asociar Mesalazina oral 4 gras y Triamcinolona rectal /12 h
c) Iniciar tratamiento con Ciclosporina IV
d) Iniciar tratamiento con Etanercep

3) En cuanto al diagnóstico de carcinoma hepatocelular señalar la correcta

a) El estudio histológico es necesario en todos los casos
b) En pacientes cirróticos el diagnóstico puede realizarse mediante técnicas de imagen dinámicas.
c) En pacientes cirróticos el diagnóstico se puede realizar mediante sospecha clínica y niveles elevados de Alfa-Fetoproteina(>100 ng/ml)
d) La arteriografía es la única técnica que demuestra de forma fiable la característica fundamental de este tumor que es la hipervascularización arterial

4) Sobre la hiperplasia nodular focal hepática es CIERTO que:

a) Se considera que su aparición está relacionada con el consumo de anticonceptivos
b) El riesgo de hemoperitoneo por rotura es similar al adenoma
c) Se comporta como una lesión focal hipovascular en la TAC con administración de contraste
d) En el estudio histológico de la lesión, además de hepatocitos pueden observarse conductos biliares y otras células hepáticas

5) En la macroglobulinemia de Waldeström, se pueden producir todas las manifestaciones que se indican excepto una:

a) Lesiones osteolíticas
b) Proliferación de linfoplasmocitos

c) Componente monoclonal IgM
d) Adenopatías y esplenomegalia

6) Cual de las siguientes citoquinas ejercen un efecto antiinflamatorio o inmunosupresor:
a) Factor de necrosis tumoral (TNF) alfa y beta
b) Interleucina 17, interleucina 22
c) Interleucina 10, transforming growth factor B
d) Interleucina 2, interferón gamma

7) Cual de estas causas no cardiacas se relaciona con la elevación de los niveles de péptido natriurético (BNP):
a) Edad avanzada
b) Anemia
c) Síndrome de apnea-hipopnea del sueño
d) Obesidad

8) La diabetes mellitus tipo MODY se caracteriza por todos los siguientes excepto:
a) Es un trastorno autosómico dominante
b) Se caracteriza por un defecto genético de la función de las células beta del páncreas
c) Los pacientes presentan una hiperglucemia leve en ayunas
d) cCmparte el mismo HLA de riesgo de la diabetes mellitus tipo 1

9) Un paciente diagnosticado de diabetes mellitus tipo 1 desde hace 20 años, consulta por clínica de 3 meses de hormigueos y dolor de predominio nocturno en ambos pies con distribución en calcetín que interfiere notablemente con el sueño. Cuál de los siguientes fármacos utilizarías como primera línea de tratamiento de su patología?
a) Ibuprofeno
b) Duloxetina
c) Oxicodona
d) Paracetamol

10) El patrón característico de la depleción de volumen con fracaso renal agudo pre-renal consiste en:
a) Oliguria con osmolaridad alta y sodio bajo
b) Oliguria con osmolaridad alta y sodio alto
c) Oliguria con relación creatinina en orina/creatinina en plasma <20
d) Oliguria con orina isotónica y sodio bajo

11) Cual de los siguientes es un mecanismo de progresión de la enfermedad renal crónica independientemente de su etiología:
a) Malnutrición
b) Hiperpotasemia
c) Acidosis
d) Proteinuria

12) Para el diagnóstico del fenotipo mixto de la EPOC (fenotipo EPOC/ASMA) se utilizan criterios mayores y menores. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio válido.
a) Eosinofilia positiva en el esputo
b) Eosinófilos en sangre >360
c) IgE total elevada en sangre
d) Antecedentes personales de Atopia

13) Ceftorolano es activo frente a estos gérmenes EXCEPTO:

a) Pseudomona
b) Enterococo
c) Gram positivos anaerobios
d) Estreptococo peumoniae

14) Paciente mujer de 45 años que tras una liposucción en muslos, presenta 2-3 semanas después, lesiones en muslos que comienzan con una mácula y se desarrollan hasta ser un nódulo doloroso de 2-3 cms que finalmente supura. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Infección por Mycobacterium fortuitum
b) Infección por Mycobacterium chelonae
c) Infección por Mycobacterium tuberculosis
d) Infección por Mycobacterium gordonae

15) Uno de los siguientes patógenos transmitidos por garrapatas se puede confundir con un paludismo por el cuadro clínico con fiebre y sudoración y el frotis de sangre teñido con Giemsa ¿Cuál es el microorganismo?

a) Borrelia burdogferi
b) Franciella tularensis
c) Ricktessia conorii
d) Babesia spp

16) El fármaco inmunosupresor Tacrolimus es metabolizado principalmente por el citocromo P-430 (CYP 3A4). ¿Cuál de los siguientes fármacos puede reducir su concentración en sangre?:

a) Cisaprida
b) Itraconazol
c) Omeprazol
d) Fenitoina

17) En relación con la enfermedad tromboembólica ante una sospecha de tromboembolismo pulmonar (TEP), señale LA INCORRECTA:

a) El dímero D negativo (menos de 500 nanogramos/ml) en caso de baja probabilidad clínica tiene un valor predictivo negativo de 99%
b) Ante la sospecha de TEP siempre debemos solicitar un dímero D como primera exploración
c) No deberíamos solicitar Dímero D en caso de alta probabilidad clínica de TEP pues tiene un escaso valor predictivo positivo
d) En caso de sospecha de TEP con alta probabilidad clínica deberíamos realizar como primera exploración una prueba de imagen (angioTAC/gammagrafía V/Q)

18) En relación con la enfermedad tromboembólica (ETE), señalar la verdadera:

a) En pacientes con TVP distal, por debajo del nivel de la vena poplítea asociada a un factor de riesgo transitorio, se sugiere no prolongar el tratamiento más de 6 semanas
b) El tratamiento la fase crónica de la ETE con Antivitaminas K sigue siendo el de elección porque los anticoagulantes orales de acción directa no han mostrado ventajas sobre ellas.
c) El tiempo mínimo de tratamiento en caso de TEP no asociado a ningún factor de riesgo transitorio debe ser por lo menos de 6 meses
d) El sexo masculino y el dímero D elevado más de 500 nanogramos/ml un mes después de suspender el tratamiento incrementan el riesgo de recidiva

19) Un paciente diagnosticado de cáncer de pulmón no microcítico de 4 cms en el lóbulo superior derecho sin contacto con pleura y en el que el estudio de extensión pone de

manifiesto la presencia de afectación de ganglios mediastínicos derecho y sin evidencia de metástasis a distancia, su estadio según la TNM staging system for lung cáncer (seventh edition)

a) II A
b) II B
c) III A
d) III B

20) En las últimas guías europeas sobre el diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardiaca, para el tratamiento de la hiperglucemia en los pacientes diabéticos, cual de estos fármacos ha demostrado disminuir la hospitalización y mortalidad por insuficiencia cardiaca:

a) Empaglifozina
b) Análogos del GLP1
c) Glitazonas
d) Insulina

21) Sobre el tratamiento de la osteoporosis la ATP (Americam College of Psysicians) en sus recomendaciones de 2016 basadas en la evidencia científica disponible, ¿Cúal es la respuesta INCORRECTA?

a) Se recomienda la utilización de estrógenos más progesterona o raloxifeno en mujeres post-menopaúsicas
b) Se recomienda tratamiento con bifosfonatos para reducir el riesgo de fractura vertebral en hombres con osteoporosis
c) No se recomienda realizar controles tomodensitométricos en las mujeres en tratamiento durante los 5 primeros años
d) La Teriparitida ha demostrado reducción del índice de fracturas vertebrales y no vertebrales.

22) ¿Cuál es la respuesta correcta con respecto a la fibrilación auricular?

a) La ablación en la FA no ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento antiarrítmico por lo que se desaconseja excepto en casos muy concretos
b) La elevación de biomarcadores como troponina, BNP o NT-proBNP no tiene relación con el riesgo de ictus ni de mortalidad
c) Los biomarcadores de inflamación como la PCR, interleucina IL6 y el TNF alfa son factores de riesgo independientes de mortalidad
d) Los ensayos aleatorizados han demostrado superioridad de la estrategia de mantenimiento del ritmo sinusal con antiarrítmicos frente al control de la frecuencia cardiaca

23) En cuanto a la hipercolesterolemia familiar combinada señala la cierta:

a) No se relaciona con una sobreproducción de apolipoproteina B siendo el cociente LDL Colesterol/Apo B >1.2
b) El colesterol LDL supera con frecuencia los 300 mg/dl
c) Son característicos los xantomas
d) Su frecuencia oscila entre el 1-2% de la población

24) Una mujer de 26 años diagnosticada de esclerodermia sistémica difusa de 2 años de evolución es tratada con 30 mg de Prednisona en su centro de salud por un problema ocular. La paciente consulta por cefalea, apreciando cifras elevadas de tensión arterial y deterioro de la función renal. La paciente se deriva a urgencias con sospecha de crisis renal esclerodérmica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El diagnóstico requerirá de una biopsia renal
b) La utilización de esteroides a dosis moderadas puede precipitar su aparición

c) Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina se utilizan de forma rutinaria para prevenir su aparición
d) El tratamiento de elección será un hipotensor calcioantagonista dihidropiridínico

25) Un lavado broncoalveolar con marcada linfocitosis a menudo mayor de 50%, suele ser característico de:
a) Neumonía criptogénetica organizada
b) Neumonitis por hipersensibilidad
c) Asbestosis
d) Pacientes muy fumadores

26) ¿Cuál de las siguientes enfermedades no se transmite por garrapatas?
a) Enfermedad de Chagas
b) Babesiosis
c) Fiebre de Powassan
d) Enfermedad de Lyme

27) Cual de los siguientes gérmenes no provoca lesiones ocupantes espacio en el sistema nervioso central:
a) Nocardia
b) Rhodococcus Eqqui
a) Borrelia burgdorferi
d) Taenia Solium

28) En la profilaxis post-exposición tras un contacto accidental frente a la infección por VIH que pauta está recomendada
a) Tenofovir/Emtricitabina + Raltegravir
b) Tenofovir/emtricitabina +Efavirenz
c) Abacavir/Lamivudina+ Darunavir/ritonavir
d) Abacavir/Lamivudina+Raltegravir

29) Mujer de 79 años con hipertensión arterial. Acude a Urgencias por cansancio extremo y mareos. Ha sufrido recientemente una gastroenteritis viral con naúseas y vómitos, resuelta dos días antes. Su tratamiento habitual incluye atenolol 75mg/d; hidroclorotiazida 25 mg/d y lisinopril 10mg/d. En Urgencias se objetiva TA: 80/62mmHg; frecuencia cardíaca: 34lpmn. En la analítica destaca Cr: 2.5mg/dl y K: 4.2mEq/l. Su creatinina previa era normal. Se realiza un ECG, apreciándose bradicardia sinusal con QRS estrecho y ST normal. ¿Qué administraría en esta situación?
a) Gluconato cálcico intravenoso
b) Solución de glucosa al 50% con insulina
c) Glucagón intravenoso
d) Sulfato de magnesio intravenoso

30) Paciente de 67 años que refiere astenia, intolerancia al frío y estreñimiento. Cuenta que últimamente se siente deprimida, aunque sin ideas suicidas. No ganancia de peso. En la exploración física destaca TA: 90/60mmHg, hiperpigmentación cutánea y delgadez. En la nalítica efectuada se obtienen los siguientes resultados:
Na: 138mEq/l, K: 5.2mEq/l; Cl: 108mEq/l; CO3H: 20mEq/; Cr: 1mg/dl; Glucosa: 58mg/dl; TSH: 20μU/ml; T4 libre: 0.1ng/dl.
¿Cuál de las siguientes medidas sería la más adecuada?:
a) Iniciar hormonoterapia tiroidea sustitutiva

b) Solicitar consulta a Psiquiatría para tratar la depresión

c) Iniciar dexametasona, después levotiroxina, e indicar un test de estimulación con ACTH

d) Indicar un test de estimulación con ACTH e iniciar levotiroxina

31) En los siguientes escenarios las guías europeas recomiendan un objetivo de LDL colesterol menor de 70mg/dl, excepto en uno. Indique cual:

a) Mujer de 45 años afecta de polidipsia, en la que se objetiva una glucemia de 250mg/dl y un cociente albúmina/creatinina de 60

b) Varón de 55 años con episodio de IAM sin elevación del ST

c) Varón de 68 años, fumador, con un aneurisma abdominal de 2.5 cm

d) Varón obeso de 39 años, con HTA en tratamiento farmacológico

32) ¿Cuál de los siguientes escenarios es el menos probable para sufrir osteoporosis?

a) Varón de 35 años en tratamiento con fenitoína durante más de 10 años para tratar una epilepsia

b) Mujer de 21 años con anticuerpos transglutaminasa

c) Varón de 62 años en tratamiento con finasteride para tratar una hiperplasia benigna de próstata

d) Mujer de 29 años en tratamiento sustitutivo adecuado de un hipotiroidismo

33) Mujer de 57 años, fumadora desde los 27 años, consulta por disfagia para sólidos de 5 meses de evolución. Refiere que el cuadro ha progresado y, actualmente, presenta ocasionalmente disfagia para líquidos. La paciente niega síntomas de reflujo, vómitos o dolor abdominal. ¿Cuál es la causa más probable de la disfagia de esta paciente?

a) Estenosis péptica

b) Adenocarcinoma de esófago

c) Carcinoma escamoso de esófago

d) Acalasia

34) ¿Cuál de los siguientes items NO está asociado con la gastritis tipo A no erosiva

a) Hipergastrinemia

b) Metaplasia

c) Antro

d) Anemia perniciosa

35) Mujer de 23 años que pasa tres meses de verano como cooperante en una isla del caribe. Durante su estancia allí come habitualmente en un poblado comida local y los fines de semana en restaurantes de comida *fast food*. Tras su regreso a casa la paciente sufre diarrea, dolor abdominal y pérdida de 4Kg de peso. Los coprocultivos y estudios de parásitos en heces son negativos. En la analítica se observa anemia y aumento del volumen corpuscular medio (VCM). En la analítica de esta paciente, ¿Qué esperaría encontrar?

a) Aumento de folatos y disminución de vitamina B12

b) Disminución de folatos y vitamina B12 normal

c) Folatos normales y disminución de vitamina B12

d) Disminución de folatos y disminución de vitamina B12

36) ¿Cuál de las siguientes situaciones puede ser una reacción de hipersensibilidad tipo I o tipo IV?

a) Paciente con mononucleosis infecciosa en el que se detectan aglutinina fría IgM y reacción hemolítica

b) Alergia al latex

c) Dermatitis por hiedra venenosa

d) Rinitis alérgica

37) Mujer de 29 años que consulta por diplopia. Refiere cansancio y hormigueos en sus brazos. Niega dolor. Durante la anamnesis el entrevistador observa pequeñas sacudidas de una mano. En base a estos datos, ¿qué cabría NO esperar en esta paciente?

a) Vómitos

b) Oftalmoplejía internuclear

c) Hipereflexia

d) Disfunción vesical

38) Varón de 54 años que consulta por cansancio, mareos y cefalea. También refiere prurito tras una ducha con agua caliente y que queda saciado tras pequeñas ingestas. Cuenta dolor y calor con enrojecimiento de sus extremidades inferiores. En el estudio analítico efectuado se objetiva un hematocrito del 63% y una mutación JAK2 positiva. ¿Cuál de las siguientes respuestas es la menos probable de que sea verdadera en este paciente?

a) La afectación de venas retinianas es más común que la esplenomegalia en esta enfermedad

b) Los niveles de eritropoietina estarán diminuidos

c) La base del tratamiento será realizar flebotomías y administrar aspirina

d) Los niveles de PO2 serán normales

39) ¿Cuál de las siguientes situaciones pueden provocar hiperplasia gingival?

a) Paciente con fenómeno de Raynaud tratado con nifedipino
b) Paciente con fibrilación auricular tratado con metoprolol
c) Paciente con ingesta excesiva de vitamina C
d) Paciente con trombosis venosa profunda tratado con acenocumarol

40)) Señale la opción incorrecta respecto a las incretinas:

a) El GLP-1 actúa estimulando la secreción de insulina e inhibiendo la de glucagón

b) Su vida media es de 24 h

c) Entre sus acciones se incluye el enlentecimiento del vaciado gástrico y la disminución de apetito

d) Las incretinas son degradadas por la dipeptidil-peptidasa tipo IV (DPP-4)

Preguntas de reserva

41) La neoplasia endocrina múltiple (MEN tipo 1) asocia:

a) Tumores hipofisarios, hiperparatiroidismo, síndrome de Zollinger-Ellison

b) Hiperparatiroidismo, carcinoma medular de tiroides, feocromocitoma

c) Insulinoma, carcinoma medular de tiroides, glioblastoma

d) Feocromocitoma, hiperparatiroidismo, ganglioneuromatosis intestinal

42) ¿Cuál de los siguientes escenarios es el que tiene más indicación de realizar una PAAF guiada por TAC en un paciente con osteomielitis vertebral?

a) RMN de columna pone de manifiesto realce en un área con inflamación y hemocultivos negativos

b) RMN de columna pone de manifiesto realce en un área con inflamación y hemocultivos positivos para un organismo

c) Sospecha de osteomielitis, antes de realizar la RMN

d) RMN de columna pone de manifiesto realce en un área con inflamación y hemocultivos no realizados

43) ¿ Cual es la técnica diagnóstica de elección para localizar el origen del tumor primario y la extensión del mismo en pacientes afectos de Síndrome carcinoide?

a) TAC toraco-abdominal

b) Resonancia magnética nuclear toraco-abdominal

c) Gammagrafía con octeótrido

d) Tomografía por emisión de positrones (PET)

44) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta con respecto al hipertiroidismo?

a) El yodo puede actuar como un inmunoestimulante y precipitar la enfermedad tiroidea autoinmune y actuar como sustrato para la producción de hormonas tirodeas

b) Aunque los factores genéticos influyen en la incidencia de tirotoxicosis, la enfermedad tiroidea autoinmune raramente ocurre en varios miembros de la misma familiar

c) El adenoma tóxico es la segunda causa más común de tirotoxicosis después de la enfermedad de Graves suponiendo un 15-20% de los casos

d) Los síntomas de tirotoxicosis causados por el bocio multinodular suelen ser muy severos por la elevada producción hormonal

45) Una mujer de 46 años consulta por dolor de hombros, cuello y región lumbar desde 4 meses antes. A veces le obliga a levantarse a la noche. Así mismo refiere cansancio y cefalea. En la exploración física presenta aumento de la sensibilidad en diversos puntos del cuerpo.

Niega derrame articular, enrojecimiento, calor, rash, dolor torácico, disnea, entumecimiento, hormigueos o debilidad muscular. En la analítica, hormonas tiroideas y VSG dentro de la normalidad. Basados en la sospecha clínica, ¿cuál sería el siguiente paso en el manejo de esta paciente?

a) Iniciar prednisona a dosis bajas

b) Iniciar antiinflamatorios no esteroideos

c) Determinar niveles de ANA en sangre

d) Comenzar con un programa de ejercicios de bajo impacto

ANEXO III

ENUNCIADO DE LA SEGUNDA PRUEBA: CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Varón de 45 años de edad que acude al Sº de Urgencias por disnea.

El paciente se encontraba bien hasta hace 3 días cuando comienza con cuadro de astenia, quebrantamiento general, fiebre de 38ºC, tos sin expectoración, dolorimiento en costado izdo., y disnea de esfuerzos progresiva.

No tiene antecedentes de interés, fumador 10 paquetes/año, trabaja en la construcción. No ha realizado viajes al extranjero y no tiene mascotas en su domicilio

Exploración física: Tª 38.2ºC, taquipnea basal a 24 pm. Taquicardia a 110 pm. S02 basal 92%, AP: crepitantes bi-basales. AC: taquicardia rítmica sin soplos. Resto de la exploración anodina.

Pruebas complementarias: leucocitosis (12.000 leucocitos con 80% neutrófilos), pH 7.40, p02 65 mm Hg, pC02: 32 mm Hg. Rx de torax: pequeños infiltrados de aspecto intersticial en ambas bases. Se realizan hemocultivos, Ag de Legionella y Neumococo que resultan negativos y se decide ingreso del paciente. Se inició tratamiento con Levofloxacino 500 mg/día. Otras analíticas durante el ingreso, como serología de neumonías atípicas, perfil renal y hepático, hemocultivos y cultivo de esputos, fueron normales o negativos, El paciente experimentó lenta mejoría, desapareciendo la disnea y la fiebre progresivamente, siendo dado de alta al 5º día.

Fue revisado en Consulta al mes del ingreso, Refería ligera tos seca y en el control radiológico, se apreciaba una mejoría del infiltrado intersticial, sin acabar de resolverse por completo.

Un mes más tarde el paciente acude de nuevo a Urgencias por fiebre, disnea grado II de 3 días de evolución habiendo recibido solamente tratamiento sintomático con Paracetamol. En la exploración física se aprecia: paciente taquipnéico a 28 pm., en reposo, Tª 38.2ºC, TA normal. S02 91%. Auscultación cardiaca normal, auscultación pulmonar con crepitantes finos en ambas bases. Abdomen normal, extremidades sin edemas.

Rx de torax: pequeños infiltrados intersticiales en ambas bases, mostrando en la gasometría arterial: pH 7,42. P02 60 mm hg, PC02 38 mm Hg, bicarbonato 23 meq, exceso de base: -1.

Se procede al ingreso del paciente. Se inicia tratamiento antibiótico con Ceftriaxona: 1 gr/24 h, bromuro de Ipratropio en nebulizaciones, y Paracetamol. Se realiza hemograma con una discreta anemia normocítica y normocrómica con Hb 11,5 gr. VSG 40 mm. Estudio de Coagulación normal. PCR 50, procalcitonina 0,5. Perfil hepático y renal sin alteraciones. CPK normal. Hemocultivos que resultan negativos. Antigenuria para Legionella y Neumococo negativos, Serología VIH, neumonías atípicas, serolología

de lues y serología hepatitis negativas. FR negativo. Ac anticitrulina negativos. ANAs: negativos.

Al tercer día de ingreso, el paciente continúa febril y con importante astenia generalizada. sin cambios significativos en la Rx de torax por lo que se modifica tratamiento antibiótico con Piperazilina-Tazobactam sin obtener mejoría por lo que 2 días después, se asocia metilprednisolona 40 mg/d y se realiza TAC torácico que muestra patrón reticular en bases y opacificación en vidrio deslustrado en lóbulo superior dcho y pequeñas áreas de consolidación en língula y adenopatías hiliares de 12 mm de diámetro mayor.

Se procede a la realización de una broncoscopia con lavado broncoalveolar: que muestra aumento de celularidad a expensas de leucocitos neutrófilos, con disminución de los linfocitos CD4, sin apreciarse células tumorales. Los cultivos y baciloscopias son negativos, PCR para Pneumocistis negativo.

1.- Ante el cuadro clínico y los hallazgos radiológicos, se pide hacer un diagnóstico diferencial de la patología pulmonar que presenta el paciente.

El paciente fue dado de alta tras mejoría clínica.

Cuando acude a revisión a consulta, un mes más tarde, refiere presentar inflamación región articular metacarpo-falángica de ambas manos, con dolor moderado que responde aceptablemente a AINEs., mialgias y debilidad muscular a nivel de muslos. Continúa refiriendo tos seca y fiebre intermitente. En la exploración se aprecia eritema en articulaciones metacarpo-falángicas de manos con signos flogóticos a nivel de varias articulaciones MCF. También se aprecia dolor a la palpación en muslos.

La Rx de tórax de control muestra pequeños infiltrados parcheados en ambos campos pulmonares.

2.- Ante la nueva sintomatología referida por el paciente, ¿Cuál sería la sospecha diagnóstica más probable?

3.- Que prueba/pruebas solicitaría para confirmar este diagnóstico?

4. ¿Cuál sería el tratamiento que pautaría?

CASO 2

Mujer de 60 años de edad, sin antecedentes personales de interés, que ingresa por presentar fiebre, confusión y rash. No refiere hábitos tóxicos. Practica ejercicio de forma habitual. No tiene mascotas.

La paciente estaba bien hasta unos 10 días antes en que comenzó a referir algún episodio de escalofríos con ascenso térmico de hasta 38º de forma intermitente que trató de forma sintomática con Paracetamol. Dos días antes tuvo fiebre de 39º, vómitos, sudoración y astenia generalizada. El día del ingreso, unos familiares fueron a visitarla y la encontraron confusa y desorientada, por lo que la llevaron a urgencias del hospital.

Exploración física: A su llegada a urgencias la paciente está consciente aunque desorientada Glasgow 14 (4-6-4). Exploración TA 130/90. Tª 38.5ºC., no se aprecia focalidad neurológica No rigidez de nuca ni signos meníngeos. Auscultación cardiaca 110 pm sin alteraciones, taquipnéica a 26 respiraciones/minuto. S02 94%. En piel se observaba un rash con un patrón de livedo reticularis en, piernas y abdomen sin apreciar lesiones purpúricas a dicho nivel y en manos presenta algunas lesiones eritematosas de unos mm y aisladas lesiones purpúricas de 1-2 mm en los dedos de las manos. Además se aprecia dolorimiento difuso a la palpación de masas musculares.

Analítica de sangre en urgencias: Hto: 30% , Hb 10.5 gr/dl, leucocitos 12.000 (81% neutrófilos, 8% linfocitos, 11% monocitos), plaquetas 40.000, VCM 90 (80-100) HCM 25 (24-35) reticulocitos 3.5% (0.5-1.5%), haptoglobina 20 mg/dl (40-160) Test de Coombs directo e indirecto negativos Se aprecian esquistocitos en pequeña cantidad (2 x campo) Tº de protrombina 16 seg (11.5-15), INR 1.2, Tº de tromboplastina parcial activada (TTPA) 39 seg (25-37). Dimero-D 600 ng/ml (1-500). Fibrinógeno 390 mg/dl.

Bioquímica: urea 73 mg/dl,(20-50) creatinina 3.4 mg/dl, (0.6-1-1) Filtrado glomerular estimado: 19 ml/minuto/1.73m2, glucosa 142 gr/dl, bilirrubina total 3.28 mg/dl (0.2-1.2) Br. Directa 1.1mg/dl (0.1-1.1), NA 138 meq, K 3,5, Gasometría arterial: pH 7,34, p02 65 mm Hg, pC02 30 mm Hg, bicarbonato 17,8, EB (-6), proteínas totales 5.7 gr/dl, albúmina 3 gr/dl, calcio 6.7 mg/dl, GOT 128 U/L,(5-34) GPT 72 U/L (5-44), LDH 382 U/L (110-210) CPK 590 U/L (60-170), CPK-MB 20 U/L troponina 34.1 ng/ml (1-16) PCR 100 mg/l (0.5-5)..

Se extraen hemocultivos y cultivo de orina. Ag de legionella y neumococo (negativos)

Analítica de orina: 100 hematíes/campo, proteinuria ++ y presencia de cilindros 15 x campo y escasas bacterias.

Rx de torax no se aprecian alteraciones pleuro-parenquimatosas, silueta cardiaca normal. TAC craneal normal. Se realiza ecografía abdominal donde se aprecia un engrosamiento de la pared del sigma. No hay dilatación del sistema excretor, los riñones muestran una adecuada diferenciación córtico-medular, no se aprecian órgano megalias.

ECG: rito sinusal con un aplanamiento generalizado de las ondas T

No se realiza punción lumbar por la trombocitopenia iniciando tratamiento antibiótico empírico ante sospecha de meningoencefalitis.

Se ingresa a la paciente en la UVI y a las 48h, La paciente continúa con fiebre y con livedo reticularis y lesiones purpúricas en dedos, con mejoría del estado de conciencia (Glasgow 15), realizándose una nueva analítica de sangre con los siguientes resultados:

Hemograma: Hto 28%, Hb 9,1 gr/dl, leucocitos 8.000 (75% neutrófilos, 8% monocitos, 17% linfocitos), 80.000 plaquetas. VSG 45. Tº de protrombina 14 seg INR 1.2. TTPA 30 seg.

Bioquímica: Creatinina 2.6 mg/dl, glucosa 125 mg/dl. Br. Total 2.8 mg/dl. GOT 87 U/L GPT 67 U/L ,CPK 368 U/L

Otras determinaciones solicitadas:

ANAs (-), ANCAs (-) Ac antifosfolípido (-), Crioglobulinas (-), Serología de neumonía atípica, (-) VIH (-), virus de Epstein-Bar (-), Citomegalovirus (-), Ricktessia Connori (-) serología VHB (-) VHC (-) complemento C3: 75 mg/dl (83-177). C4; 13 mg/dl (normal 16-47).

Se realiza un ecocardiograma transtorácico de con mala ventana acústica, que muestra una insuficiencia mitral ligera, con aparente buena función de ambos ventrículos, tamaño de aurículas y ventrículos normales apreciando fibrosis valvular mitral aunque sin apreciar imágenes claras de vegetaciones a nivel de las válvulas cardiacas.

En el tercer día se reciben resultados que orientan al diagnóstico, solicitando otra exploración que lo confirma. Se instaura tratamiento específico mejorando progresivamente la paciente.

Preguntas:

1) Ante la sospecha inicial de meningoencefalitis, ¿Cuál sería el tratamiento empírico que pondría a esa paciente?
2) Ante los resultados analíticos hematológicos obtenidos, ¿cuál sería el diagnóstico sindrómico de esta paciente y su diagnóstico diferencial? Enumere diferentes patologías que pueden producir este cuadro hematológico.
3) ¿Cuál sería la aproximación diagnóstica final, qué pruebas solicitaría para llegar a un diagnóstico y orientación sobre el posible tratamiento instaurado?

Convocatoria para la provisión, mediante concurso-oposición, de 2 plazas del puesto de trabajo de F.E.A. de Medicina Interna del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, aprobada mediante Resolución 293E/2017, de 16 de febrero del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

RESPUESTAS CORRECTAS EJERCICIO Nº 1

1-b
2-c
3-b
4-d
5-a
6-c
7-d
8-d
9-b
10-a
11-d
12-b
13-c
14-b
15-d
16-c
17-b
18-d
19-c
20-a
21-a
22-c
23-d
24-b
25-b
26-a
27-c
28-a
29-c
30-c
31-d
32-d
33-c
34-c
35-c
36-b
37-a
38-a
39-a
40-b

Reserva
41-a
42-a
43-c
44-a
55-d

Pamplona, 5 de junio de 2017.

La Secretaria del Tribunal