

Mediplus

MIRbankBook

Preguntas comentadas de los exámenes MIR 2018-2023

2018
-
2023



MIR

bank Book



MIRbankBook

Preguntas comentadas de los exámenes MIR 2018-2023
2.ª edición

MEDIPLUS LATAM S.L.

Avenida de Madrid, 48
C.P. 28802, Alcalá de Henares (Madrid-España)
info@mediplus.es
www.mediplus.es

DISEÑO, MAQUETACIÓN E ILUSTRACIONES

Iceberg Visual Diseño, S.L.N.E.

Queda prohibida cualquier reproducción, incluso parcial, de esta obra.

Toda copia o reproducción realizada por cualquier procedimiento (fotocopia, fotografía, microfilm, cinta magnética, disco u otro) constituye una falsificación sujeta a las sanciones previstas por la ley de protección de los derechos de autor.

La protección de los derechos de autor se extiende tanto al contenido editorial de la publicación como a los gráficos, las ilustraciones y las fotografías de esta: por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial sin el consentimiento del titular de los derechos de autor.

La traducción, la adaptación total o parcial, la reproducción por cualquier medio (incluidos microfilmes, películas, fotografías, etc.), así como el almacenamiento electrónico, están reservados para todos los países.



**Preguntas comentadas
de los exámenes MIR 2018-2023**

Mediplus

AUTORES

- Alarcón Tomás, Ana
- Alonso-Gamo López de la Cámara, Laura
- Benavent Núñez, Diego
- Cabal Paz, Borja
- Corrales Benítez, Carlos
- Díaz Martín, David
- Esteban Sánchez, Jonathan
- Forero de la Sotilla, Alberto
- Juárez Olmos, Víctor Manuel
- López Navarro, Trinidad
- López Wolf, Daniel
- Martín Segarra, Oriol
- Martínez Ulloa, Aarón
- Mayor Sanabria, Federico
- Mittendrein, Vanesa
- Solís Muñoz, Pablo
- Souto Souto, Aura Daniella
- Villanueva Martínez, Javier

ÍNDICE

ANESTESIA Y HUMANIDADES MÉDICAS.....	9
CARDIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR.....	37
CIRUGÍA GENERAL.....	73
CIRUGÍA PLÁSTICA.....	95
DERMATOLOGÍA.....	99
ENDOCRINOLOGÍA.....	111
EPIDEMIOLOGÍA.....	135
GASTROENTEROLOGÍA Y HEPATOLOGÍA.....	155
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA.....	173
HEMATOLOGÍA.....	197
INFECTOLOGÍA.....	213
INMUNOLOGÍA Y GENÉTICA.....	239
NEFROLOGÍA.....	251
NEUMOLOGÍA Y CIRUGÍA TORÁCICA.....	271
NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA.....	303
OFTALMOLOGÍA.....	333
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA MAXILOFACIAL.....	341
PEDIATRÍA.....	351
PSIQUIATRÍA.....	369

REUMATOLOGÍA	387
TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA	405
UROLOGÍA	425

CIRUGÍA PLÁSTICA

MIR 2019

208. Un hombre de 46 años acude a las 11 de la noche a urgencias por presentar lesiones blanquecinas y rojas, sin flictenas, muy dolorosas, en ambos pies. El paciente es trabajador de la construcción y refiere haber estado trabajando esa mañana con cemento (óxido cálcico). Señale la respuesta correcta:

1. El paciente ha sufrido una quemadura química por un ácido por lo que se debe realizar cura con un álcalis para parar la reacción química. Posteriormente cura de la quemadura con sulfadiacina argéntica y reevaluación de la misma en las siguientes horas.
2. El paciente ha sufrido una quemadura química por álcalis por lo que se debe proceder al lavado exhaustivo con agua y jabón y después de comprobar el pH de la piel, cura local con sulfadiacina argéntica y reevaluación de las quemaduras en las siguientes horas.
3. Dado el tiempo transcurrido posiblemente sea una reacción alérgica. Se procederá a la aplicación de corticoide tópico y a la toma de antihistamínicos orales.
4. Dado el uso continuado de botas para la realización de su trabajo el paciente presenta una colonización por hongos y debe tratarse con antifúngicos tópicos.

Respuesta: 2

En este caso se trata de una quemadura y las respuestas van sobre el modo adecuado de tratarlas. Aunque lo parezca, no dan muchos datos del grado de la quemadura (probablemente primer grado ya que no hay flictenas o ampollas, tiene dolor y no hay pérdida de sustancia). No es importante tampoco saber si es un ácido o un álcali aunque lo pueda parecer por las respuestas. En la respuesta que habla de que es un ácido pone que hay que neutralizarlo con un álcali y eso es un error, ya que la reacción de neutralización puede empeorar la quemadura. Tampoco es una reacción alérgica ya que la reacción ocurriría mucho más pronto. Justo el tiempo de evolución es lo que va en contra de una reacción alérgica. Las lesiones que se describen no parecen ser compatibles con una infección por hongos. La respuesta en la que indica que se trata de una quemadura química por álcalis es la correcta (de nuevo, aquí no es importante saber si es por ácidos o álcalis, si no cual es el manejo correcto). En ella se refiere que hay que lavar con agua y jabón. También se suelen usar apósitos de plata o de otros tipos que sean confortables y no se adhieran a la quemadura.

MIR 2019

209. En relación al colgajo anterolateral del muslo, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Se trata de un colgajo de perforantes.
2. Está irrigado por ramas de la arteria femoral circunfleja medial.
3. Puede obtenerse realizando una disección tanto suprafasial como subfasial.
4. Las perforantes musculocutáneas atraviesan el músculo vasto lateral antes de irrigar la piel del colgajo.

Respuesta: 2

El colgajo anterolateral de muslo se trata de uno de los colgajos libres más empleados, sendo sus usos muy extendidos tanto en la reconstrucción del miembro inferior especialmente a nivel del tobillo, como a nivel de la reconstrucción facial. Se trata de un colgajo de perforantes basado en la arteria circunfleja femoral lateral (opción 2 falsa) que puede obtenerse mediante una disección supra o subfasial, siendo la suprafasial más compleja pero permitiendo adelgazar el colgajo con mejores resultados estéticos. Es un colgajo que puede además obtenerse de forma quimera junto con el vasto externo, dado que las perforantes que lo irrigan atraviesan este músculo antes de vascularizar la piel.

MIR 2020

55. Señale cuál de los siguientes es el colgajo locorregional indicado para la cobertura de un defecto cutáneo de la cara interna de la rodilla:

1. Colgajo de músculo recto abdominal transverso basado en la arteria epigástrica inferior profunda.
2. Colgajo de gastrocnemio medial, basado en la arteria sural media.
3. Colgajo anterolateral de muslo, basado en la rama descendente de la arteria circunfleja femoral lateral.
4. Colgajo radial fasciocutáneo, basado en ramas perforantes de la arteria radial.

Respuesta: Anulada

Ante una reconstrucción de la cara interna de la rodilla y de la rótula, debe en primer lugar intentarse la cobertura con un colgajo locorregional de gran utilidad como es el gastrocnemio medial, que será el colgajo de elección en esta situación.

La respuesta a esta pregunta podría además obtenerse por descarte, ya que al preguntarnos por un colgajo locorreional para la cara interna de la rodilla podemos eliminar como respuestas el colgajo de recto abdominal y el radial por no estar situados en sus proximidades, así como el anterolateral de muslo por no ser útil para la cobertura de la rodilla en su cara medial.

MIR 2020

56. En cuanto a la reconstrucción de la sonrisa en pacientes con parálisis facial, podemos afirmar que:

1. No se recomienda realizar una reconstrucción dinámica sin hacer previamente una reconstrucción estática.
2. La reconstrucción dinámica consiste en realizar una transferencia de músculo neurotizado.
3. La reconstrucción estática está indicada en casos en los que la parálisis facial lleva establecida menos de un año.
4. Las suturas nerviosas directas desde un nervio motor con el nervio facial dañado pueden ser realizadas en los primeros meses de producirse la lesión del nervio facial.

Respuesta: 4

El tratamiento de la parálisis facial una vez instaurada es complejo y se basa en el empleo de técnicas dinámicas que buscan recuperar la funcionalidad de los nervios o músculos alterados, y estáticas que se basan una vez fracasadas las técnicas dinámicas en conseguir mejorar las secuelas producidas por la parálisis (opción 1 y 3 falsa). Por ello debe esperarse en primer lugar un tiempo permitiendo valorar la posible recuperación funcional del nervio afectado en caso de que no exista lesión anatómica, o en caso de que esta se haya producido intentar realizar suturas nerviosas directas tan pronto como sean posibles (opción 4 correcta). Dentro de las técnicas dinámicas además de la sutura directa existe la posibilidad de las transferencias nerviosas desde un nervio no afectado hasta ramas faciales, siendo la más típica la transferencia desde el nervio maseterino hacia la rama bucal del nervio facial. También son posibles las transferencias de músculos neurotizados principalmente el músculo gracilis con su nervio obturador para permitir recuperar la sonrisa perdida. Al contrario, las técnicas estáticas buscan recuperar las secuelas producidas por la parálisis pero sin mantener la función de la musculatura afectada.

MIR 2021

60. En cuanto a la anatomía de la pared abdominal en relación con la cirugía reconstructiva es FALSO que:

1. La inervación de los músculos rectos abdominales procede de nervios que discurren entre el músculo transversal abdominal y el músculo oblicuo interno.
2. Tras la disección y rotación de un colgajo TRAM (transversus abdominis musculus) se produce una debilidad de la pared abdominal especialmente por encima de la línea arcuata.
3. La irrigación del músculo recto abdominal proviene principalmente de los vasos epigástricos inferiores y superiores profundos.
4. El músculo recto abdominal puede utilizarse para reconstrucción de defectos mediastínicos.

Respuesta: 2

Pregunta muy compleja acerca de la pared abdominal y de la obtención de un colgajo actualmente como con poco uso como el colgajo muscular de los rectos abdominales. Estos músculos se encuentran vascularizados por un doble eje basado en las arterias epigástricas inferior y superior lo que favorece su uso basado en cualquiera de los dos (opción 3 correcta). La utilización del colgajo de rotación basado en la superior puede ser útil para la cobertura de defectos mediastínicos como dice la opción 4. La inervación de estos músculos se basa en ramas nerviosas de los nervios iliohipogástrico e ilioinguinal que discurren en el plano situado entre el músculo oblicuo interno y transversal (opción 1 correcta). Cuando se utiliza estos músculos como colgajo se da lugar a un defecto en la pared abdominal. Este defecto va a ser mayor por debajo de la línea arcuata por ser esta zona más débil ya que al eliminar la fascia posterior del recto abdominal solamente la fascia transversalis y el peritoneo van a ser los encargados de mantener el tono abdominal (opción 2 falsa).

MIR 2022

61. El conocimiento de la anatomía de la mama es fundamental a la hora de realizar intervenciones quirúrgicas en cirugía plástica. Señale cuál de los siguientes troncos nerviosos es el encargado en la mayoría de los casos de inervar el complejo areola-pezones:

1. Rama cutánea lateral del nervio intercostobraquial.
2. Ramas cutáneas mediales del plexo cervical.
3. Rama cutánea medial del nervio torácico largo.
4. Rama cutánea lateral de los nervios intercostales.

Respuesta: 4

Pregunta acerca de la anatomía quirúrgica mamaria. Nos preguntan acerca de la inervación del complejo areolapezón que va a ser fundamental a través de ramas de los nervios intercostales y de sus ramas laterales. Del mismo modo ramas de las arterias intercostales van a ser también las encargadas de la vascularización de areola y pezón.

MIR 2022

62. **Mujer de 57 años intervenida de mamoplastiade aumento con prótesis hace 4 años. Refiereque desde hace 2 años su mama izquierda está más rígida que la derecha y que en ocasiones le ha producido molestias al realizar esfuerzos consu brazo izquierdo. En la exploración físicapresenta asimetría evidente de ambas mamascon aumento de la consistencia y cierta deformidad de la mama izquierda y desplazamiento-moderado hacia el hueco axilar. ¿Cuál de lossiguientes es el diagnóstico más probable?**

1. Seroma crónico con colonización bacteriana.
2. Linfoma anaplásico de células grandes asociado a prótesis mamarias.
3. Contractura capsular.
4. Carcinoma ductal infiltrante de mama.

Respuesta: 3

Nos presentan una mujer con una complicación en la mama tras haberse sometido hace 4 años a una cirugía de aumento mamario. Como cualquier dispositivo externo al organismo, ante la presencia de una prótesis de mama el cuerpo tiende a generar una cápsula fibrosa que le rodea y mantiene aislado del organismo. Como consecuencia de procesos fisiopatológicos poco conocidos hoy en día, la cápsula tiende a engrosarse con el paso del tiempo y las fibras de colágeno modifican su distribución dando lugar a la complicación más habitual de los implantes estéticos que es la contractura capsular. Se presenta como refieren en nuestra paciente con modificaciones en la forma mamaria con elevación de la misma y tacto duro así como aparición de dolor a la palpación. Su manejo se basa en el explante y capsulectomía completa y posterior reconstrucción de la mama con nuevos implantes.

MIR 2023

60. **¿Cuál de las siguientes descripciones define el estadio II de una úlcera por presión según el sistema de estadios del National Pressure Injury Advisory Panel?**

1. Eritema no blanqueable.
2. Pérdida de espesor total de la piel con exposición del tejido celular subcutáneo.
3. Pérdida de epidermis con exposición de la dermis.
4. Aparición de tejido de granulación en el lecho del defecto.

Respuesta: 3

Pregunta de gran importancia en el día a día de cualquier hospital, acerca de una situación de gran frecuencia en los pacientes encamados como son las úlceras por presión. Como consecuencia de una presión prolongada, se producen en las zonas de decúbito úlceras por presión que van a evolucionar en cuatro estadios diferentes. Las úlceras por presión de grado I consisten en la aparición de eritema en la piel. Cuando la presión continúa, lleva a la isquemia cutánea, manifestándose en las úlceras grado II como epidermolisis, pérdida de la epidermis con exposición de un fondo dérmico rojizo. En las úlceras grado III la pérdida dérmica es completa, con la aparición de úlceras que exponen el tejido celular subcutáneo. Una vez alcanzado este grado, la evolución hacia el grado IV es rápida, ya que éste consistirá en la pérdida completa del tejido celular subcutáneo y la afectación completa de todos los tejidos blandos hasta llegar al hueso.

MIR 2023

61. **Con respecto a los injertos cutáneos, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. Unos de los lechos considerados injertables por su rica vascularización es el tejido de granulación.
2. Podemos clasificar los en injertos de piel parcial (si presentan sólo la epidermis) o injertos de piel total (si presentan la epidermis y la dermis subyacente).
3. Suelen presentar un proceso de contracción, que aparece tanto a la hora de ser extraídos como después de haber sido injertados.
4. Dentro de las comorbilidades médicas asociadas a la pérdida del injerto podemos destacar la diabetes, el tabaquismo y la vasculopatía periférica.

Respuesta: 2

Los injertos cutáneos constituyen una de las formas más habituales de utilización de injertos. Pueden dividirse en injertos de piel parcial e injertos de piel total, en función del grado de obtención de la dermis que se realiza. En los injertos de piel parcial se toma la epidermis y la parte más superficial de la dermis, la dermis papilar. En los injertos de piel de espesor total se obtiene

la dermis de manera completa obteniéndose tanto la dermis papilar como la dermis reticular (opción 2 falsa). Esto va a ser clave a la hora de la regeneración de la zona donante, ya que cuando permanecen restos dérmicos van a ser capaces de epitelizar por sí mismo, mientras que cuando se obtiene un injerto de piel total será necesario el cierre directo de la zona. El resto de opciones son verdaderas. El tejido de granulación constituye un tejido muy vascularizado que va a suponer un buen lecho para el prendimiento del injerto. Este prendimiento va a estar condicionado por factores que afectan a la vascularización, como son el tabaquismo y la diabetes las vasculopatías periféricas... Como consecuencia de la alteración en las fibras dérmicas de colágeno y elastina el injerto va a sufrir un proceso de contracción de manera que su tamaño, una vez obtenido de la zona donante, va a ser menor que el que se había diseñado previamente.

DERMATOLOGÍA

MIR 2018

20. Niño de 3 años cuyos padres refieren que presenta lesión en cara interna de antebrazo derecho, detectada a los tres meses del nacimiento que en ocasiones se enrojece y le produce picor. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y qué actitud llevaría a cabo?



1. Mastocitoma, observación ya que probablemente involucione.
2. Nevus sebáceo, extirpación.
3. Angiofibroma, exploración de superficie corporal completa y estudio genético.
4. Nevus melanocítico congénito, seguimiento y control fotográfico.

Respuesta: 1

Se trata de un mastocitoma solitario, que se presenta como una placa eritemato-marrónácea con signo de Darier positivo (se enrojece y produce picor) lo cual es PATOGNOMÓNICO de las mastocitosis cutáneas. Recuerda que dentro de ellas, la más frecuente es la urticaria pigmentosa. La actitud ante un mastocitoma solitario será la observación ya que tienden a involucionar.

MIR 2018

26. Hombre de 26 años que presenta desde hace 7 años brotes de placas eritemato-escamosas en el cuero cabelludo, codos, región sacra, periumbilical y rodillas. Ha seguido diferentes tratamientos (acitretino, metotrexate, ciclosporina, fototerapia) que han sido tan solo parcialmente eficaces o le han causado efectos adversos. ¿Cuál de los siguientes fármacos tiene indicación aprobada para nuestro paciente?



1. Abatacept.
2. Ustekinumab.
3. Leflunomida.
4. Tocilizumab.

Respuesta: 2

Tanto la descripción clínica como la fotografía hacen referencia a una psoriasis en placas extensa (PASI >10). Nos indican que el paciente ya ha realizado tratamiento con fototerapia y todos los tratamientos sistémicos clásicos (metotrexate, acitretino y ciclosporina) por lo que el siguiente escalón terapéutico sería el tratamiento biológico. Aunque en este escalón habría varias posibilidades (anti-TNF, anti IL12-23, anti IL-17 y anti IL23) entre las respuestas sólo hay un tratamiento aprobado para psoriasis (ustekinumab, un tratamiento biológico anti IL12-23)

MIR 2018

27. Hombre de 54 años diagnosticado de melanoma diseminado en tratamiento con vemurafenib. Seis semanas después de iniciar el tratamiento refiere la aparición de una lesión cutánea de rápido crecimiento (ver imagen). ¿Cuál es el diagnóstico más probable?



1. Botón de Oriente.
2. Metástasis en tránsito de melanoma.
3. Queratoacantom.
4. Carcinoma basocelular.

Respuesta: 3

Hay dos formas de responder a esta pregunta. La primera, por la imagen y el contexto clínico: una lesión tumoral de rápido crecimiento con tapón de queratina central, dándole un aspecto crateriforme nos tiene que hacer pensar en un queratoacatoma, un carcinoma epidermoide muy bien diferenciado con buen pronóstico. La segunda forma de acertar la respuesta es conocer que los tratamientos con inhibidores de BRAF en melanoma metastásico tienen como posibles efectos secundarios la aparición de segundas neoplasias, entre ellas, el queratoacatoma. Éste es uno de los motivos por los cuales actualmente se combinan de inicio con inhibidores de MEK.

MIR 2018

181. Acude a su consulta una mujer diabética con una úlcera maleolar de aproximadamente 10 años de evolución. Ha requerido curas tópicas continuas pero la herida nunca ha terminado de cerrarse por segunda intención. Usted observa que uno de los bordes de la úlcera comienza a mamelonarse. ¿Cuál debe ser su actitud inmediata?

1. Ingreso hospitalario y tratamiento antibiótico por vía intravenosa.
2. Biopsia de la zona mamelonada.
3. Realizar curas con pomadas enzimáticas desbridantes.
4. Cobertura de la úlcera con injerto de piel.

Respuesta: 2

La actitud correcta ante una herida o úlcera que no cura es realizar una biopsia para descartar principalmente malignidad. La biopsia debe realizarse del borde la úlcera, nunca de la zona ulcerada. En este contexto, podría tratarse de un carcinoma epidermoide, basocelular o incluso un melanoma, el diagnóstico final será histopatológico.

MIR 2018

197. Señale la variable de la que dependerá, fundamentalmente, la decisión sobre los márgenes quirúrgicos en el tratamiento de un caso de melanoma cutáneo:

1. Diámetro mayor de la lesión, en milímetros.
2. Máximo espesor de la lesión, en milímetros (índice de Breslow).
3. Presencia de ulceración en la lesión.
4. Mitosis por milímetro cuadrado (índice mitótico).

Respuesta: 2

El índice de Breslow nos indica cuanto ha profundizado en la piel el melanoma, se mide en MILIMETROS desde la capa granulosa de la epidermis. El Breslow es el principal índice pronóstico del melanoma en estadios localizados y el indicador fundamental de cara a la ampliación local y a la decisión sobre si realizar biopsia selectiva de ganglio centinela (BSGC).

MIR 2018

198. Un hombre de 74 años acude a su consulta por presentar síndrome constitucional con pérdida de 5 kilos de peso en el último mes, junto a astenia. Refiere que en las tres últimas semanas, además, ha observado la aparición de lesiones rojizas en piernas que en ocasiones drenan un material oleoso, asociándose también dolor abdominal y costal, así como dolor y rubor en tobillos y rodillas. Usted decide realizar una biopsia y observa que en el tejido celular subcutáneo aparecen células fantasma. Las manifestaciones clínicas del paciente y este hallazgo de la biopsia cutánea le llevarán a realizar una de las siguientes pruebas para hacer el diagnóstico definitivo:

1. Endoscopia digestiva: adenocarcinoma gástrico.
2. TC abdominal: cáncer de páncreas.
3. TC torácico: sarcoidosis ganglionar (síndrome de Löfgren).
4. Cultivo de los nódulos cutáneos: tuberculosis cutánea (lupus vulgar).

Respuesta: 2

Las paniculitis son un grupo de enfermedades que se caracterizan por la inflamación del tejido celular subcutáneo, que clínicamente se caracterizan por nódulos. La paniculitis pancreática es un tipo raro de paniculitis que suele asociarse principalmente a pancreatitis aguda pero en algunos casos puede ser secundaria a un cáncer de páncreas. Los nódulos suelen ser dolorosos y en casos graves pueden ulcerarse de manera espontánea, drenando una sustancia oleosa. El diagnóstico es histopatológico, mostrando la biopsia una paniculitis de predominio lobulillar con infiltrado neutrofílico y zonas de degeneración de los adipocitos (que aparecen como células anucleadas con una membrana gruesa conocidas como células fantasma), licuefacción, focos hemorrágicos...

MIR 2019

11. En relación a las lesiones dermatológicas de la imagen señale la respuesta correcta:



1. Es una dermatosis producida por herpes virus.
2. El tratamiento de elección es imiquimod.
3. Se considera una zoonosis de frecuente transmisión al ser humano.
4. Se incluye dentro de las enfermedades de transmisión sexual.

Respuesta: 4

En la imagen se observan pápulas color carne umbilicadas en el centro, sugestivas de moluscos contagiosos. El molusco contagioso está producido por un poxvirus. No se trata de una zoonosis, ya que se transmite fundamentalmente por contacto o fómites. El tratamiento no suele ser necesario ya que tienden a involucionar; sin embargo en ocasiones se recurre a tratamientos como el curetaje o la crioterapia. Aunque el imiquimod puede utilizarse no es el tratamiento de elección. Los moluscos contagiosos pueden presentarse en 3 contextos clínicos:

1. En la edad infantil, sobre todo en niños con dermatitis atópica, como es el caso que nos presentan en la imagen asociada.
2. En la edad adulta en localización genital, considerándose por tanto una infección de transmisión sexual (respuesta 4 correcta).
3. En la edad adulta de forma diseminada, obligando a descartar inmunosupresión.

MIR 2019

12. Hombre de 35 años diagnosticado de enfermedad de Hodgkin estadio IIB en tratamiento con quimioterapia protocolo ABVD. A los 7 días tras el 4º ciclo de tratamiento presenta la lesión cutánea de la imagen. Entre los antecedentes epidemiológicos se recoge que convive con un gato y que su hijo de 5 años ha presentado un cuadro mononucleósico reciente. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?



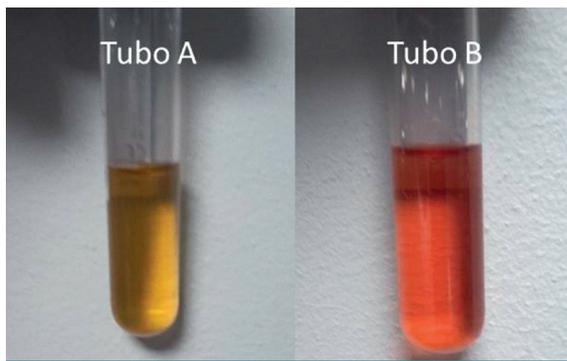
1. Infección diseminada por CMV.
2. Herpes zoster.
3. Síndrome de Sweet.
4. Toxicidad cutánea por bleomicina.

Respuesta: 2

Se trata de un paciente inmunodeprimido que presenta lesiones que siguen una distribución metamérica, lo cual debe hacernos pensar en un herpes zóster.

MIR 2019

16. Pintor de 30 años que acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal acompañado de parestesias en extremidades. En la exploración física está agitado, con presión arterial de 185/100 mm Hg y frecuencia cardíaca de 120 lpm. Se recoge una muestra de orina (tubo A) y se añade un par de gotas de orina del paciente a una solución de p-dimetilamino benzaldehído en HCl (reactivo de Ehrlich) apreciándose un cambio de coloración (tubo B). Ante la sospecha clínica y en espera de la confirmación diagnóstica, ¿cuál es la actitud terapéutica más correcta?



1. Administrar soluciones glucosadas y hem arginato i. v.
2. Administrar edetato cálcico disódico i. v.
3. Iniciar tratamiento con fenoxibenzamida seguido de labetalol.
4. Iniciar terapia de sustitución enzimática con agalsidasa-alfa.

Respuesta: 1

Se trata de una pregunta extraordinariamente difícil, ya que aunque podamos identificar la clínica característica de la enfermedad (dolor abdominal + clínica neurológica y/o psiquiátrica debe hacernos pensar en una crisis de porfiria aguda intermitente o PAI), nos hacen referencia a una prueba diagnóstica extremadamente rara (la adición del reactivo de Erlich busca la identificación de proteínas en orina-en este caso el porfobilinógeno-que se eleva en las crisis de PAI, no haciéndolo por ej en la Plumboporfiría o Porfiría de Doss). El reactivo de Ehrlich, al ser ácido, reacciona con las porfirinas presentes en la orina, produciendo un cambio de color de la

orina, que se torna más oscura. Ante una crisis, se deben identificar y tratar los factores desencadenantes, mantener una adecuada ingesta de carbohidratos y administrar sueros glucosados, siendo esto a veces suficiente en crisis leves. Sin embargo, en crisis con manifestaciones graves, el tratamiento de elección consiste en la administración intravenosa de hemina en forma de hematina o hem arginato, con el objetivo de reponer la deficiencia de hemo intracelular y por tanto la producción de porfirinas neurotóxicas. Aunque en la pregunta nos dan varios datos para intentar despistarnos, el resto de las respuestas se descarta fácilmente, ya que no se trata de una infección diseminada, el síndrome de Sweet no tiene una distribución metamérica, y la toxicidad cutánea por bleomicina suele presentarse clínicamente como lesiones flageladas.

MIR 2019

39. Desde el punto de vista anatomopatológico, un granuloma es:

1. Un agregado de histiocitos.
2. Un agregado de linfocitos.
3. Un agregado de células plasmáticas.
4. Sinónimo de tejido de granulación.

Respuesta: 1

Pregunta de respuesta directa. En dermatopatología, definimos como granuloma una colección más o menos compacta de macrófagos. Los macrófagos son células que proceden de los monocitos de la médula ósea. Estos últimos son células mononucleadas circulantes. Se dirigen a los tejidos, pasando a constituir células tisulares con capacidad macrofágica (macrófagos o histiocitos)

MIR 2019

73. Hombre de 37 años que acude a la consulta por presentar unas lesiones papulosas de disposición arcoíris, asintomáticas, en el dorso de la mano. El dermatólogo no le da ninguna importancia, aunque para confirmar el diagnóstico le realiza una biopsia cutánea donde aparte de otros signos, se aprecia necrobiosis del colágeno. El diagnóstico más probable es:

1. Liquen plano.
2. Xantoma tuberoso.
3. Sarcoidosis cutánea.
4. Granuloma anular.

Respuesta: 4

Clínicamente, lesiones anulares o arciformes en el dorso de las manos debe hacernos pensar en un granuloma anular. Histológicamente, se caracterizan por necrobiosis del colágeno.

MIR 2019

74. Paula de 27 años, acude a urgencias con un cuadro de enrojecimiento generalizado, fiebre y malestar general de 24 horas de evolución. En la guardería en la que trabaja ha tenido 4 niños con un cuadro viral asociado a exantema malar marcado. No es alérgica a ningún fármaco y está tomando minociclina 100 mg al día desde hace un mes por acné, así como ibuprofeno los dos últimos días por dolor menstrual. En la exploración física presenta un exantema generalizado, edema facial, adenopatías axilares y cervicales bilaterales. En la analítica destaca leucocitosis con eosinofilia, leve linfocitosis y un discreto aumento de transaminasas. ¿Cuál es la causa más probable?

1. Toxina del *Staphylococcus aureus*.
2. Coxsackie B 4.
3. Minociclina.
4. Virus difícil de filiar, posiblemente el mismo que el cuadro de la guardería.

Respuesta: 3

Se trata de una pregunta en la que nos intentan liar con el dato de la viriasis que han sufrido los alumnos de nuestra paciente (en niños un cuadro viral con exantema malar marcado-cara abofeteada- es igual a parvovirus).

MIR 2020

5. Mujer de 50 años, sin antecedentes de interés, que presenta desde hace 3 meses unas lesiones dolorosas en la boca (lengua, paladar, mucosa oral) que no han mejorado a pesar de haber realizado múltiples tratamientos tópicos. Las lesiones le dificultan la ingesta y refiere haber perdido 7 kg de peso. En las últimas semanas le han aparecido unas lesiones en el tronco y en la exploración se observan varias erosiones y alguna costra. Al frotar alrededor de las erosiones la piel vecina se despega fácilmente. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO encontraríamos en esta paciente?



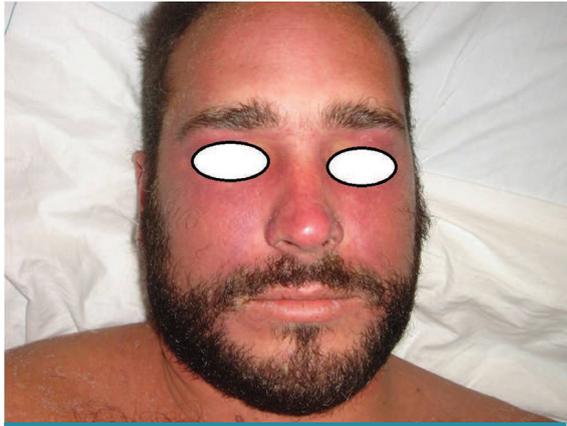
1. Depósitos de IgG y C3 en la membrana basal.
2. Depósitos de IgG y C3 intercelulares.
3. Anticuerpos frente a la desmogleína 1.
4. Anticuerpos frente a la desmogleína 3.

Respuesta: 1

Clínicamente describen un pénfigo vulgar, con erosiones orales y posteriormente en el tronco con despegamiento (signo de Nikolsky positivo). Recordar que en el pénfigo vulgar se produce un ataque autoinmunitario contra las uniones INTERCELULARES de los queratinocitos, que son los desmosomas y están formados por unas proteínas llamadas desmogleínas. Por tanto, las respuestas 2-3 y 4 son correctas y la falsa es la 1, que hace referencia al pénfigoide ampuloso (en este caso el proceso autoinmunitario está dirigido contra antígenos localizados en la membrana basal y por tanto, la inmunofluorescencia directa es lineal).

MIR 2020

6. Paciente de 25 años con crisis epilépticas desde hace 1 año, en tratamiento con carbamazepina y fenitoína, que por falta de respuesta se cambió hace dos semanas a lamotrigina. Consulta por lesiones cutáneas que comenzaron hace 24 horas con edema facial, y que posteriormente se generalizaron en forma de rash eritematoso máculopapular. Presenta mal estado general, poliadenopatías y fiebre de 38,5 °C. En la analítica destaca GOT 230 U/L, GPT 253 U/L, GGT 145 U/L y eosinofilia de 1200/μL. El diagnóstico más probable es:



1. Sarampión.
2. Síndrome DRESS.
3. Síndrome de Stevens Johnson.
4. Angioedema.

Respuesta: 2

En esta pregunta nos describen un caso clínico típico de síndrome de DRESS, una toxicodermia que se caracteriza por un exantema asociado a edema facial (que se muestra en la imagen asociada), adenopatías, síntomas generales y analíticamente elevación de transaminasas, linfocitosis y eosinofilia.

MIR 2020

10. Lactante de 25 días que presenta lesiones en la cara desde hace 2 días que se van acentuando. En la exploración se observan máculas eritematosas confluyentes, descamativas, con secreción serosa amarillenta, localizadas en ambas mejillas, surco nasogeniano, orejas y región retroauricular, frente y mentón. Resto de la exploración normal. ¿Qué diagnóstico es más probable?



1. Eritema toxoalérgico del recién nacido.
2. Dermatitis atópica.

3. Dermatitis seborreica.
4. Impétigo neonatal.

Respuesta: Anulada

Esta pregunta finalmente fue anulada por la incongruencia entre el su texto y la imagen clínica asociada. En el enunciado de la pregunta hacen referencia a una dermatitis seborreica (lesiones eritematosas descamativas con secreción serosa amarillenta, en mejillas, surco nasogeniano, orejas y región retroauricular, frente y mentón. Sin embargo, en la imagen clínica se observa que las placas eczematosas respetan los surcos nasogenianos lo cual apoya el diagnóstico de dermatitis atópica.

MIR 2020

49. Hombre de 60 años en tratamiento con carbamazepina por padecer epilepsia y que presenta fiebre (38,8 °C), odinofagia, conjuntivitis, lesiones cutáneas parduzcas extendidas en una gran parte de la superficie corporal, de aspecto similar a una diana y que se acompañan de desprendimiento epidérmico (superior al 30%) al menor roce. Es muy probable que esté presentando un cuadro clínico de:

1. Urticaria aguda de causa farmacológica.
2. Eritema exudativo minor secundario a fármacos.
3. Síndrome de Stevens-Johnson farmacológico.
4. Necrosis tóxica epidérmica.

Respuesta: 4

En esta pregunta hacen referencia clara a una toxicodermia; sin embargo podemos dudar entre las respuestas 3 y 4. Actualmente el síndrome de Stevens-Johnson y la NET se consideran parte de un mismo espectro clínico. Sin embargo, la afectación de más del 30% de la superficie corporal nos hace decantarnos por la respuesta 4.

MIR 2020

60. En una paciente menor de edad, todas las infecciones siguientes se deben sospechar como causadas por contacto sexual, una vez que se ha descartado la transmisión perinatal. Solo una de ellas tiene un origen probablemente NO sexual en niñas pequeñas. Indique cuál:

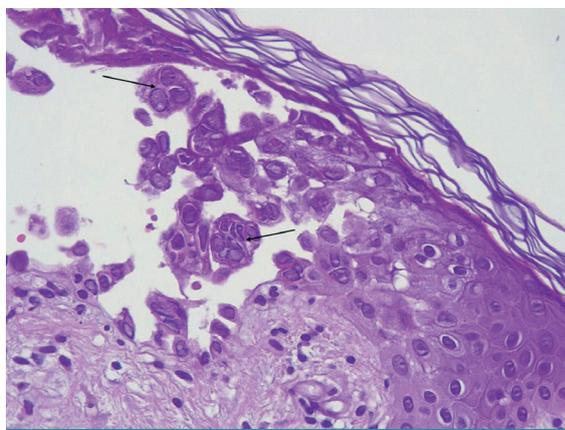
1. Neisseria gonorrhoeae faringea.
2. Chlamydia trachomatis genital.
3. Molluscum contagiosum del área genital.
4. Trichomona vaginalis.

Respuesta: 3

Los moluscos contagiosos son lesiones cutáneas en forma de pápulas umbilicadas secundarias a la infección por un poxvirus, que se transmiten por contacto directo o a través de fómites. En adultos, cuando aparecen en zona genital se consideran una infección de transmisión sexual, pero en los niños, aunque debe valorarse cada caso individualmente, en general no tienen este origen. El resto de las opciones corresponden a infecciones de transmisión sexual.

MIR 2021

4. Hombre de 68 años que consulta al dermatólogo por lesiones cutáneas ulceradas perianales. El dermatólogo se plantea dentro del diagnóstico diferencial un pioderma gangrenoso, una enfermedad ampulosa y una etiología infecciosa. Realiza una biopsia para estudio histológico y solicita también estudio de inmunofluorescencia directa. La inmunofluorescencia directa es negativa y se muestra la histología de la lesión. ¿Cuál es el diagnóstico anatomopatológico de la lesión cutánea perianal?



1. Pioderma gangrenoso.
2. Pénfigo vulgar.
3. Infección micótica.
4. Infección por el virus del herpes simple.

Respuesta: 4

En esta pregunta nos plantean el diagnóstico diferencial de lesiones ulcerosas perianales, asociando una imagen histopatológica. Podemos descartar que se trate de un pénfigo vulgar ya que en el enunciado nos indican que la inmunofluorescencia directa es negativa. Clínicamente sería poco probable el pioderma gangrenoso ya que en éste generalmente nos hablarían de un borde

violáceo. Por último, las infecciones micóticas (generalmente una candidiasis) no se manifiesta como úlceras sino como placas eritematosas fisuradas en el fondo y con lesiones satélite. Si observamos la imagen histopatológica podemos observar una ampolla intraepidérmica suprabasal, células gigantes multinucleadas, y queratinocitos balonzados. Esta balonzación de las células epidérmicas es altamente sugestivo de herpes.

MIR 2021

9. Mujer de 85 años, trabajadora del campo jubilada, que presenta desde hace un año y medio en la nariz una lesión papulosa, redondeada y brillante que le sangra con facilidad y crece lentamente. De entre las opciones señaladas, ¿cuál es el diagnóstico más probable?



1. Queratoacantoma.
2. Carcinoma basocelular.
3. Queratosis actínica hipertrófica.
4. Herpes simple crónico.

Respuesta: 2

Pregunta asociada a imagen de respuesta directa. La paciente, con evidente fotodaño en el resto de la cara, presenta una lesión sobrelevada, papulosa, con brillo perlado. En el enunciado hacen referencia al crecimiento lento y a sangrado ocasional. Esto debe hacernos sospechar un CARCINOMA BASOCELULAR, el tumor cutáneo maligno más frecuente. Por su parte, los queratoacantomas son lesiones tumorales de muy rápido crecimiento, que suelen presentar un tapón córneo central que en ocasiones se desprende dándole a la lesión una imagen crateriforme. Las queratosis actínicas hipertróficas suelen lesiones escamo-costrosas, rasposas al tacto. El herpes simple crónico suele darse en pacientes inmunodeprimidos y presentar erosión o ulceración.

MIR 2021

10. Varón de 45 años, diabético e hipertenso que acude porque desde hace 3 meses presenta placas eritematosas con descamación blanca en cuero cabelludo, tronco, rodillas y codos (ver imagen), con afectación de 4 uñas de las manos. Refiere prurito y decaimiento. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas es la más adecuada?



1. Prednisona oral.
2. Leflunomida.
3. Adalimumab.
4. Rituximab.

Respuesta: 3

Tanto la descripción clínica como la imagen asociada hacen referencia a una psoriasis en placas extensa (PASI >10) que requiere un tratamiento sistémico. Dentro de las respuestas posibles, la única aprobada para la psoriasis es el adalimumab (un fármaco biológico anti-TNF). Es probable que antes de recurrir a este tratamiento, utilizáramos antes algún tratamiento sistémico clásico o fototerapia; sin embargo no nos lo plantean entre las respuestas. En cuanto a las otras opciones, la prednisona oral está contraindicada en la psoriasis, la leflunomida podría ser útil en la artritis psoriásica pero no a nivel cutáneo y el rituximab se utiliza en el pénfigo vulgar.

MIR 2021

39. ¿Cuál de los siguientes criterios diagnósticos es considerado como criterio mayor para realizar el diagnóstico de mastocitosis sistémica?
1. Triptasa sérica total superior a 20 ng/ml.
 2. Infiltrados densos multifocales de mastocitos (>15 mastocitos por agregado) en médula ósea u otros tejidos extracutáneos.
 3. Fenotipo superficial de mastocitos anómalos con expresión de CD25 o CD2 o ambos.
 4. Morfología alterada de los mastocitos (fusiformes, núcleo excéntrico bilobulado o multilobulado, citoplasma hipogranulado).

Respuesta: 2

Las mastocitosis son enfermedades que se producen por acúmulo de los mastocitos, de carácter clonal. Hay formas cutáneas (MC) y sistémicas (MS). Las mastocitosis cutáneas se caracterizan por un aumento de mastocitos en la piel. Estas lesiones cutáneas presentan el signo de Darier (enrojecimiento, prurito) ante el roce, por liberación de histamina, que es patognomónico. En general, no suele haber implicación sistémica, aunque es recomendable hacer un screening con marcadores indirectos como la triptasa sérica o metilhistamina en orina, y de estar éstos elevados realizar una biopsia de médula ósea. El criterio diagnóstico para mastocitosis sistémica es la demostración del incremento de mastocitos en médula ósea u otros tejidos extracutáneos. El resto de opciones hacen referencia a criterios menores.

MIR 2022

5. Mujer de 90 años de edad que presenta desde hace un mes y medio la lesión de la imagen. La lesión ha crecido rápidamente, sangra con facilidad y le ocasiona ligero dolor. De entre las siguientes opciones ¿cuál es la más probable?



1. Carcinoma de células escamosas cutáneoinvasivo.
2. Carcinoma basocelular esclerodermiforme.
3. Sarcoma de Kaposi.
4. Lupus vulgar.

Respuesta: 1

Se trata de una lesión tumoral de rápido crecimiento en una zona fotoexpuesta en una paciente mayor, lo cual nos debe hacer pensar en un carcinoma de células escamosas (o carcinoma epidermoide). Los carcinomas basocelulares, independientemente de su subtipo, suelen tener una evolución muy lenta. El sarcoma de Kaposi suele aparecer como nódulos violáceos en los miembros inferiores. El lupus vulgar es la forma más frecuente de tuberculosis cutánea que se presenta como lesiones granulomatosas.

MIR 2022

6. Mujer de 70 años que consulta por lesiones cutáneas de 1 año de evolución, sin otra sintomatología asociada. Niega antecedentes personales de interés. En la exploración presenta 20 placas eritematosas finamente descamativas y discretamente atróficas, de tamaños de 4 a 10 cm en glúteos, ambas axilas y mamas, sin otros hallazgos. La anatomía patológica muestra un infiltrado en dermis superficial de linfocitos atípicos en banda, con marcado epidermotropismo y formación de microabscesos intraepidérmicos. La analítica sanguínea completa fue normal. De los siguientes ¿cuál es el diagnóstico más probable?



1. Linfoma de Hodgkin cutáneo.
2. Síndrome de Sézary.
3. Linfoma no Hodgkin cutáneo tipo T.
4. Psoriasis pustulosa.

Respuesta: 3

Tanto la clínica (placas eritematodescamativas en zonas cubiertas como son los glúteos y las mamas) como la histología (infiltrado en dermis superficial de linfocitos atípicos en banda, con marcado epidermotropismo y formación de microabscesos intraepidérmicos) hacen referencia a una micosis fungoide, que es un linfoma no Hodgkin cutáneo de linfocitos T. El síndrome de Sézary se manifiesta como una eritrodermia con adenopatías.

MIR 2022

177. Paciente de 33 años, residente en Valencia, que consulta por presentar en la mejilla derecha una placa eritemato-anaranjada tras picadura de insecto que ha ido creciendo lentamente hasta alcanzar 1,5 cm y que en las últimas semanas se ha ulcerado y cubierto de una escamocostra. La lesión solo le origina discretas molestias si se rasca. Entre sus antecedentes destaca psoriasis en placas en tratamiento con adalimumab subcutáneo. Tiene buen estado general y no toma otros fármacos ni refiere alergias a medicamentos. Indique el tratamiento que emplearía:

1. Isotretinoína oral.
2. Antimoniato de meglumina intralesional.
3. Corticosteroides sistémicos.
4. Amoxicilina oral.

Respuesta: 2

En esta pregunta nos plantean un caso clínico muy típico de Leishmaniasis cutánea: una lesión eritemato-anaranjada tras una picadura, en un paciente que vive en la cuenca mediterránea y que además está en tratamiento biológico con un anti-TNF. En nuestro medio el tratamiento de elección de la leishmania cutánea no complicada es la administración intralesional de antimoniato de meglumina (Glucantime®).

MIR 2023

11. Varón de 32 años que está recibiendo profilaxis pre-exposición al VIH. Consulta por presentar desde hace dos días proctalgia intensa, afectación del estado general y fiebre. En la exploración se palpan adenopatías inguinales y se observan las lesiones cutáneas perianales que se muestran en la imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?



1. Viruela del mono.
2. Herpes genital.
3. Sífilis primaria.
4. Lesiones por primoinfección por VIH.

Respuesta: 1

Pregunta asociada a imagen de dificultad moderada sobre un tema candente en dermatología. La clave de la pregunta está en las lesiones elementales que se muestran en la imagen asociada: son pústulas o pseudopústulas umbilicadas; además en el enunciado nos refieren un cuadro general con fiebre y adenopatías, siendo un caso típico de mpox (antes denominada viruela del mono). En cuanto al resto de las respuestas, el herpes genital cursaría con vesículas umbilicadas y agrupadas, y suele cursar con adenopatías pero es raro que curse con afectación general. La sífilis primaria consiste en una úlcera no dolorosa indurada (chancro duro) con una adenopatía, generalmente no asociada a cuadro general. En la primoinfección por VIH, puede aparecer fiebre y un exantema distribuido por la cara y el tercio superior del tronco, aunque éste puede extenderse al resto de la superficie corporal afectando las palmas y las plantas.

MIR 2023

16. Varón de 40 años diabético e hipertenso que acude por presentar desde hace 3 meses lesiones eritematosas descamativas en las palmas y las plantas de entre 0,5 y 2 cm, asintomáticas. No tiene otras lesiones en el momento actual. ¿Ante este cuadro clínico, cuál de estas entidades sería la MENOS PROBABLE?



1. Psoriasis.
2. Liquen plano.
3. Sífilis.
4. Gonorrea.

Respuesta: 4

Pregunta controvertida asociada a una imagen clínica donde nos preguntan cual de las opciones es la menos probable. En cuanto a las opciones disponibles: tanto la psoriasis, como el liquen plano como la sífilis se presentan habitualmente con lesiones eritematodescamativas. En cuando a la respuesta 4, la infección gonocócica no afecta a palmas y plantas, son las uretritis no gonocócicas las que pueden asociarse a la queratodermia blenorragica, en pacientes portadores del HLA B27 (síndrome de Reiter). La opción más probable sería la afectación palmoplantar de la sífilis secundaria. Aunque el liquen plano sería una posibilidad, la afectación palmo-plantar es rara y las lesiones suelen ser pruriginosas.

MIR 2023

17. Mujer de 65 años que consulta porque en los últimos dos años ha ido notando pérdida del cabello en la línea anterior de implantación del cuero cabelludo (temporal y frontal), junto a la pérdida completa de las cejas. En la exploración de las mejillas y el mentón se aprecian pequeñas pápulas del color de la piel. Ante este cuadro clínico y la imagen que se muestra señale la respuesta correcta:



1. Se trata de una alopecia reversible.
2. Es más frecuente en hombres.
3. La histopatología es similar a la del liquen plano pilaris.
4. Es un tipo poco frecuente de alopecia androgénica.

Respuesta: 3

Tema candente en dermatología que era esperable que se preguntase en el MIR. Nos presentan un caso típico de alopecia frontal fibrosante (AFF), actualmente el tipo de alopecia cicatricial más frecuente en la actualidad. Es una enfermedad más frecuente en las mujeres, que consiste en una alopecia de cejas y de la zona fronto-temporal. Se trata de una alopecia de tipo cicatricial, por lo tanto no es reversible (respuesta 1 falsa) y los tratamientos persiguen frenar su evolución pero no son capaces de inducir la repoblación. La histopatología es similar a la del liquen plano pilar, de hecho algunos autores consideran a la AFF un subtipo de esta enfermedad. No se trata de un tipo de alopecia androgénica, ya que ésta es la alopecia más frecuente en la población general, y es una alopecia no cicatricial.

MIR 2023

135. Mujer de 24 años intervenida hace un año de endometriosis tras presentar episodios de dolor abdominal intensos especialmente relacionados con el ciclo menstrual, acompañados ocasionalmente de náuseas y vómitos. A pesar de la intervención no ha apreciado ninguna mejoría, con progresivo empeoramiento y extensión del dolor a todo el cuerpo, junto con debilidad de extremidades. Los análisis rutinarios son normales, los anticuerpos antinucleares y el factor reumatoide son negativos, solo existe alguna analítica aislada con un Na de 132 mEq/L y alguna ALT (GOT) discretamente elevada. Ecografía abdominal y TC abdominopélvica recientes normales. Hace dos meses le diagnosticaron de depresión y fibromialgia. El tratamiento antidepressivo y analgésico con derivados opiáceos no parece tener ningún efecto. Lleva meses sin apenas levantarse de la cama. Nos piden una segunda opinión. Indica cuál de las siguientes pruebas diagnósticas deberíamos comprobar que ha sido realizada:

1. Estudio del gen MEFV.
2. Porfobilinógeno y ácido aminolevulínico en orina.
3. Anticuerpos antimitocondriales en sangre.
4. Calprotectina en heces.

Respuesta: 2

De nuevo sale en el MIR un caso de una enfermedad rara, la porfiria aguda intermitente (dolor abdominal + clínica neurológica y/o psiquiátrica debe hacernos pensar en porfiria aguda intermitente o PAI). Para su diagnóstico deben cuantificarse el porfobilinógeno y ácido aminolevulínico en orina, ya que la demostración de su exceso en la orina son suficientes para el diagnóstico.

En cuanto al resto de opciones, respectivamente: el estudio del gen MEFV es necesario para el diagnóstico de la fiebre mediterránea familiar, los anticuerpos antimitocondriales en sangre para la colangitis biliar primaria, y la calprotectina en heces para la enfermedad inflamatoria intestinal.

MIR 2023

188. Respecto de la escabiosis o sarna, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Es una infestación cutánea muy contagiosa causada por el *Sarcoptes scabiei*.
2. Se trata de una erupción polimorfa en la que confluyen lesiones producidas por el propio ácaro que se localizan en los pliegues interdigitales y las muñecas, y en menor medida en las axilas, en las mamas y en el pene.

3. En los casos muy persistentes del adulto las lesiones suelen generalizarse por el tronco y la cara.
4. El análisis mediante dermatoscopia del final del trayecto de un surco puede poner en evidencia el ácaro, que se ve en forma de ala delta.

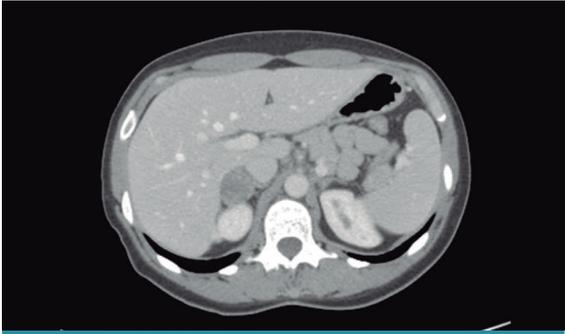
Respuesta: 3

Pregunta esperada en el MIR sobre la sarna o escabiosis, debido al aumento de la incidencia detectada en los últimos años. Se trata efectivamente de una infestación cutánea muy contagiosa causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei*. Produce una erupción poliforma encontrándose lesiones producidas por el acaro (surcos acarinos) y otras llamadas nodulos producidas por una reacción de hipersensibilidad a la presencia del ácaro. En niños las lesiones pueden afectar a la cara y cuero cabelludo, no así en adultos. Únicamente en la sarna noruega o hiperqueratósica, puede haber lesiones muy generalizadas afectando incluso la cara (por lo tanto, la respuesta 3 es incorrecta). En los últimos años, se ha puesto de manifiesto la utilidad de la dermatoscopia al hacer más evidentes los surcos acarinos y la presencia del acaro al final del surco (signo del ala delta). El tratamiento consiste en medidas higiénicas: lavar la ropa a alta temperatura o bien introducirla en bolsas cerradas durante varios días, y el tratamiento farmacológico incluye la aplicación de permetrina tópica, la ivermectina oral, y dadas las resistencias a estos tratamientos observadas recientemente, han vuelto a emplearse tratamientos antiguos como la vaselina azufrada.

ENDOCRINOLOGÍA

MIR 2018

7. Mujer de 42 años que acude a urgencias por dolor abdominal y fiebre. Se realiza una TC que no aporta datos sobre la posible causa del dolor, no obstante ante los hallazgos objetivados en la imagen se remite a consulta. ¿Cuál de las siguientes exploraciones considera indicada para completar el estudio?



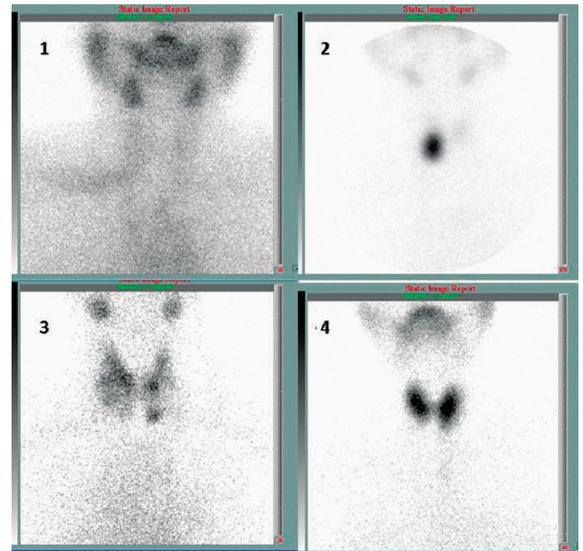
1. Gammagrafía con meta-iodobencilguanidina.
2. Determinación de 5 hidroxindolacético en orina de 24h.
3. Punción aspiración con aguja fina con control ecográfico.
4. Resonancia magnética.

Respuesta: 4

En la siguiente pregunta nos dan una imagen de una masa que depende del polo superior de la glándula renal. Viendo las opciones de respuesta podemos deducir que se trata de una masa suprarrenal como hallazgo incidental, por tanto, se trata de un incidentaloma. La primera cuestión a considerar en el manejo de un incidentaloma es determinar si este es funcionante o no (no se aporta ninguna opción en relación al screening de patologías funcionantes, importante recordar que la determinación de 5 HIAA es la prueba bioquímica de elección para el sd carcinoide). El tratamiento de elección de cualquier nódulo suprarrenal, siempre y cuando la comorbilidad del paciente lo permita, es quirúrgico por lo que la caracterización de la masa mediante una prueba más específica como es la RMN es fundamental para describir la anatomía de la masa, grado de invasión vascular, etc. Como consideración final a tener en cuenta en el manejo del incidentaloma recordar que nunca deberá realizarse PAAF por riesgo de diseminación de la propia masa en caso de etiología maligna, feocromocitoma, etc.

MIR 2018

8. Mujer de 47 años que refiere desde hace dos semanas un cuadro de febrícula, astenia, palpitations y dolor cervical con la deglución con sensación de aumento de partes blandas. En la analítica destaca una VSG de 87 mm/h y una TSH sérica de 0,01 UI/L. Se indica realización de una gammagrafía tiroidea. ¿Cuál de las siguientes imágenes es compatible con el diagnóstico de la paciente?



1. 1.
2. 2.
3. 3.
4. 4.

Respuesta: 1

A continuación, nos dan un ejemplo de tiroiditis subaguda o vírica de DeQuervain. Cabe destacar el proceso agudo, doloroso, con elevación de VSG y clínica de tirotoxicosis (palpitations, supresión de TSH...). El estudio gamma gráfico de las tiroiditis es hipocaptante y podemos comprobar como la región tiroidea tiene el mismo grado de captación que el resto de la región cervical (un factor de confusión en dicha imagen puede ser el realce de las glándulas salivales). El resto de imágenes muestra la captación en diversas patologías; adenoma tóxico (imagen 2), BMN tóxico (imagen 3), enfermedad de Graves Basedow (imagen 4).

UROLOGÍA

MIR 2018

15. Hombre de 71 años que consulta por febrícula y astenia de 3 semanas de evolución, que no ha cedido a pesar de tratamiento antibiótico durante 7 días. En la tira de orina se aprecia microhematuria. Aporta un hemograma con Hb de 10,1 g/dL, VCM de 91,6 fL. Primeramente le realizan una ecografía abdominal, pero al radiólogo le plantea dudas y decide realizarle una TC. Señale la respuesta que le parece correcta:



1. a imagen es compatible con tuberculosis renal.
2. Debería haberse esperado 3 semanas más con tratamiento antibiótico antes de hacer una prueba de imagen.
3. Hay una lesión excrecente renal que sugiere un hipernefroma.
4. Existe indicación de colocación de un catéter doble J izquierdo.

Respuesta: 3

Pregunta difícil. La clínica es inespecífica y podría plantarse la duda con TB. Sin embargo, dado que tiene anemia y la anemia es relativamente frecuente en paciente con hipernefroma, es decir con carcinoma renal, podemos acordar que la respuesta correcta efectivamente es la 3. Además, si vemos la imagen, aunque haya dilatación de la vía urinaria, la clínica es incompatible con la de un CRU complicado, de igual manera la imagen es incompatible con la de una tuberculosis en la que el riñón es pequeño, atrófico y no funcional, luego, no captaría contraste.

MIR 2018

99. Respecto a la incontinencia de orina señale la respuesta FALSA:

1. En la incontinencia urinaria de esfuerzo, un factor precipitante es el ejercicio físico.

2. En la incontinencia de urgencia la frecuencia miccional es normal.
3. La prueba más fiable para establecer un diagnóstico exacto del tipo de incontinencia es el estudio urodinámico.
4. En el tratamiento de la incontinencia de orina de urgencia se utilizan medicamentos anticolinérgicos.

Respuesta: 2

Pregunta fácil. La respuesta correcta es la dos pues en la incontinencia de urgencia la frecuencia miccional está aumentada, ello se explica porque la urgencia esta relacionada a una hiperactividad del detrusor y su expresión clínica es precisamente la polquiuria con sensación de urgencia hasta llegar en algunos casos a la incontinencia.

MIR 2018

133. Hombre de 55 años al que hace 24 horas se le ha realizado un trasplante renal. Comienza con hematuria y posteriormente con un cese brusco de la diuresis. ¿Qué prueba de imagen es la indicada para aclarar el diagnóstico?

1. Renograma isotópico.
2. Ecografía-doppler.
3. Urografía intravenosa.
4. Resonancia magnética.

Respuesta: 2

Las complicaciones dentro de las primeras 24h de un trasplante suelen ser vasculares, bien por trombosis o por sangrado. En este caso sospechamos una trombosis arterial, por ello el eco doppler es la prueba de elección.

MIR 2018

134. Hombre de 55 años diabético con buen control glucémico que acude por disfunción eréctil de 3 años de evolución, de inicio lento. En el tratamiento de la disfunción eréctil inicialmente se deben tratar las causas etiológicas, modificar estilos de vida que favorecen la disfunción eréctil e identificar las necesidades y expectativas del paciente y de su pareja. ¿Cuál debería ser el tratamiento complementario a considerar?

1. Inhibidores de fosfodiesterasa 5.
2. Dispositivos de vacío.
3. Alprostadilo tópico.
4. Inyecciones intracavernosas.

Respuesta: 1

La primera medida, después de la modificación de hábitos, es indicar IPDE. Si estos no son eficaces, entonces se podría intentar con inyecciones intracavernosas de prostaglandinas y como última medida para la DE refractaria a tratamiento médico, estaría la colocación de prótesis de pene. El alprostadilo tópico tiene una eficacia menor al 90% y los dispositivos al vacío son una opción para personas con comorbilidades o mayores que tienen contraindicados los tratamientos previamente descritos.

MIR 2018

135. Hombre de 63 años, sin antecedentes familiares de carcinoma prostático, que consulta por leve sintomatología miccional obstructiva. Aporta una determinación de antígeno prostático específico (PSA) menor de 1 ng/mL. En el tacto rectal se aprecia una zona endurecida y fija de medio centímetro, en un lóbulo prostático. Ante este caso, la actitud correcta es:

1. Repetir la determinación de PSA en tres meses.
2. Indicar una biopsia prostática transrectal.
3. Tratar con un alfa bloqueante para mejorar la sintomatología obstructiva y repetir anualmente el PSA.
4. Programar una resección prostática retropúbica.

Respuesta: 2

Pregunta importante sobre el diagnóstico de cáncer de próstata. Las indicaciones de biopsia prostática suele ser PSA >4ng/ml o tacto rectal sospechoso (como en esta pregunta). En los últimos años la RMN prostática es otra herramienta útil para el diagnóstico precoz, sin embargo, si bien puede emplearse antes de la biopsia, suele pedirse cuando un paciente tiene una primera biopsia transrectal negativa pero sigue teniendo una alta sospecha de cáncer rectal. Su utilidad está en diagnosticar el cáncer de próstata clínicamente significativo evitando el sobrediagnóstico y sobretratamiento del mismo.

MIR 2018

137. Hombre de 35 años que acude a urgencias por cuadro de 48 horas de evolución de fiebre de 39° C, tiritona, mal estado general, polaquiuria, disuria, tenesmo vesical y dolor perianal. En la analítica presenta valores de creatinina de 0,9 mg/dL, procalcitonina de 1,5 ng/mL, leucocitos de 20.000/uL y PSA de 45 ng/mL. ¿Cuál es la actitud a seguir en este paciente?

1. Sueroterapia, antitérmicos, toma de urocultivo, antibioterapia y TC toracoabdominal.
2. Sueroterapia, antitérmicos y antibioterapia previa a la realización de biopsia prostática.
3. Sueroterapia, antitérmicos y antibioterapia durante tres semanas y repetir niveles de PSA en tres meses.
4. Sueroterapia, antitérmicos y antibioterapia. Solicitar niveles de fosfatasa ácida prostática.

Respuesta: 3

Pregunta fácil. Se trata de una prostatitis aguda. El diagnóstico es clínico, solo se realiza una prueba de imagen cuando se sospecha de alguna complicación como absceso prostático. La biopsia esta totalmente contraindicada ante el riesgo de sepsis, y realmente hacer una determinación de PSA tampoco tiene sentido pues una elevación del mismo en esta situación se puede explicar por la inflamación sin diagnosticar/descartar un cáncer de próstata. Las prostatitis aguda suelen tratarse por al menos 4 semanas.

MIR 2018

138. Una mujer acude a urgencias tres días después de ser sometida a litotricia extracorpórea por ondas de choque sobre un cálculo de 2,1 cm de diámetro máximo situado en el riñón izquierdo. Presenta mal estado general, dolor en fosa renal izquierda, náuseas y fiebre de 39,2° C. Se realiza Rx simple en la que se aprecian varios cálculos, de pequeño tamaño, en el área del uréter distal izquierdo. El radiólogo nos informa de que en la ecografía observa la existencia de dilatación grado II pielocalicial izquierda. El siguiente paso debe ser:

1. Ureteroscopia de urgencia dada la existencia de uropatía obstructiva de causa litiásica.
2. Ingreso con hidratación intravenosa, así como tratamiento antibiótico, dada la sospecha de infección urinaria.
3. Derivación urinaria urgente (cateterismo ureteral o nefrostomía percutánea) dada la sospecha de uropatía obstructiva complicada.
4. Nueva sesión de litotricia extracorpórea por ondas de choque, previo tratamiento sintomático del paciente con antiinflamatorios, tratamiento antibiótico e hidratación intravenosa.

Respuesta: 3

Pregunta importante sobre el CRU complicado. Esta paciente cumple con un criterio importante de complicación como la fiebre, además tiene mal estado general y el riñón está obstruido (hidronefrosis). El tratamiento del cólico nefrítico complicado es la derivación urinaria urgente, bien por JJ o por NPC. En el momento agudo, nunca está indicada la extracción de la litiasis.

MIR 2018

185. Hombre de 27 años diagnosticado tras una orquiectomía de carcinoma embrionario de testículo. Tras la cirugía persisten elevados los marcadores tumorales y en la TC de estadificación presenta múltiples adenopatías retroperitoneales superiores a los 3 cm. ¿Cuál es el tratamiento indicado?

1. Linfadenectomía retroperitoneal.
2. Radioterapia sobre el retroperitoneo.
3. Linfadenectomía retroperitoneal seguida de radioterapia.
4. Quimioterapia tipo BEP.

Respuesta: 4

El TAC con adenopatías + marcadores tumorales persistentemente elevados indican un estadio avanzado, luego la indicación de quimioterapia con BEP es mandatoria independientemente de si se trata de un tumor seminomatoso o un no seminomatoso.

MIR 2018

188. Todos los siguientes fármacos se han demostrado eficaces en el tratamiento del cáncer de próstata hormono-resistente, EXCEPTO:

1. Docetaxel.
2. Abiraterona.
3. Enzalutamida.
4. Nivolumab.

Respuesta: 4

La inmunoterapia en el cáncer de próstata por ahora no ha probado ser eficaz. Son los tratamientos dirigidos al receptor de andrógeno o la quimioterapia los agentes de elección en el CPRC. El nivolumab si es un agente útil para los urólogos pero en el cáncer renal metastásico.

MIR 2018

194. El sobrediagnóstico es el fenómeno que ocurre cuando las personas son diagnosticadas de enfermedades que nunca les causarían síntomas ni les acortarían la vida, pero en cambio la alarma generada por el hallazgo les puede ocasionar consecuencias indeseables. ¿Cuál de las siguientes actuaciones se considera que es causante de sobrediagnóstico?

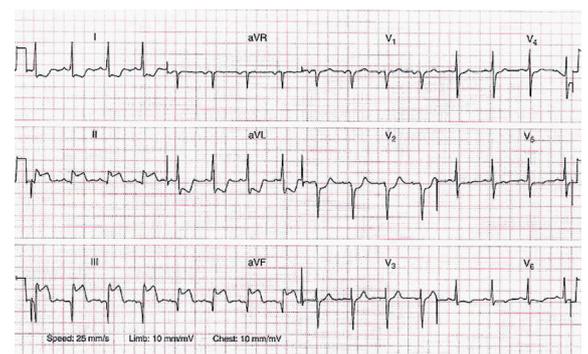
1. El cribado del cáncer de colon dirigido al segmento poblacional de 50-69 años mediante el test de sangre oculta en heces.
2. El cribado del cáncer de próstata en hombres sanos mediante la prueba del PSA.
3. Iniciar un estudio diagnóstico a las personas que acuden a la consulta por presentar microhematuria persistente.
4. Iniciar un estudio diagnóstico a las personas que acuden a la consulta por presentar tos crónica.

Respuesta: 2

El screening poblacional del cáncer de próstata ha demostrado tener unas altas tasas de sobretreatment dado el amplio espectro de la enfermedad y el riesgo de tratar tumores no agresivos a expensas de efectos adversos y sobrecostes a la sanidad. Por ello, el cáncer de próstata por ahora no es un tumor susceptible a screening poblacional, sino que se realiza "a medida" según los factores de riesgo de cada individuo.

MIR 2019

7. Hombre de 57 años, exfumador, con antecedentes de pancreatitis aguda alitiásica, gastritis crónica por AINES y disfunción eréctil en tratamiento con pantoprazol y sildenafil. Consulta por dolor torácico opresivo a las 7:30 h a. m. mientras se encontraba en reposo. PA 148/82 mmHg, FC 85 lpm, Sat 98% basal. AC: rítmico, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. No edemas, pulsos presentes y simétricos. Se le realiza un ECG de superficie (imagen). ¿Cuál de los siguientes fármacos está contraindicado en este paciente?



1. Morfina.
2. Dinitrato de isosorbida.
3. Atenolol.
4. Meperidina.

Respuesta: 2

Pregunta clásica y fácil sobre las contraindicaciones del tratamiento con IPDE para la disfunción eréctil. Recordemos que no podemos usar nitratos pues estos son vasodilatadores potentes al igual que los IPDE y que al sumar efectos puede acarrear riesgo vital para los pacientes.

3. Histológicamente es una hiperplasia del epitelio glandular y del estroma de la próstata.
4. El tamaño de la próstata se correlaciona con el grado de obstrucción urinaria.

Respuesta: 4

En la HBP los síntomas no son proporcionales al tamaño de la próstata, todo dependerá del grado de obstrucción y sobre todo, la respuesta del detrusor a la misma. Con lo cual próstatas pequeñas pueden ser muy sintomáticas si son muy obstructivas o grandes que no lo son.

MIR 2019

107. Una mujer de 25 años de edad, sin antecedentes patológicos destacables, acude a urgencias refiriendo disuria, polaquiuria, tenesmo y urgencia miccional. Niega tener flujo vaginal. Hace tres días ha regresado de su luna de miel. En la exploración está con buen estado general y afebril. Se realiza una prueba de orina mediante una tira reactiva que muestra nitritos positivos y un test de embarazo que resulta negativo. ¿Cuál es la actitud adecuada a seguir?

1. Solicitar un cultivo de orina y diferir el inicio del tratamiento antibiótico hasta tener el resultado definitivo.
2. Solicitar un cultivo de orina e iniciar a continuación el tratamiento antibiótico empírico ambulatorio hasta tener el resultado definitivo.
3. Debe considerarse el tratamiento empírico de la paciente y su pareja.
4. No solicitar ningún estudio más e iniciar el tratamiento antibiótico empírico ambulatorio.

Respuesta: 4

Mujer joven no embarazada sin alteraciones anatómicas ni funcionales del tracto urinario, luego se trata de una cistitis no complicada. En principio es suficiente una pauta corta de atb de forma empírica de 1-3 días, sin necesidad de otros estudios ni cultivos.

MIR 2019

141. En relación a la hiperplasia benigna de próstata, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

1. La prevalencia histológica es de aproximadamente 50% en la sexta década de la vida.
2. La edad avanzada y la presencia de testículos funcionantes son elementos necesarios para su desarrollo.

MIR 2019

143. Mujer de 15 años que consulta por infecciones urinarias de repetición (2-3 episodios por año). Relata cuadros compatibles con cistitis a los que posteriormente se le añade fiebre y dolor lumbar derecho. La exploración física es anodina y en el estudio ecográfico encontramos la presencia de una ureterohidronefrosis moderada en el lado derecho. Se aprecia la presencia de jet ureteral vesical bilateral. Para confirmar la sospecha diagnóstica, vamos a solicitar:

1. Resonancia magnética abdomino-pélvica.
2. Cisto-uretrografía miccional.
3. Radiografía reno-vesical simple.
4. Uretrocistoscopia.

Respuesta: 2

El reflujo vesicoureteral es el paso de orina de forma retrógrada desde la vejiga hasta el riñón. En grados mas avanzados puede causar hidronefrosis y es una causa de infecciones de orina de repetición. El diagnóstico se hace mediante CUMS o cistouretrografía retrógrada.

MIR 2019

144. Mujer de 60 años de edad, con índice de masa corporal de 38, con antecedente en los últimos diez años de cinco episodios de cólicos renales expulsivos y en una ocasión tratada con litotricia extracorpórea por ondas de choque. El resultado del análisis de los cálculos ha sido en todos los casos de oxalato cálcico. El estudio metabólico-mineral de la paciente muestra una hipercalcemia (280 mg/24 horas) de tipo mixto (absortiva y excretora). En la prevención de su recidiva litiasica, de las siguientes medidas, ¿cuál NO aconsejaría?

1. Bajar de peso.
2. Ingesta de líquidos suficiente para conseguir una producción de orina de más de 2 litros/24 horas.

3. Reducir la ingesta de calcio.
4. Limitar la ingesta de proteínas.

Respuesta: 3

Parte del tratamiento médico de la litiasis incluye medidas generales como: IMC normal, ingesta hídrica suficiente para mantener una diuresis de 2,5L al día, dieta baja en sal, normocalcica, rica en fibra, limitar las proteínas animales a 1g/Kg/día, limitar el consumo de oxalato, ejercicio físico. Por estas razones, la respuesta incorrecta es la 3, pues en ningún momento la reducción de calcio es una medida eficaz en la prevención de recidiva de ningún tipo de litiasis, mucho menos las de calcio.

MIR 2019

145. Acude a su consulta una mujer de 57 años, peluquera, con varios episodios en las últimas semanas de hematuria macroscópica monosintomática con coágulos. Como antecedentes de interés, es fumadora de 15 cigarrillos diarios. Hace 15 años se sometió a litotricia extracorpórea por una litiasis renal izquierda. A la exploración únicamente destaca la presencia de un cistocele moderado. Se ha hecho una ecografía en la que no se han encontrado alteraciones a excepción del cistocele. ¿Cuál de las siguientes actitudes es la más adecuada en esta paciente?

1. Tratamiento antibiótico al tratarse probablemente de una infección de orina.
2. Realización de un TC abdomino-pélvico sin contraste para descartar una recidiva litiásica.
3. Programar para colocación de una malla anterior, al ser el cistocele la causa de la hematuria.
4. Llevar a cabo una cistoscopia para descartar un tumor de vejiga.

Respuesta: 4

La primera prueba a pedir para el estudio de la hematuria es la ecografía. Si en ella no se ve tumor, lo siguiente sería realizar una cistoscopia y si esta también es negativa, pues habría que estudiar el tracto urinario superior mediante UROTAC. De ahí que la respuesta correcta sea la 4.

MIR 2019

146. En la evaluación de un paciente con disfunción eréctil, ¿cuál de las siguientes pruebas NO está indicada para diferenciar una disfunción eréctil psicógena de una vascular?

1. Tests de medición de rigidez nocturna.
2. Test de inyección intracavernosa de drogas vasoactivas.
3. Ecografía doppler peneana.
4. Determinación de testosterona libre y conjugada.

Respuesta: 4

La determinación de testosterona solo se pide cuando hay sospecha de trastornos endocrinos como un hipogonadismo. Atendiendo a lo más frecuente, las opciones 2 y 3 son pruebas diagnósticas para la DE de origen vascular, mientras que el test de rigidez nocturna se utiliza cuando hay sospecha de origen psicológico para descartar una DE de origen orgánico.

MIR 2019

181. La causa más frecuente en la formación de cálculos en la población pediátrica es:

1. Mielomeningocele.
2. Infecciones urinarias.
3. Estenosis de la unión pieloureteral.
4. Válvulas uretrales.

Respuesta: 3

Pregunta polémica e impugnable pues en realidad, a día de hoy, la causa más frecuente de litiasis en la población pediátrica es metabólica. Sin embargo, por fisiopatología de la litogénesis en la que debe existir algo de estasis urinario para que se precipiten las piedras, se puede decir que entonces sí la estenosis pieloureteral es la causa más frecuente en población pediátrica.

MIR 2020

71. Paciente de 40 años, con exploración física normal, en el que se ha puesto en evidencia en la tomografía computarizada una masa mediastínica y un nódulo hepático, y en la analítica una elevación sérica de lácticodehidrogenasa (LDH), beta-gonadotropina coriónica humana (beta-GCH) y alfafetoproteína. ¿Cuál es su sospecha diagnóstica?

1. Hepatocarcinoma metastásico.
2. Seminoma extragonadal metastásico.
3. Linfoma mediastínico.
4. Cáncer de células germinales no seminomatoso extragonadal metastásico.

Respuesta: 4

Pregunta difícil pero se puede contestar atendiendo al comportamiento de los marcadores tumorales de testículo. En el MIR cuando nos hablen de betaHCG y AFP tenemos que pensar siempre en tumor testicular. Luego, tenemos que tener en cuenta que los seminomas NO elevan la AFP. Por ello, teniendo en cuenta estos dos principios, se contesta la pregunta. Conceptualmente, nos describen un tumor germinal extragonadal, siendo el medistino el sitio mas frecuente de ocurrencia. Estos tumores son raros y de peor pronóstico que aquellos que aparecen de forma primaria en testículo.

MIR 2020

110. Hombre de 54 años que consulta por clínica miccional compatible con patología prostática. I-PSS=22+4, volumen de orina residual 120 cc, flujo máximo 7,2 ml/s, PSA=0,91 ng/ml y volumen prostático en ecografía 31 cc. Su primera recomendación terapéutica será:

1. Alfa-bloqueante.
2. Inhibidor de 5-alfa reductasa.
3. Anti-muscarínico.
4. Resección transuretral de próstata.

Respuesta: 1

El primer fármaco a utilizar cuando un paciente con HBP tiene síntomas obstructivos moderados-severos que se debe utilizar es el alfa bloqueante, pues su efecto es inmediato. Los 5ARI tardan al menos 6 meses en mejorar la clínica del paciente. Los antimuscarínicos los utilizaría si el paciente se quejara de síntomas de llenado como urgencia miccional. El tratamiento quirúrgico se usa si hay refracteriedad de síntomas o si existen complicaciones como hematuria, litiasis, ITUs de repetición, insuficiencia renal, necesidad de llevar sonda vesical permanente.

MIR 2020

111. Mujer de 37 años sin otros antecedentes de interés que una apendicectomía. Acude a urgencias por dolor en fosa renal derecha de 3 días de evolución y fiebre de 39 °C. En la analítica destaca leucocitosis ($14 \times 10^3/\mu\text{L}$ con neutrofilia) y proteína C reactiva 15 mg/dL. El sistemático de orina muestra hematuria microscópica, leucocituria y piuria significativas. Ingresa con el diagnóstico de pielonefritis aguda y se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona intravenosa. Tres días después persiste fiebre de 38,5 °C, aumento de la leucocitosis y deterioro de la función renal. Teniendo en cuenta la sospecha diagnóstica, ¿qué prueba solicitaría a continuación?

1. Tomografía axial computarizada con contraste intravenoso.
2. Urografía intravenosa.
3. Resonancia magnética nuclear abdominal.
4. Ecografía urológica.

Respuesta: 4

Pregunta en la que el antecedente de apendicitis puede ser un distractor. Si hacemos caso omiso de esto, nos damos cuenta que nos describen un cólico nefrítico complicado (dolor lumbar + fiebre + deterioro de función renal) luego necesitaremos una prueba de imagen para el diagnóstico, en cuyo caso podríamos dudar entre la 1 y la 4. Sin embargo, recordemos que en el estudio de las litiasis se utiliza el TAC SIN contraste, con lo cual descartamos la 1 y nos quedamos efectivamente con la opción 4 que además es la primera que debemos hacer por ser barata e inocua para el paciente.

MIR 2020

147. La incontinencia urinaria constituye uno de los principales síndromes geriátricos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

1. Su prevalencia es más elevada en pacientes con patología neurológica crónica y/o síndrome de inmovilidad que en los pacientes hospitalizados por una enfermedad aguda.
2. El tipo clínico más frecuente de incontinencia urinaria, en la población mayor en general, es la incontinencia de urgencia.
3. El tratamiento farmacológico ha demostrado una mayor efectividad clínica en la incontinencia de urgencia / vejiga hiperactiva que en otros tipos de incontinencia.
4. El tratamiento de la incontinencia de urgencia con antimuscarínicos está recomendado en pacientes con deterioro cognitivo o demencia en fase grave.

Respuesta: 4

Pregunta sobre las contraindicaciones de los antimuscarínicos: población anciana con deterioro cognitivo, glaucoma de ángulo estrecho, síndrome seco, estreñimiento. Las tres primeras opciones son correctas.

MIR 2020

153. Varón de 65 años que consulta por un episodio de hematuria franca indolora dos días antes, sin otra sintomatología acompañante. La historia clínica no indica sospecha de un determinado origen y la tira de orina de ese día revela la existencia de hematuria, aunque la orina es clara. ¿Qué prueba solicitaría en primer lugar para orientar el diagnóstico?

1. Urografía intravenosa.
2. Radiografía simple de abdomen.
3. Ecografía renal y de vías urinarias.
4. Tomografía computarizada de abdomen.

Respuesta: 3

La primera prueba de imagen para el estudio de la hematuria es la ecografía. Simultáneamente, también se piden citologías que si bien no son diagnósticas, son útiles en el diagnóstico de tumores de alto grado.

MIR 2021

169. ¿Cuál de los siguientes iones urinarios favorece la formación de litiasis urinaria?

1. Citrato.
2. Magnesio.
3. Sodio.
4. Sulfato.

Respuesta: 3

Una dieta rica en sal aumenta la calciuria. Una concentración alta de calcio en orina mas una diuresis escasa, bajo magnesio y bajo citrato es un coctel ideal para la formación de litiasis.

MIR 2021

170. En una de las siguientes condiciones, la bacteriuria asintomática NO requeriría ser tratada:

1. Niños menores de 5 años con reflujo vesicoureteral.
2. Pacientes mayores dependientes institucionalizados.
3. Pacientes neutropénicos.
4. Pacientes a los que se les ha de realizar una exploración endoscópica o quirúrgica de la vía urinaria.

Respuesta: 2

Pregunta polémica. Según las guías europeas de urología pediátrica, el RVU no suele tratarse las BSA salvo en grados avanzados o durante el primer año de vida para evitar cicatrices renales que condicionen enfermedad renal crónica. Nunca se trata la BSA en pacientes institucionalizados pues estan colonizados y no reporta ningún beneficio, tampoco en mujeres post menopáusicas. Siempre debemos tratar la BSA previa cirugía urológica y en pacientes muy inmunodeprimidos.

MIR 2022

154. En cuanto a la obstrucción del flujo urinario, señale la respuesta FALSA:

1. La intensidad del dolor es independiente de la velocidad con la que ocurre la distensión.
2. Son sitios frecuentes de obstrucción las uniones pieloureteral y ureterovesical, el cuellovesical y el meato uretral.
3. Los recursos diagnósticos para identificar la obstrucción anatómica incluyen la flujometría.
4. La obstrucción del flujo urinario aumenta la presión hidrostática proximal al sitio de oclusión, causando dolor, distensión del sistema colector renal y aumento de la presión intratubular.

Respuesta: 1

En un CRU, el aumento súbito de la presión intrarenal con la distensión de la cápsula es la razón por la cual el paciente presenta dolor. Sin embargo, cuando la obstrucción es crónica como por ejemplo por un tumor, el aumento de presión gradual permite al riñón realizar cambios adaptativos a la misma y por eso los pacientes con dilataciones crónicas renales, no tienen dolor de las mismas características que aquellos con dilatación aguda.

MIR 2022

164. Varón de 78 años con hiperplasia benigna de próstata en tratamiento con finasterida y tamsulosina, independiente para las actividades básicas e instrumentales

de la vida diaria y sindeterioro cognitivo. Presenta un creciente número de episodios de escapes de orina involuntarios con sensación de urgencia miccional (actualmente presenta 4-5 escapes durante el día). El sedimento de orina es normal. Tiene un residuo de orina post-miccional de 60 cc. ¿Cuál de las siguientes medidas es la más adecuada?

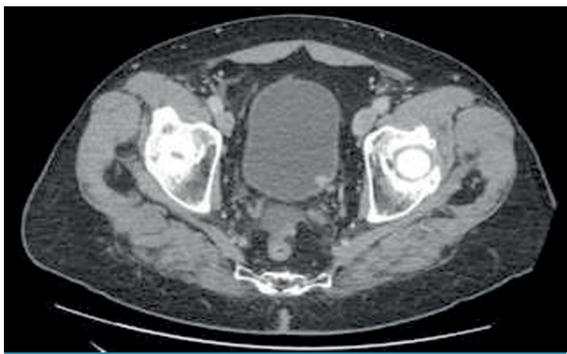
1. Iniciar tratamiento con oxibutinina.
2. Colocar una sonda urinaria.
3. Retirar el tratamiento con finasterida.
4. Iniciar medidas higiénicas miccionales con terapia conductual vesical.

Respuesta: 4

Pregunta clave sobre que es lo primero que debemos hacer ante la aparición de un síntoma nuevo, en este caso, cual es la primera medida ante un síntoma de llenado o irritativo. La respuesta será siempre medidas higiénico dietéticas. Esto responde a que se puede lograr mejoría de los síntomas modificando la ingesta hídrica, el tipo de bebidas que se ingiere antes de someter a una terapia farmacológica que añada un fármaco mas a los que ya el paciente toma habitualmente. Además se puede reforzar esto con ejercicios de suelo pélvico y reeducación vesical para mejorar la incontinencia.

MIR 2023

9. En relación con la patología que se observa en la imagen, es correcto que:



1. Su forma de debut más frecuente es un sangrado menstrual.
2. La citología no es útil en el diagnóstico pero sí en el seguimiento.
3. Es más frecuente en mujeres jóvenes.
4. Uno de los factores de riesgo más importantes es el tabaco.

Respuesta: 4

Pregunta en la que se debe ver la imagen y las opciones. En la imagen se ve una vejiga replecionada con una imagen nodular en su interior que no tiene la densidad del hueso y parece depender de la pared. Luego así se ve un tumor de vejiga en el TAC. El síntoma cardinal de los tumores de vejiga es la hematuria monosintomática salvo el Cis que es un tumor plano que no se ve en las pruebas de imágenes pero da sintomatología irritativa.

MIR 2023

23. Varón de 80 años, sin antecedentes de interés, que refiere dolor cervical progresivo e incapacitante que no cede con tratamiento analgésico. En la imagen de TC ¿cuál es el diagnóstico más probable y su posible origen?



1. Espondilosis de origen degenerativo.
2. Espondilodiscitis de origen infeccioso.

3. Metástasis blásticas por un cáncer de próstata.
4. Metástasis líticas por un cáncer de pulmón.

Respuesta: 3

Esta pregunta se podría contestar sin ver la imagen teniendo en cuenta el enunciado. En el MIR, cuando nos describan un paciente mayor con dolor óseo o muscular y una imagen, bien Rx, TAC o RMN, nos estarán preguntando sobre el cáncer de próstata. Tenemos que tener en cuenta que el factor de riesgo mas importante es la edad, las metástasis oseas se dan en estadios avanzados, son blásticas y la clínica es dolor que no cede con analgesia convencional y limitacion funcional severa si hay compromiso medular

MIR 2023

138. Mujer de 32 años, embarazada de 10 semanas, que presenta en control rutinario bacteriuria asintomática. ¿Cuál de las siguientes medidas le parece más apropiada?

1. Vigilancia estrecha y si aparecen síntomas iniciar tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina 7-10 días.
2. Tratamiento empírico con fosfomicina a dosis única de 3 g y, si persiste la bacteriuria, urocultivo para valorar la sensibilidad.
3. Tomar muestra para urocultivo y comenzar de inmediato tratamiento empírico con betalactámicos durante 4-7 días.
4. Ecografía para descartar complicaciones, urocultivo e iniciar tratamiento empírico con nitrofurantoína 5-7 días.

Respuesta: 3

Los criterios para tratar la BSA son: embarazo, previa manipulacion urológica, niños menores de 5 años con reflujo vesicoureteral, inmunosuprimidos, Proteus mirabilis.

MIR 2023

141. En relación con la prostatectomía radical para el tratamiento del cáncer de próstata, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Los factores relacionados con la continencia después de una prostatectomía radical incluyen edad avanzada, longitud de la uretra y experiencia del cirujano.
2. La recuperación de la función eréctil tras la prostatectomía radical se asocia con individuos más jóvenes, calidad de las erecciones antes de la operación y ausencia de daño a los haces neurovasculares.

3. El alprostadilo puede ayudar a recuperar una función sexual satisfactoria.
4. Un PSA >0,01 tras una prostatectomía radicales indicativo de recidiva bioquímica.

Respuesta: 4

La recidiva bioquímica posterior a una prostatectomía radical se diagnostica cuando el PSA es mayor a 0,02 (en la pregunta dice 0,01). Si el paciente ha sido radiado, entonces se toma el PSA nadir (esto es el nivel mas bajo de PSA después de la radioterapia) y se suman dos unidades, es decir PSA nadir + 2 nos dará el nivel de PSA para el cual ese paciente esta oficialmente en recidiva bioquímica.

MIR 2023

142. En el cáncer de próstata es cierto que:

1. Los pacientes con enfermedad clínicamente localizada se tratan con prostatectomía radical, radioterapia o vigilancia activa.
2. Para su diagnóstico, los esquemas contemporáneos aconsejan biopsias con 10 cilindros.
3. Después de la prostatectomía radical, el PSA se vuelve indetectable en sangre en dos semanas.
4. En su tratamiento se utilizan antiandrogénosno esteroides de primera generación, como bicalutamida y abiraterona.

Respuesta: 1

El tumor localizado de próstata se puede tratar con cirugía o radioterapia en cualquier grupo de riesgo, mientras que la vigilancia activa se limita al grupo de bajo riesgo. Por lo general, cuando se hace biopsia transrectal se toman 8 cilindros en prostatas menores de 30cc y entre 10-12 para aquellas mas grandes. El PSA tarda no menos de 6 semanas en volverse negativo después de la prostatectomía radical. La 4 es falsa porque la abiraterona es un medicamento de ultima generación, a diferencia de la bicalutamida.

MIRbankBook

Mediplus

