Examen MIR 2025 comentado

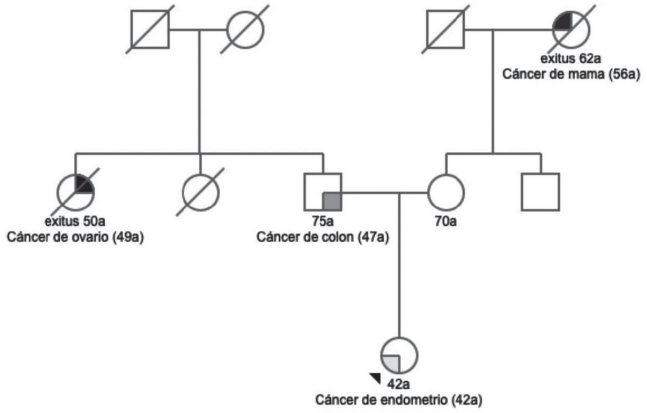
INCLUYE **QRs ENLAZADOS** CON LA VIDEOCLASE EXPLICATIVA DE CADA PREGUNTA

mediplus

Examen MIR 2025 comentado

1. **Pregunta asociada a la imagen 1.**

Mujer de 42 años que acude a la consulta de genética por un diagnóstico reciente de cáncer de endometrio. En base a los antecedentes familiares que constan en la imagen, ¿cuál de los siguientes síndromes es más probable que presente?:



1. Poliposis adenomatosa familiar.
2. Síndrome de Lynch.
3. Síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario.
4. Síndrome de Cowden.

El síndrome de Lynch, asociado con mutaciones en genes de reparación del ADN (como MLH1, MSH2), aumenta el riesgo de cánceres como endometrio, colon y ovario, presentes en el árbol. El cáncer de endometrio en la mujer (42 años), colon en el abuelo y ovario en la abuela sugieren este patrón hereditario. Aunque el cáncer de mama en la madre no es típico, puede deberse a otros factores.

Póliposis adenomatosa familiar (incorrecta, opción 1): Se asocia con pólipos y cáncer de colon temprano, no observado aquí, por lo que no encaja.

Síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario (incorrecta, opción 3): Relacionado con BRCA1/2, aumenta el riesgo de mama y ovario, pero no de endometrio o colon, como se ve en el caso.

Síndrome de Cowden (incorrecta, opción 4): Asociado con mama, tiroides y endometrio, pero no con colon u ovario, por lo que no es el más probable.

Respuesta: **2**

2. **Pregunta asociada a la imagen 2.**

Paciente de 65 años que acude a urgencias por disminución brusca de agudeza visual en ojo derecho. La retinografía de dicho ojo se muestra en la imagen. Uno de los siguientes tratamientos está indicado para una enfermedad que es un factor de riesgo para esta situación. Indique cuál:

1. Latanoprost y timolol.
2. Flecainida..
3. Hidroxicloroquina.
4. Complejos vitamínicos y antioxidantes.

En el contexto clínico de un paciente de 65 años que consulta por una pérdida súbita de agudeza visual en el ojo derecho, y teniendo en cuenta que la imagen retinográfica sugiere hallazgos compatibles con una oclusión de vena

central de la retina (OVCR), se debe abordar el análisis desde la fisiopatología de esta entidad.

La OVCR es una urgencia oftalmológica caracterizada por la obstrucción del flujo venoso a nivel de la vena central retiniana, lo cual produce un aumento de la presión venosa, extravasación de sangre y fluido, y eventual isquemia retiniana. Entre los principales factores de riesgo para desarrollar una OVCR se encuentran la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipemia y, de particular relevancia, el glaucoma de ángulo abierto, en el cual se produce una elevación crónica de la presión intraocular (PIO) que genera daño progresivo del nervio óptico. El glaucoma contribuye al desarrollo de la OVCR debido a que la elevación de la PIO puede comprimir la vena central retiniana a su paso por la lámina cribosa, facilitando fenómenos de estasis venosa y trombosis.

En este contexto, el tratamiento con latanoprost (un análogo de prostaglandina F2α que aumenta el drenaje uveoescleral del humor acuoso) y timolol (un betabloqueante que reduce la producción de humor acuoso) está indicado para controlar la PIO en pacientes con glaucoma de ángulo abierto, reduciendo así uno de los principales factores de riesgo modificables de OVCR. Por lo tanto, la opción 1 es correcta, ya que apunta al tratamiento de una enfermedad de base que puede prevenir eventos como el que presenta este paciente.

En cuanto a la opción 2, la flecainida es un antiarrítmico clase IC que actúa bloqueando los canales de sodio y está indicado para arritmias supraventriculares o ventriculares en ausencia de cardiopatía estructural. No tiene ningún rol conocido en la prevención o tratamiento de enfermedades oftalmológicas ni está vinculada con factores de riesgo para OVCR.

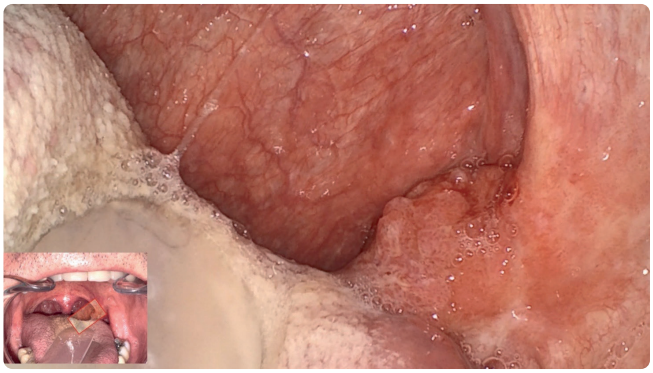
La opción 3, hidroxicloroquina, es un fármaco antipalúdico que también se utiliza en enfermedades autoinmunes como lupus eritematoso sistémico o artritis reumatoide. Su uso prolongado se asocia con toxicidad retiniana irreversible, particularmente maculopatía, y en ningún caso está indicada para prevenir eventos vasculares retinianos, por lo que no solo es irrelevante en este contexto sino potencialmente dañina.

Finalmente, los complejos vitamínicos y antioxidantes (opción 4) han demostrado algún beneficio en la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) intermedia o avanzada (según estudios como AREDS), pero no han mostrado eficacia alguna en la prevención de OVCR o en el tratamiento del glaucoma, y su uso generalizado sin indicación específica no modifica los factores de riesgo vasculares involucrados en este cuadro.

Respuesta: **1**

3. **Pregunta asociada a la imagen 3.**

Hombre de 70 años exfumador de un paquete al día y bebedor de 2 copas de vino al día consulta por una molestia faríngea de 1 mes de evolución. Se observa exudado amigdalar por lo que se inicia tratamiento antibiótico. El resultado del test de estreptococo es negativo. La clínica persiste y se añade odinofagia con otalgia refleja y leve cambio en el timbre de la voz. Nota un bulto duro de unos 2 cm a nivel II cervical ipsilateral no doloroso. La orofaringoscopia se refleja en la imagen asociada (imagen aumentada en el recuadro resaltado en rojo). ¿Cuál es la sospecha diagnóstica y su manejo?:



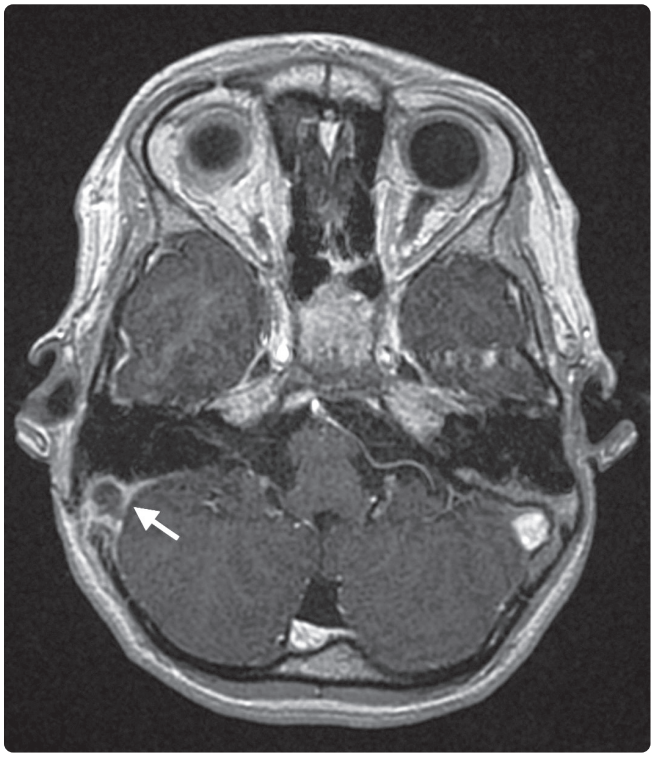
1. Resistencia bacteriana a antibioterapia recibida, precisa cultivo de exudado faríngeo con antibiograma para indicación adecuada.
2. Sospecha de absceso periamigdalino izquierdo, será remitido a urgencias de Otorrinolaringología para drenaje quirúrgico.
3. Sospecha de neoplasia maligna de amígdala palatina, será remitido preferente-urgente a Otorrinolaringología.
4. Sospecha de angina de Plaut-Vincent, remitido a Otorrinolaringología para realización de biopsia de ganglio para estudio de linfoma.

Pregunta sencilla sobre los carcinomas de orofaringe. Nos hablan de un varón de 70 años (sabemos que este tipo de tumores son más frecuentes en varones en torno a esa edad) con factores de riesgo clásicos para cáncer del área ORL: bebedor y exfumador de un paquete al día. Acude a consulta por molestias faríngeas de 1 mes de evolución (no nos cuentan fiebre ni datos de infección), objetivándose un exudado amigdalar que es negativo para estreptococo y que no ha mejorado con tratamiento antibiótico. Sumado a esto, el paciente presenta una adenopatía dura no dolorosa (alarma, signos de malignidad) a nivel cervical ipsilateral. En la imagen nos muestran afectación de la amígdala palatina, que es la localización más frecuente de los tumores de orofaringe. El resto de opciones nos tratan de confundir con diferentes tipos de amigdalitis infecciosa y sus complicaciones.

Respuesta: **3**

4. **Pregunta asociada a la imagen 4.**

Niña de 7 años que acude por otalgia y otorrea purulenta derecha desde hace 3 semanas, tratada con antibióticos y antinflamatorios. Tras la resolución de las manifestaciones clínicas, vuelve a aparecer la otorrea por lo que se pauta de nuevo tratamiento antibiótico. A los 5 días se objetiva una tumefacción retroauricular. En la otoscopia se pone de manifiesto una leve retracción de la membrana timpánica, escasa secreción blanquecina en el conducto auditivo externo y una tumefacción retroauricular blanda que ocasiona un mínimo desplazamiento anterior del pabellón auricular. Indique el diagnóstico que sugiere la imagen de resonancia magnética mostrada:



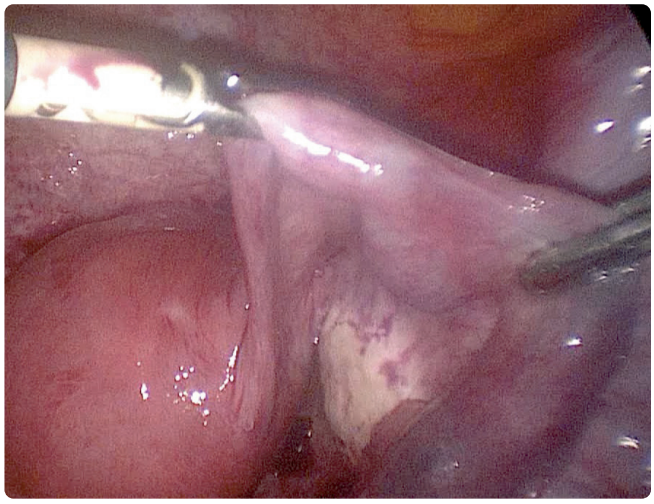
1. Absceso subperióstico extracraneal.
2. Trombosis venosa cerebral.
3. Absceso cerebral retromastoideo.
4. Área de cerebritis retromastoidea.

Pregunta muy complicada sobre las complicaciones de la otitis media aguda. Sabemos que la complicación más frecuente intratemporal es la mastoiditis, que a su vez puede evolucionar a una etapa o fase de absceso subperióstico. Esta complicación es más frecuente en niños. El caso clínico es referente a una niña de 7 años que claramente ha padecido una otitis media supurada que se ha tratado con antibioterapia y que acude por exacerbación de la clínica. Nos cuentan una exploración algo más leve que la que nos deberían indicar para una mastoiditis (mínimo desplazamiento del pabellón auricular, escasa secreción, membrana timpánica retraída levemente...). Para responder a esta pregunta nos hace falta la imagen de la resonancia magnética, en la que la flecha nos indica uno de los senos sigmoides, el derecho, que no capta contraste; mientras que el izquierdo se encuentra hiperintenso y, por tanto, permeable. Con la imagen, el antecedente de OMA tratada que ha empeorado (un rebrote tras tratamiento antibiótico debe hacernos sospechar de complicación intracraneal) y con una exploración que nos quiere despistar, la respuesta es una trombosis de seno sigmoide (vena intracraneal), que es una de las complicaciones intracraneales de la OMA y mucho menos frecuente que una mastoiditis.

Respuesta: **2**

5. **Pregunta asociada a la imagen 5.**

Una mujer de 18 años acude a urgencias por dolor abdominal intenso, febrícula, test de embarazo positivo y manchado vaginal de 3 días de evolución junto con líquido libre intraabdominal en la ecografía. Se realiza una laparoscopia en la que se encuentra el siguiente hallazgo tras aspirar sangre de la cavidad abdominal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de los siguientes?:



1. Gestación ectópica.
2. Quiste de ovario complicado.
3. Apendicitis aguda.
4. Enfermedad inflamatoria pélvica.

Pregunta en la que no es estrictamente necesaria la imagen para responder de forma correcta. Plantean un caso clínico de una gestación complicada con hemoperitoneo. Esto nos tiene que hacer pensar en primer lugar en una gestación ectópica rota. En la imagen se visualiza la trompa dilatada, ya que ésta es la localización más frecuente del embarazo ectópico, en concreto, la porción ampular de la trompa.

Respuesta: **1**

6. Pregunta asociada a la imagen 6.

Hombre de 40 años que presenta cefalea brusca con exploración neurológica normal. Se realiza TC craneal que se muestra en la imagen y una angiografía cerebral en la que no se encuentra patología subyacente. El cuadro clínico más probable es:

1. Hemorragia subaracnoidea traumática occipital.
2. Hemorragia causada por una malformación arteriovenosa angiográficamente oculta.
3. Hemorragia subraracnoidea perimesencefálica con un probable origen venoso o capilar.
4. Hemorragia causada por una discrasia sanguínea.

Ante un paciente con cefalea brusca (en trueno o definida como "la peor cefalea de su vida") hay que sospechar una hemorragia subaracnoidea (nos quedaríamos con las opciones 1 y 3). En la pregunta no se nos hace referencia a un traumatismo previo, por lo que, por descarte, pensaríamos como correcta en la opción 3. En la imagen que adjuntan podemos observar una hiperdensidad (línea blanca) dibujada alrededor del tronco encefálico: se trata de una hemorragia subaracnoidea perimesencefálica. En el 95% de los casos de HSA perimesencefálica, la angiografía cerebral es normal y no se identifica la causa del sangrado (se especula un origen venoso o capilar). En el 5% restante de casos el origen es la rotura de un aneurisma en territorio vertebrobasilar, y existen causas más infrecuentes (malformación arteriovenosa, fístula arteriovenosa dural). En general, la HSA perimesencefálica suele tener mejor pronóstico que la aneurismática.

Respuesta: **3**

7. Pregunta asociada a la imagen 7.

Hombre de 75 años consulta por un cuadro de dificultad para la marcha de 2 años de evolución de forma progresiva. Presenta reflejos vivos en las cuatro extremidades. Se muestra la RM cervical realizada. Con respecto al cuadro clínico del paciente señale la respuesta INCORRECTA:

1. El cuadro de paraparesia puede ser asimétrico.
2. La progresión de la enfermedad es lenta pero puede acelerarse por movimientos de flexión o extensión cervical forzados.
3. Se trata de una enfermedad primaria de motoneurona.
4. La incontinencia urinaria aparece con la progresión de la enfermedad.

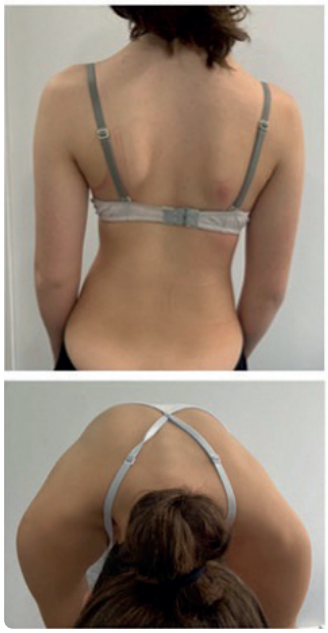
En la imagen se objetiva una estenosis de canal cervical que está generando clínica de mielopatía compresiva (dificultad para la marcha por mezcla de paresia y ataxia sensitiva por afectación de cordones posteriores). Los reflejos están vivos por afectación secundaria de 1ª neurona motora o motoneurona superior, por lo que la respuesta falsa (y, por tanto, correcta), es la 3 (no se trata de una enfermedad primaria neurodegenerativa de motoneurona). Todo lo demás (afectación asimétrica, progresión lenta con posibilidad de acelerarse por movimientos de flexoextensión cervical y posibilidad de aparición de incontinencia urinaria) puede suceder como parte de la afectación medular.

Respuesta: **3**

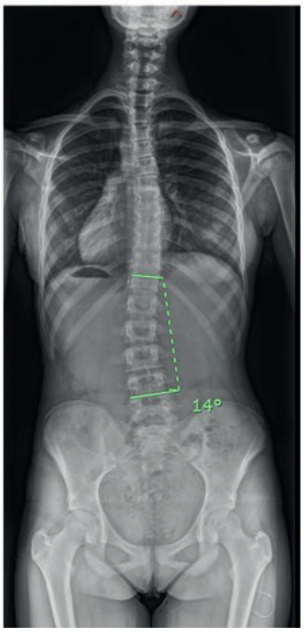
8. **Pregunta asociada a la imagen 8.**

Mujer de 14 años derivada a Rehabilitación para el manejo de una deformidad de la columna vertebral. Tuvo la menarquia a los 10 años. En la exploración física se aprecia mínima asimetría de escápulas, el eje occipito-sacro está centrado y en el test de Adams se observa una gibosidad torácica derecha de 10 mm. Se aporta telerradiografía de columna en proyección antero-posterior. ¿Cuál de los siguientes considera el manejo más adecuado a seguir?:

Exploración física



Teleradiografía de columna en proyección antero-posterior



1. Observación, con recomendación específica de ejercicios y revisión posterior.
2. Corsé de Milwaukee a tiempo completo.
3. Corsé de Boston a tiempo parcial.
4. Derivación a cirugía para tratamiento quirúrgico.

La escoliosis idiopática adolescente con un ángulo de Cobb menor a 20º generalmente se maneja con observación y seguimiento regular, ya que el riesgo de progresión es bajo en esta etapa.

Según la literatura médica, el tratamiento con corsé se recomienda típicamente para curvas entre 20-25º y 40-45º, especialmente en pacientes con inmadurez esquelética. En este caso, dado que el ángulo de Cobb es de 14º, no se justifica el uso de un corsé.

Respuesta: **1**

9. **Pregunta asociada a la imagen 9.**

Hombre de 60 años de edad que, tras dolor brusco y chasquido en hombro, presenta la siguiente deformidad en el brazo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Rotura de la porción larga del bíceps braquial.
2. Rotura de la porción corta del bíceps braquial.
3. Rotura del tendón distal del bíceps braquial.
4. Rotura del tendón del pectoral mayor.

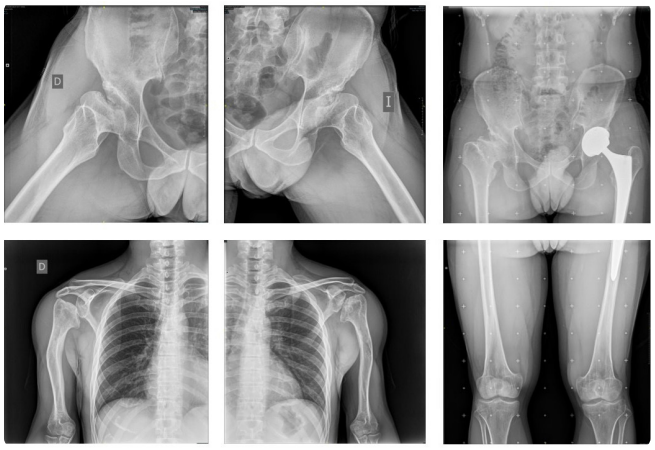
La deformidad de "Popeye" observada en el vientre del músculo bíceps es un signo característico de la ruptura de la cabeza larga del bíceps braquial. Esta condición se presenta típicamente con un sonido de chasquido y dolor súbito en el hombro, seguido de una deformidad visible en el brazo, donde el músculo bíceps se retrae hacia el codo (desciende), creando una protuberancia similar a la de Popeye.

Respuesta: **1**

10. **Pregunta asociada a la imagen 10.**

Paciente de 41 años, de talla baja, consulta por dolor en ambas caderas, más intenso en la izquierda. Refiere haber tenido dolor en caderas a edades tempranas aunque nunca consultaron por este motivo. Tras estudio radiográfico de caderas, se decide prótesis total de cadera izquierda, siguiendo buena evolución. Durante el postoperatorio el paciente refiere además

dolor en hombros. Ante la sospecha diagnóstica se solicita una telerradiografía (ver imagen). Indique qué proceso es más probable que padezca el paciente desde su infancia:



1. Enfermedad de Perthes.
2. Osteonecrosis multifocal.
3. Epifisiolisis bilateral de cadera.
4. Displasia epifisaria múltiple.

Basándonos en la baja talla, la afectación epifisaria en múltiples articulaciones (caderas y hombros) desde edades tempranas y la progresión que ha llevado finalmente a la artroplastia de cadera, lo más probable es que este paciente padezca una displasia epifisaria múltiple (opción 4).

Respuesta: **4**

11. **Pregunta asociada a la imagen 11.**

Hombre de 40 años que consulta por tumoración dolorosa en cara interna de rodilla. En el estudio radiográfico se obtiene esta imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Osteomielitis.
2. Osificación heterotópica.
3. Encondroma.
4. Osteocondroma.

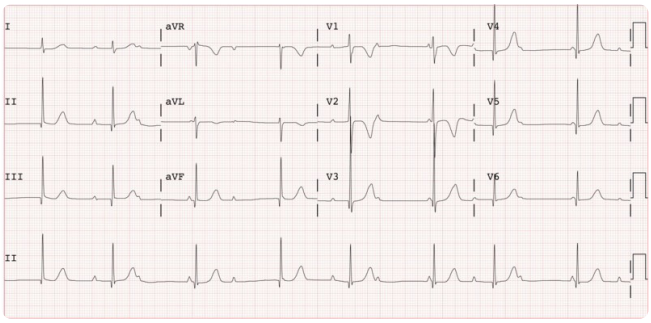
La imagen y la descripción (tumoración ósea en cara interna de la rodilla, aspecto exofítico con continuidad de la cortical y la médula ósea en la radiografía) son características de un osteocondroma. Por tanto, la respuesta correcta es la 4.

Respuesta: **4**

12. **Pregunta asociada a la imagen 12.**

Hombre de 80 años, fumador. Refiere en los últimos días episodios de mareos no relacionados con el ejercicio ni el estrés, de unos 3-4 minutos de duración. Solicita atención urgente en su domicilio tras presentar un síncope, con pérdida completa de conciencia,

de unos 15-20 segundos de duración. La presión arterial es 110/40 mmHg. Se obtiene el ECG de la imagen. ¿Cuál es su diagnóstico?:



1. Infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, anterior.
2. Bloqueo aurículo ventricular (AV) de primer grado.
3. Bloqueo AV de segundo grado, tipo II.
4. Bloqueo AV de tercer grado.

El paciente de 80 años presenta un cuadro de síncope con pérdida transitoria de conciencia, acompañado de una bradicardia sintomática, lo que ya sugiere un trastorno de la conducción auriculoventricular. El ECG muestra disociación completa entre las ondas P y los complejos QRS, evidenciado por la presencia de ondas P regulares que no guardan una relación fija con los QRS, lo que es diagnóstico de un bloqueo auriculoventricular (AV) de tercer grado. Además, los complejos QRS estrechos, lo que indica que el ritmo de escape es nodal. La clínica del paciente, con episodios de mareo y síncope, es compatible con el síndrome de Stokes-Adams, el cual ocurre debido a pausas prolongadas por ausencia de conducción auriculoventricular efectiva, lo que resulta en hipoperfusión cerebral transitoria.

Se descarta el infarto agudo de miocardio con elevación del ST (opción 1), ya que en el trazado no se observan elevaciones del ST en derivaciones precordiales ni signos electrocardiográficos típicos de un infarto transmural.

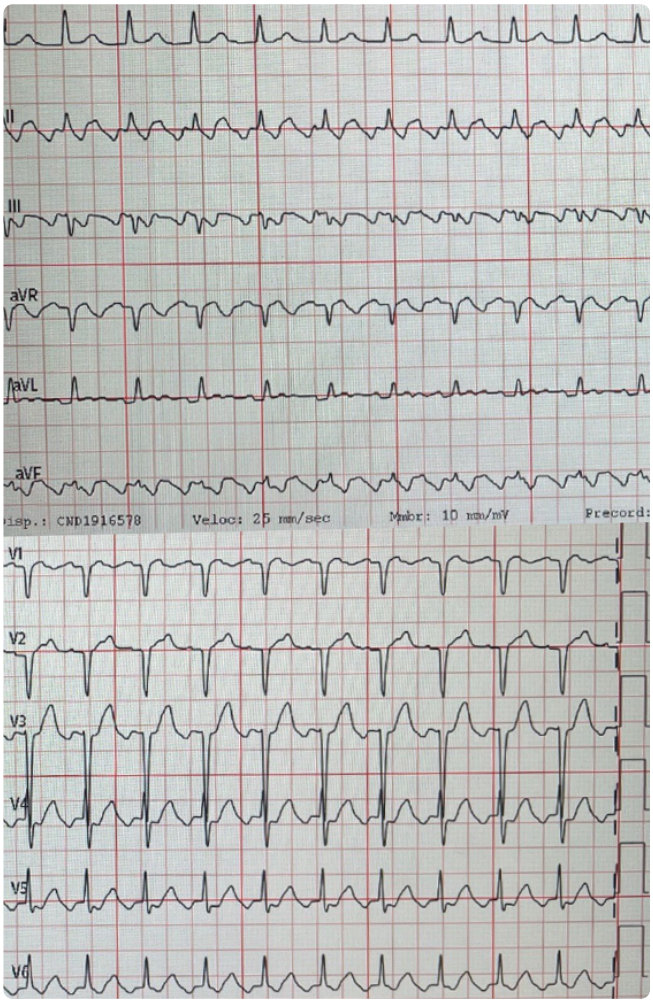
También se descarta el bloqueo AV de primer grado (opción 2), pues en este tipo de bloqueo el intervalo PR está prolongado, pero todos los impulsos auriculares conducen a los ventrículos, lo cual no ocurre aquí debido a la disociación AV.

Igualmente, se descarta el bloqueo AV de segundo grado tipo II (Mobitz II) (opción 3), ya que en este trastorno sí hay una relación entre las ondas P y los QRS, aunque con bloqueos intermitentes de la conducción auriculoventricular, mientras que en este ECG la disociación es completa. Dado que el bloqueo AV completo es una condición potencialmente letal con alto riesgo de asistolia, el tratamiento definitivo es la implantación de un marcapasos definitivo para restaurar una conducción ventricular estable y prevenir nuevos episodios de síncope y colapso hemodinámico.

Respuesta: **4**

13. **Pregunta asociada a la imagen 13.**

Hombre de 75 años que consulta por palpitaciones de aparición súbita hace 1 hora, sin dolor torácico ni cortejo vegetativo asociado. Tiene antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hipertrofia benigna prostática y accidente isquémico transitorio hace 12 años. PA 180/109 mmHg, FC 126 lpm, Sat O2 98%. Auscultación cardíaca tonos rítmicos, sin soplos audibles. Miembros inferiores sin edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Se realiza ECG que se muestra en la imagen. Indique, de los siguientes, el diagnóstico más probable:



1. Fibrilación auricular.
2. Flutter auricular.
3. Infarto agudo de miocardio.
4. Taquicardia ventricular.

El paciente de 75 años presenta un episodio de palpitaciones súbitas con una frecuencia cardíaca de 126 lpm y sin síntomas asociados de inestabilidad hemodinámica. En el ECG se observa una taquicardia con una frecuencia auricular elevada y la presencia de ondas F en "dientes de sierra" mejor visualizadas en derivaciones inferiores (II, III y aVF), sin una línea isoeléctrica clara entre ellas, lo que es característico del flutter auricular (opción 2). Además, la relación de conducción auriculoventricular parece ser

variable, lo que explica la frecuencia ventricular alrededor de 120-130 lpm, un hallazgo típico en flutter con conducción 2:1.

Se descarta la fibrilación auricular (opción 1), ya que en esta arritmia no existen ondas auriculares organizadas, sino actividad eléctrica caótica y una respuesta ventricular completamente irregular, lo que no se observa en este caso.

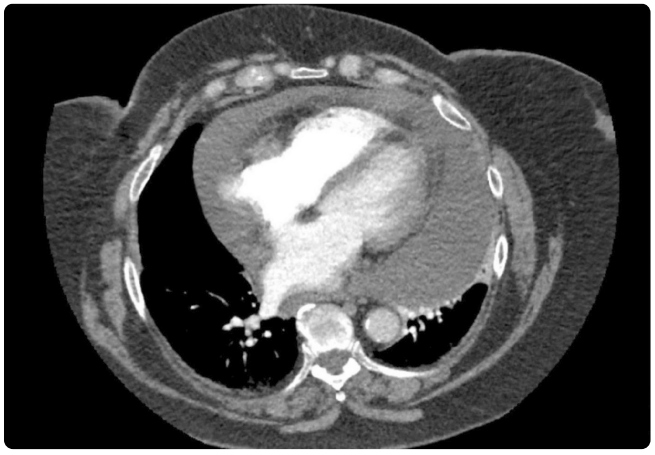
También se descarta un infarto agudo de miocardio (opción 3), ya que no hay elevación del segmento ST en las derivaciones precordiales ni signos isquémicos evidentes; aunque el flutter puede acompañar a un infarto, este ECG no sugiere un evento coronario agudo.

Finalmente, no se trata de una taquicardia ventricular (opción 4), ya que los QRS son estrechos, indicando un origen supraventricular, mientras que en la taquicardia ventricular los complejos son generalmente anchos debido a la activación ventricular anómala. El manejo inicial de este paciente incluiría control de la frecuencia con betabloqueantes o calcioantagonistas en caso de estabilidad, y, si persiste, se podría considerar cardioversión eléctrica o farmacológica.

Respuesta: **2**

14. **Pregunta asociada a la imagen 14.**

Mujer de 69 años, obesa, con historia de apnea obstructiva del sueño, insuficiencia respiratoria hipercápnica, polimialgia reumática e hipotiroidismo de larga evolución. Acude a consulta en su centro de salud con los resultados de una tomografía computarizada (TC) solicitada por hallazgo de cardiomegalia en la Rx de tórax. Su frecuencia cardíaca es 68 lpm, y la presión arterial es 145/70 mmHg. Con inspiración profunda, sus cifras tensionales son 139/68 mmHg. Con estos datos clínicos y la imagen de la TC que se muestra, señale qué diagnóstico es más probable:



1. Neumotórax.
2. Taponamiento cardíaco con colapso de cavidades cardíacas.
3. Disección de aorta.
4. Derrame pericárdico crónico.

La paciente de 69 años presenta cardiomegalia en la radiografía de tórax, lo que motivó la realización de una tomografía computarizada (TC), donde se observa una acumulación de líquido en el espacio pericárdico, compatible con un derrame pericárdico crónico (opción 4). Los pacientes con mixedema pueden presentar típicamente derrame pericárdico y pleural crónicos. La ausencia de signos de inestabilidad hemodinámica, como hipotensión o taquicardia, sugiere que este derrame es de larga evolución y bien tolerado, en contraste con un taponamiento cardíaco agudo.

Se descarta un neumotórax (opción 1), ya que en la imagen no se aprecia colapso pulmonar ni la presencia de aire en el espacio pleural, lo que caracterizaría esta entidad.

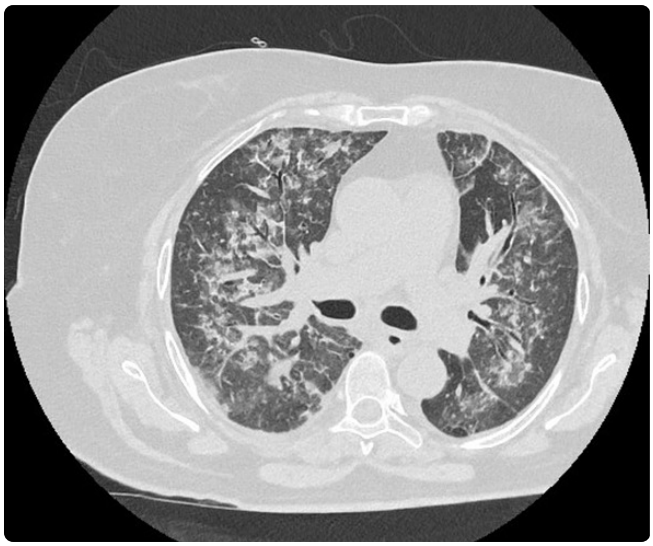
También se excluye el taponamiento cardíaco con colapso de cavidades cardíacas (opción 2), pues la paciente tiene una presión arterial normal sin signos de pulso paradójico ni alteraciones hemodinámicas significativas, además de que la TC no muestra un colapso de la aurícula o ventrículo derecho, hallazgo típico de taponamiento.

Igualmente, se descarta una disección de aorta (opción 3), ya que no hay evidencia de un flap intimal ni dilatación aneurismática en la aorta ascendente o descendente, hallazgos característicos de esta patología. Dado que el derrame pericárdico crónico puede estar asociado a diversas etiologías, incluyendo enfermedades autoinmunes, insuficiencia renal o hipotiroidismo, sería pertinente realizar estudios adicionales, como ecocardiografía para evaluar la función cardíaca y determinar la necesidad de drenaje si existieran signos de compromiso hemodinámico progresivo.

Respuesta: **4**

15. **Pregunta asociada a la imagen 15.**

Paciente de 72 años con antecedentes de cardiopatía isquémica que acude a Urgencias por astenia, disnea de esfuerzo y malestar general desde hace dos semanas. En analítica se objetiva hemoglobina 7,1 g/dL, leucocitos 9.330/µL (Neutrófilos 77%), plaquetas 15.6000/µL, creatinina sérica 7,6 mg/dL (previa 1,1 mg/dL), Na+ 139 mmol/L, K+ 5,2 mmol/L. Orina: Na+ 121 mmol/L, K+ 21,3 mmol/L, cociente proteína/creatinina 3,5 g/g, eritrocitos +3, leucocitos +3. Se realiza un TC de tórax que se muestra en la imagen. Indique la actitud más correcta en relación con su diagnóstico y tratamiento inicial:



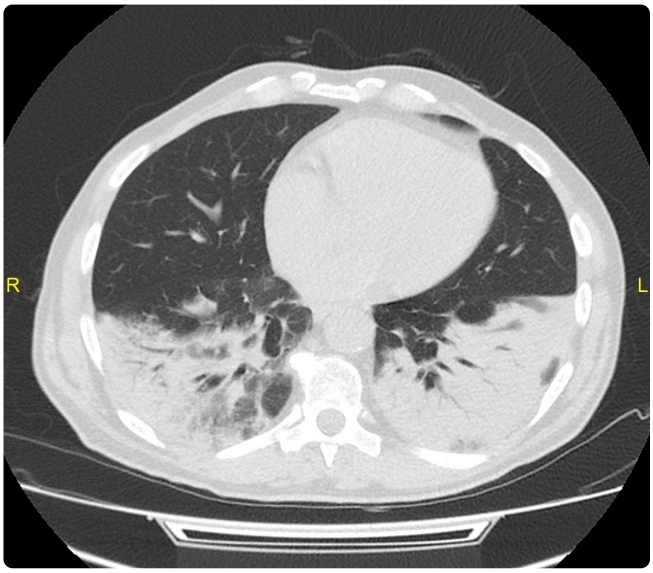
1. Neumonía atípica con fracaso renal agudo secundario a necrosis tubular aguda y el tratamiento es la administración de antibióticos de amplio espectro y hemodiálisis.
2. Fracaso renal agudo parenquimatoso de probable origen glomerular con hemorragia alveolar asociada y el tratamiento es inmunosupresores y plasmaféresis.
3. Síndrome urémico hemolítico atípico y hay que plantear plasmaféresis y administración de eculizumab.
4. Fracaso renal agudo funcional secundario a insuficiencia cardíaca y hay que iniciar tratamiento con diuréticos a altas dosis y diálisis si no responde.

Nos encontramos ante un paciente de 72 años con cardiopatía isquémica con astenia, disnea de esfuerzo y malestar general de dos semanas de evolución, a eso se le suma una anemia severa (Hb 7,1 g/dL) y un fracaso renal agudo severo (creatinina 7,6 mg/dL, previamente 1,1 mg/dL). La orina revela una proteinuria importante, hematuria y leucocituria, lo que sugiere afectación glomerular. El TC de tórax que nos muestran presenta opacidades en vidrio deslustrado bilaterales compatibles con hemorragia alveolar difusa, lo que, en conjunto con la glomerulonefritis, nos hace pensar en un síndrome pulmón-riñón, lo cual es frecuente en enfermedades autoinmunes como una vasculitis ANCA+ (granulomatosis con poliangitis o poliangitis microscópica), el síndrome de Goodpasture (anticuerpos anti-MBG) o por ejemplo un lupus eritematoso sistémico con nefritis y hemorragia alveolar. El diagnóstico más probable es fracaso renal agudo parenquimatoso de origen glomerular con hemorragia alveolar asociada. El tratamiento inicial en este caso consiste en el uso de inmunosupresores (corticoides + ciclofosfamida o rituximab) y plasmaféresis (especialmente en síndrome de Goodpasture o vasculitis ANCA+). La respuesta correcta apunta a la 2, pero el Ministerio finalmente anuló la pregunta, quizá por la errata en el recuento de plaquetas (¿15.600 o 156.000?).

Respuesta: **Anulada**

16. **Pregunta asociada a la imagen 16.**

Hombre de 68 años, exfumador desde hace 3 meses, con criterios clínicos de bronquitis crónica. Consulta por cuadro de pérdida de peso junto con astenia de un mes y medio de duración. Refiere tos seca ocasional y sensación distérmica sin fiebre termometrada. Tras realizarle la radiografía de tórax se solicita TC torácico que se muestra en la imagen. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:



1. Bronquiolitis respiratoria con enfermedad pulmonar intersticial.
2. Neumonía organizada criptogénica.
3. Atelectasia obstructiva de lóbulos inferiores por neoplasia central.
4. Neumonía intersticial inespecífica.

En esta pregunta los hallazgos en la TAC son fundamentales para poder responderla. En ella, vemos claras consolidaciones en regiones posteriores de ambos lóbulos inferiores, con áreas de broncograma aéreo. A priori, el diagnóstico diferencial es amplio, pero ciñéndonos a las opciones que nos aportan, no se aprecian masas (opción 3 incorrecta), ni los hallazgos radiológicos son los típicos de la neumonía intersticial específica (con predominio del patrón en vidrio esmerilado y áreas de reticulación fina -opción 4 incorrecta-).

La bronquiolitis respiratoria asociada a enfermedad pulmonar intersticial forma parte del subgrupo de neumopatías intersticiales de causa desconocida. Su incidencia no está bien definida, aunque sí que se asocia en la mayor parte de casos a pacientes fumadores/exfumadores.

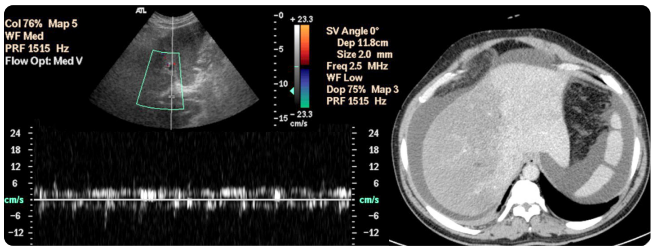
Los hallazgos radiológicos típicos son la presencia de pequeños nódulos centrolobulillares, engrosamiento peribronquial, las opacidades en vidrio deslustrado parcheadas, de predominio en las zonas superiores del pulmón (opción 1 incorrecta). El cuadro clínico que nos presentan es el típico de pacientes con neumonía organizada (6ª-7ª década de la vida, similar a un cuadro infeccioso de evolución larvada), siendo en este caso los hallazgos

radiológicos compatibles (opción 2 correcta). El cuadro se completaría si nos aportasen otras imágenes donde se demostrase la presencia de infiltrados migratorios.

Respuesta: **2**

17. **Pregunta asociada a la imagen 17.**

Paciente de 63 años consulta por dolor en flanco derecho, ictericia y aumento del perímetro abdominal. Se realiza ecografía doppler y TC de hígado como se muestra en la imagen. ¿Cuál de las siguientes es la mejor opción terapéutica?:



1. Colocación de una derivación intrahepática percutánea (TIPS).
2. Anticoagulación oral.
3. Trasplante hepático.
4. Angioplastia percutánea.

La pregunta describe un caso típico de síndrome de Budd-Chiari, con dolor en flanco derecho, ictericia y signos de hipertensión portal (ascitis). En esta entidad, la anticoagulación resulta esencial desde el inicio, independientemente de la fase de la enfermedad, para prevenir la progresión de la trombosis y mantener permeables las venas hepáticas. Las otras opciones (TIPS, trasplante o angioplastia) pueden considerarse según la evolución y la gravedad, pero nunca sustituyen la necesidad de anticoagulación de base, que suele mantenerse de forma indefinida en la mayoría de los pacientes con Budd-Chiari. Tampoco dan suficientes datos para decantarse por trasplante, TIPS o angioplastia claramente, por lo que solo queda como correcta la 2. En la ecografía se ve una vena suprahepática con flujo alterado, no trifásico. En el TAC se detecta ascitis y una zona hipodensa en el lóbulo hepático derecho que parece una lesión sólida, pero que corresponde a alteraciones en la perfusión hepática por la trombosis de las suprahepáticas.

Respuesta: **2**

18. **Pregunta asociada a la imagen 18.**

Mujer de 90 años que acude a urgencias por hipotensión, vómitos oscuros y dolor abdominal. Se realiza una TC abdominal que se muestra en la imagen. De las siguientes opciones, ¿cuál es la más probable?:

1. Se observa gas en el sistema portal siendo indicativo de mal pronóstico.
2. Se trata de una aerobilia y por tanto el diagnóstico más probable es el de colangitis.
3. Se observa aerobilia y pneumatosis gástrica.
4. Se trata de un hallazgo no relevante en relación con una CPRE o cirugía previa.

En la pregunta nos ponen una mujer mayor con un cuadro grave con hipotensión. En la imagen nos ponen un estómago que claramente tiene aire en su pared (pneumatosis gástrica). Ademas, se ve aire (color negro) localizado dentro del hígado, siguiendo el camino de unos vasos. A priori, uno puede pensar que se trata de aerobilia, algo que vemos con más frecuencia en la práctica clínica. Al pensar en la aero o pneumobilia y la pneumatosis gástrica lo más habitual es contestar la respuesta 3. Sin embargo, la respuesta correcta es la 1. La diferencia cuando se ve gas intrahepático para saber si es en la vía biliar o en el sistema portal está en la distribución. En la aerobilia el gas se localiza centralmente, cerca del hilio hepático. En el caso del gas portal, el gas se localiza más hacia la periferia. Si el gas se encuentra a menos de 2 cm de la superficie hepática se trata de gas portal. En este caso, aunque la paciente sí tiene gas en la pared del estómago debido al problema grave que tiene, no tiene aerobilia, sino gas en el territorio portal, que indica un pronóstico muy grave y que, además, cuadra más con el caso clínico.

Respuesta: **1**

19. Pregunta asociada a la imagen 19.

Hombre de 60 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias con un cuadro de 48 horas de fiebre de 38ºC y dolor abdominal en fosa iliaca izquierda. A la exploración abdominal destaca cierta defensa a la palpación sin peritonismo generalizado. La analítica sanguínea sólo destaca una discreta leucocitosis. La TC abdomino-pélvica se muestra en la imagen adjunta. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

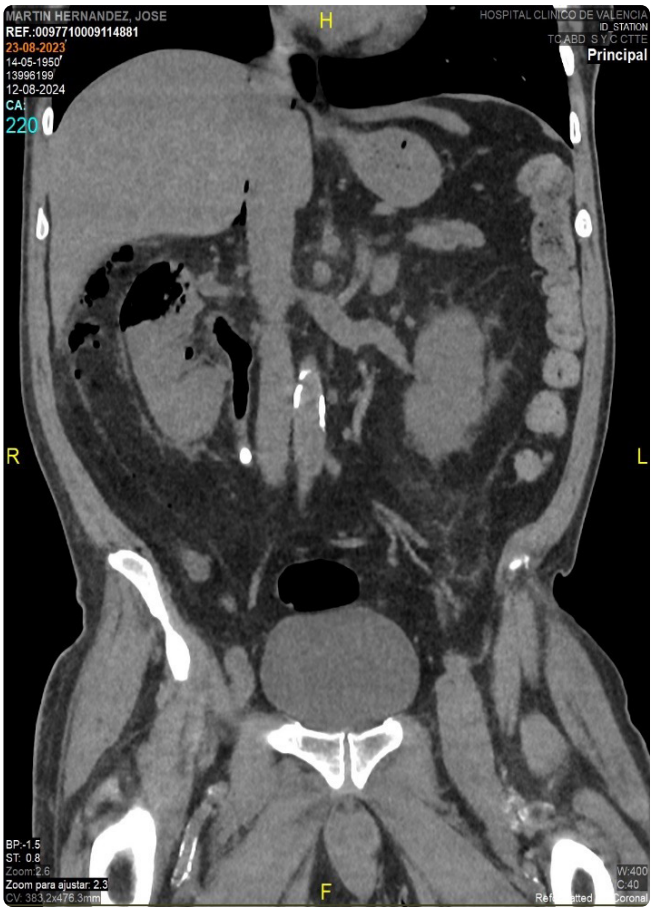
1. Cáncer de colon izquierdo oclusivo.
2. Síndrome de Ogilvie.
3. Diverticulitis aguda.
4. Megacolon tóxico o infeccioso.

Esta es una pregunta relativamente fácil en la que presentan a un varón de 60 años con fiebre y con dolor en fosa iliaca izquierda con algo de peritonismo pero no generalizado y leucocitosis. En el TAC se ven cambios inflamatorios en el sigma y se visualizan los divertículos. No hay colon dilatado ni datos de obstrucción intestinal, por lo que la respuesta correcta es la 3, diverticulitis aguda.

Respuesta: **3**

20. Pregunta asociada a la imagen 20.

Hombre de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 que acude a urgencias por presentar desde hace una semana hiperglucemia mayor de 500 mg/dL. Refiere que comenzó con dolor en vacío derecho y vómitos autolimitados. Desde entonces, disminución de la ingesta, poliuria y sensación distérmica sin fiebre termometrada. Se realiza ecografía y TC abdominopélvica sin contraste intravenoso que se muestra en la imagen. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:



1. Pielonefritis enfisematosa obstructiva.
2. Necrosis papilar renal.
3. Pielonefritis xantogranulomatosa.
4. Absceso retroperitoneal perirrenal por apendicitis aguda evolucionada.

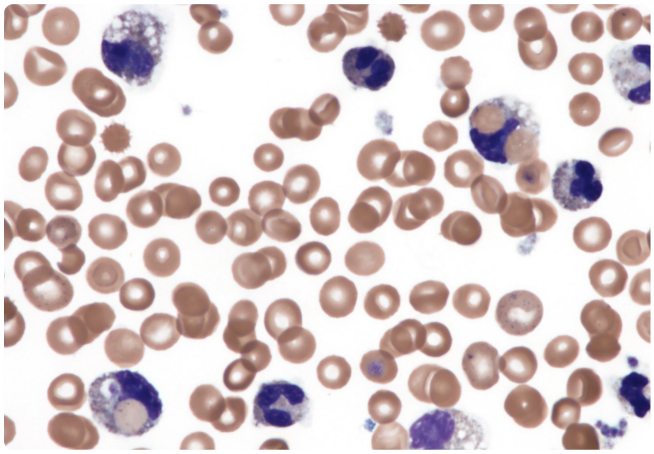
Caso clínico clásico de cólico complicado, pero con una presentación diferente, en la forma de pielonefritis enfisematosa. Se trata de un riñón con uropatía obstructiva (UHN por litiasis en el TAC) complicada con una sepsis en la forma de pielonefritis enfisematosa dada la presencia de gas en el riñón y en la vía urinaria. El dato de la diabetes muy descontrolada es una pista más, pues es sabido que los diabéticos tienen más probabilidades de desarrollar infecciones polimicrobianas con anaerobios, tales como pieloneftitis enfisematosa, cistitis enfisematosa y gangrena de Fournier.

Respuesta: **1**

21. Pregunta asociada a la imagen 21.

Mujer de 57 años con enfermedad renal crónica que presenta astenia, hipotensión y cianosis en manos tras una sesión de diálisis. En la analítica se detecta anemia normocítica (Hb 7 g/dL, VCM 96 fL) con dis-

creta reticulocitosis, leucocitos y plaquetas normales; aumento de LDH y hemoglobina libre en plasma elevada. El estudio inmunohematológico muestra un anticuerpo con especificidad anti-P. Se realiza frotis sanguíneo (ver imagen) mediante punción digital. El diagnóstico más probable es:



1. Síndrome hemofagocítico.
2. Hemoglobinuria paroxística a frigore.
3. Hemoglobinuria paroxística nocturna.
4. Crioglobulinemia.

Pregunta difícil sobre una anemia hemolítica autoinmune (AHAI) muy rara, la hemoglobinuria paroxística a frigore (HPF) o enfermedad de Donath-Lasteiner (respuesta 2 correcta). En la imagen, se ven datos de un frotis de sangre periférico compatibles con una anemia hemolítica. No obstante, la pregunta se resuelve sin necesitar la imagen, la cual es muy inespecífica. El cuadro clínico es compatible con una anemia hemolítica (anemización brusca, reticulocitosis, elevación de LDH y Hb libre en plasma). Clásicamente, la HPF se ha asociado con la sífilis terciaria y se caracteriza por cuadros de hemolisis masiva con la exposición al frío (como ocurre en las salas de diálisis). El autoanticuerpo de la HPF es de tipo IgG, y está dirigido contra el antígeno P de los hematíes. Este anticuerpo es de tipo "bifásico", dado que se une a los hematíes en frío, pero los destruye con el calor (a 37 ºC) generando una anemia intravascular (con hemoglobinuria) aguda, rápida y grave.

Respuesta: **2**

22. **Pregunta asociada a la imagen 22.**

Mujer de 58 años acude a urgencias por dolor en la punta de los dedos de la mano. No tiene alergias conocidas, ni hábitos tóxicos. Entre los antecedentes explica tres abortos, una apendicetomía, sensación frecuente de reflujo retroesternal y, desde hace unos 5 años aproximadamente, presenta con la exposición al frío episodios de palidez en los dedos de ambas manos que cada vez se han hecho más intensos. A la vista de la imagen, ¿cuál de las siguientes actitudes se plantea realizar en primer lugar?:

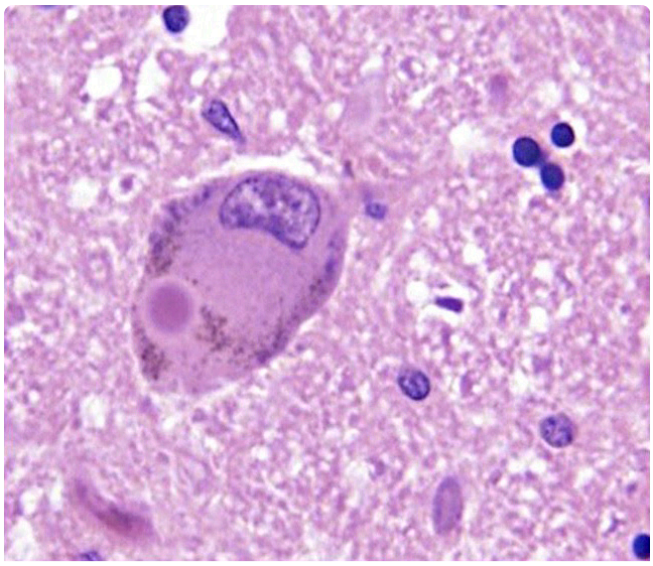
1. Solicitar una TC torácica.
2. Valoración de tratamiento quirúrgico por cirugía vascular.
3. Determinación de ANA y anti-centrómero.
4. Tratamiento vasodilatador con prostaglandinas iv.

El paciente presenta un cuadro clínico sugerente de esclerosis sistémica limitada. Lo que vemos en la imagen es un fenómeno de Raynaud progresivo, que ahora presenta dolor en la punta de los dedos , lo cual nos hace pensar en una isquemia digital crítica, es decir, una complicación isquémica que condiciona la aparición de úlceras digitales o gangrena. En estos casos, la opción más adecuada sería realizar un tratamiento vasodilatador con prostaglandinas IV, como el iloprost.

Respuesta: **4**

23. **Pregunta asociada a la imagen 23.**

En relación con un hombre de 74 años, que muestra alteraciones cognitivas y de la movilidad y en el cerebro neuronas con inclusiones citoplásmicas, como se observa en la imagen histológica, el diagnóstico más probable es:



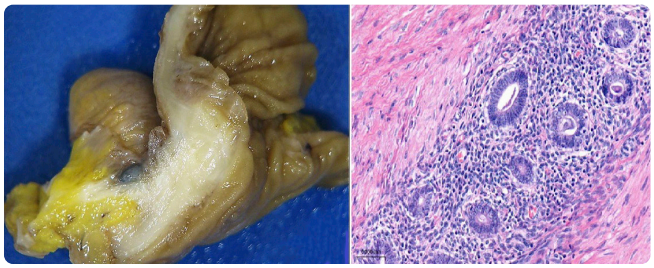
1. Enfermedad de Alzheimer.
2. Demencia senil.
3. Enfermedad de Parkinson.
4. Encefalitis viral.

En una persona de edad avanzada con alteraciones cognitivas y de la movilidad, de entrada sin conocer la imagen podríamos pensar en enfermedad de Alzheimer vs Parkinson. Ahora bien, la inclusión citoplasmática que se observa en la imagen es un cuerpo de Lewy, que nos hace decantar por la opción 3 como correcta (Parkinson). Recuerda: en la enfermedad de Alzheimer lo que tenemos son ovillos neurofibrilares de tau fosforilada a nivel intraneuronal y placas de beta-amiloide a nivel extracelular.

Respuesta: **3**

24. Pregunta asociada a la imagen 24.

Mujer de 35 años con historia de dolor abdominal recurrente que coincide con la menstruación. Los hallazgos de la intervención quirúrgica requieren una resección intestinal. El estudio anatomopatológico se muestra en la imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:



1. Adenocarcimoma intestinal.
2. Metástasis de adenocarcinoma de endometrio.
3. Colitis ulcerosa.
4. Endometriosis.

Esta pregunta, afortunadamente, se puede contestar sin la imagen de anatomía patológica. Cuando nos planteen un caso clínico de una mujer con dismenorrea, la endometriosis tiene que ser nuestra primera sospecha diagnóstica. Esta enfermedad se caracteriza por la aparición de tejido endometrial (glándulas y estroma) fuera de la cavidad uterina. Esto es lo que se aprecia en las muestras de anatomía patológica. Aunque la localización de endometriosis más frecuente es el ovario, donde da lugar a los endometriomas, también conocidos como "quistes de chocolate" por el aspecto de su contenido, los implantes de endometriosis pueden encontrarse en el tubo digestivo, en el aparato urinario o, incluso, en localizaciones extraabdominales como la pleura (neumotórax catamenial).

Respuesta: **4**

25. Pregunta asociada a la imagen 25.

Hombre de 36 años con prácticas sexuales de riesgo. Presenta un cuadro de 4 días de evolución de lesiones cutáneas no pruriginosas (ver imagen). No ha tomado medicación previamente y no tiene antecedente de alergias farmacológicas. Se realiza serología para VIH que es negativa. La serología de sífilis antitreponema pallidum es positiva y RPR 1:32. Señale la respuesta correcta:

1. Se recomienda el análisis del líquido cefalorraquídeo.
2. La azitromicina oral es un tratamiento alternativo eficaz.
3. Se recomienda una valoración clínica y serológica (RPR) a los 6 y 12 meses después del tratamiento.
4. Si los títulos de RPR permanecen positivos después de 12 meses está indicado administrar el tratamiento de nuevo.

En la imagen nos muestran el característico exantema palmoplantar de la sífilis secundaria. El tratamiento de elección es una única dosis de Penicilina 2'4 MUI im. La azitromicina no es una alternativa adecuada por tasas

de resistencia. El paciente no cuenta clínica neurológica que justifique el estudio del LCR. Si los títulos de RPR descienden más de 4 diluciones tras el tratamiento, aunque se mantenga positivo en títulos bajos (1:2, 1:4) pasados 12 meses, no hay indicación de retratamiento. La opción correcta es la 3.

Respuesta: **3**

26. Entre los cambios metabólicos que se observan en un paciente con resistencia a insulina existe:

1. Incremento de la expresión hepática de genes gluconeogénicos mediado por FOXO1 (forkhead box other) fosforilado.
2. Descenso en los niveles intracelulares de hexoquinasa 2 dependiente de insulina.
3. Aumento de la glucogenólisis muscular, contribuyendo al incremento de la glucemia.
4. Aumento en los niveles séricos de aminoácidos como leucina e isoleucina.

La resistencia a la insulina se asocia con una regulación defectuosa de la gluconeogénesis hepática. En condiciones normales, la insulina inhibe la actividad de FOXO1 a través de su fosforilación, lo que reduce la transcripción de genes gluconeogénicos como PEPCK y G6Pase. Sin embargo, en la resistencia a la insulina, esta inhibición es ineficaz, lo que resulta en una actividad aumentada de FOXO1 y, por ende, en una mayor expresión de genes gluconeogénicos (opción 1 correcta). La disminución en los niveles intracelulares de hexokinasa 2 dependiente de insulina es un cambio observado en la resistencia a la insulina (opción 2 correcta). El aumento en la glucogenólisis muscular es un mecanismo principal que contribuye a los niveles elevados de glucosa en sangre en la resistencia a la insulina (opción 3 correcta). Los niveles séricos de aminoácidos de cadena ramificada, como leucina e isoleucina, pueden estar elevados en la resistencia a la insulina, observado en todos los pacientes (opción 4 correcta). Esta pregunta ha sido anulada.

Respuesta: **Anulada**

27. La deficiencia de acil-CoA-deshidrogenasa provoca una de las siguientes alteraciones bioquímicas:

1. Disminución de ácidos dicarboxílicos.
2. Aumento de la gluconeogénesis.
3. Disminución de la ureagénesis.
4. Aumento de carnitina libre.

Pregunta muy difícil sobre los mecanismos bioquímicos de la producción de una enfermedad rara. El déficit de acil-CoA dehidrogenasa es un trastorno de la beta-oxidación de los ácidos grasos. En este tipo de trastorno se produce un aumento de los ácidos dicarboxílicos por imposibilidad para metabolizarlos (opción 1 falsa) y, por lo tanto, dificultad para transformarlos en precursores de hidratos de carbono (opción 2 falsa) o de aminoácidos (opción 3 verdadera). La conjugación de estos ácidos con la carnitina reducen la fracción de carnitina libre (opción 4 falsa).

Respuesta: **3**

28. Respecto a la técnica de exploración de la motilidad pupilar y sus reflejos indique la respuesta INCORRECTA:

1. El reflejo de la visión próxima se explora con una linterna que se enfoca sobre las pupilas de forma alternativa.
2. El signo pupilar de Marcus Gunn o defecto pupilar aferente relativo está presente en enfermedades del nervio óptico y enfermedades retinianas no extensas.
3. El reflejo fotomotor consensuado está afectado cuando el daño implica la vía eferente vehiculada por el nervio motor ocular común.
4. La anisocoria que aumenta en condiciones de oscuridad mostrando una pupila más miótica se debe a que hay un trastorno en el sistema simpático.

La anulación de esta pregunta por parte del Ministerio está justificada, ya que varias de las afirmaciones presentan ambigüedades o inexactitudes técnicas que impiden identificar de forma clara una única opción incorrecta sin dar lugar a controversia.

Analizando una a una: la opción 1 afirma que "el reflejo de la visión próxima se explora con una linterna que se enfoca sobre las pupilas de forma alternativa", lo cual es incorrecto desde el punto de vista técnico, ya que esa descripción corresponde a la exploración del reflejo fotomotor con la prueba del swinging flashlight utilizada para detectar un defecto pupilar aferente relativo (DPAR o signo de Marcus Gunn), mientras que el reflejo de acomodación-convergencia (visión próxima) se explora haciendo que el paciente enfoque primero un objeto lejano y luego uno cercano (a unos 10-15 cm), observando la miosis pupilar, la convergencia ocular y el aumento de la acomodación. Esta confusión en la técnica descrita justificaría su elección como respuesta incorrecta.

No obstante, la opción 2 tampoco está exenta de conflicto: si bien es cierto que el DPAR se presenta en lesiones del nervio óptico (como neuritis óptica o neuropatía isquémica anterior), y también puede verse en enfermedades retinianas, la afirmación "enfermedades retinianas no extensas" introduce un matiz conflictivo. Aunque clásica-

mente se enseña que el DPAR no se presenta en lesiones retinianas si no son suficientemente extensas como para comprometer la entrada neta de estímulos lumínicos (por ejemplo, un desprendimiento de retina localizado no lo produciría), en la práctica clínica se han descrito DPARs en enfermedades retinianas focales con compromiso funcional importante (por ejemplo, en degeneraciones maculares avanzadas o isquemias retinianas focales), lo que hace debatible el grado de extensión necesario para que se produzca un DPAR, generando ambigüedad.

La opción 3 es correcta: el reflejo consensuado requiere integridad de la vía eferente del nervio motor ocular común (III par), pues la activación parasimpática bilateral es necesaria para la miosis consensuada.

La opción 4, también es adecuada: una anisocoria que se acentúa en oscuridad, donde la pupila más pequeña falla en dilatarse, indica una alteración simpática (como en el síndrome de Horner), mientras que si la anisocoria se acentúa en luz, se sospecha una alteración parasimpática. Por tanto, hay al menos dos opciones controvertidas (1 y 2), que podrían considerarse incorrectas según la interpretación y el nivel de exigencia en la descripción, comprometiendo la validez de la pregunta. Esta falta de un criterio inequívoco para discernir una única opción falsa es una causa plenamente justificada para su anulación, garantizando así la equidad y objetividad del proceso selectivo.

Respuesta: **Anulada**

29. **En relación con el proceso de envejecimiento, respecto a los principales cambios morfológicos de los aparatos y sistemas, indique la respuesta INCORRECTA:**

1. En el aparato respiratorio, calcificación de los cartílagos traqueales.
2. En el sistema nervioso, aumento del tamaño de los surcos interhemisféricos y de los ventrículos cerebrales.
3. En el aparato cardiovascular, reducción en el número de células marcapaso.
4. En el sistema nefrourológico, reducción del tejido mesangial.

Todas las opciones describen cambios reales (y más o menos lógicos o intuitivos) del envejecimiento, excepto la opción 4: con el envejecimiento se produce un AUMENTO del tejido mesangial (más fibrosis).

Respuesta: **4**

30. **La utilización baja de energía por el músculo liso es fundamental para el gasto de energía corporal (órganos como los intestinos, la vejiga urinaria o la vesícula biliar mantienen una contracción muscular tónica casi indefinidamente). A este respecto, señale la afirmación correcta:**

1. La disposición física de los filamentos de miosina y actina es similar a la del músculo esquelético.
2. En esa contracción, es fundamental la lentitud de la unión y separación de los puentes cruzados entre los filamentos de actina y miosina.
3. La fuerza máxima de contracción es con frecuencia menor que la que se produce en el músculo esquelético.
4. La contracción prolongada exige que la excitación de las fibras musculares se mantenga mientras lo haga esa contracción.

La afirmación correcta es la opción 2: "En esa contracción, es fundamental la lentitud de la unión y separación de los puentes cruzados entre los filamentos de actina y miosina", ya que describe con precisión uno de los principios fisiológicos clave que permiten al músculo liso mantener contracciones tónicas prolongadas con un muy bajo consumo energético.

Este fenómeno se conoce como el "mecanismo de cerrojo" o "latch mechanism", característico del músculo liso, y consiste en que tras la fosforilación inicial de la cadena ligera de miosina (regulada por la cinasa de la miosina dependiente de calcio-calmodulina), los puentes cruzados de miosina se unen a la actina y permanecen adheridos durante más tiempo del habitual, incluso cuando disminuye la concentración intracelular de calcio y cesa la fosforilación. Esta lentitud extrema en el ciclo de contracción permite mantener fuerza tensora con un mínimo recambio de ATP, lo que explica cómo órganos como intestinos, vejiga o vasos sanguíneos pueden sostener su tono basal sin fatiga.

La opción 1 es incorrecta, ya que la disposición de los filamentos en el músculo liso no es similar a la del músculo esquelético. En el músculo esquelético, los filamentos de actina y miosina están organizados en sarcómeros bien definidos con bandas A e I, mientras que en el músculo liso la disposición es irregular y en ángulos oblicuos, anclándose a estructuras denominadas cuerpos densos, lo que le da su característica contracción multidireccional. La opción 3 también es falsa. De hecho, el músculo liso puede generar una fuerza máxima igual o incluso mayor por unidad de área transversal en comparación con el músculo esquelético, aunque a costa de una velocidad de contracción mucho más lenta. La opción 4 es errónea porque la contracción del músculo liso no requiere una excitación continua como en el músculo esquelético. Gracias al "latch mechanism", el músculo liso puede mantener contracción tónica incluso tras el cese de la señal excitatoria, lo cual es clave en su bajo consumo de energía y funcionalidad en órganos viscerales.

Respuesta: **2**

31. **En relación con el control químico de la respiración en condiciones fisiológicas señale la afirmación INCORRECTA:**

1. Los quimiorreceptores carotídeos y aórticos detectan especialmente cambios en la presión parcial de O2 en la sangre.
2. Los quimiorreceptores carotídeos y aórticos reciben un flujo arterial muy elevado por lo que se consideran expuestos en todo momento a sangre arterial.
3. Los quimiorreceptores centrales detectan fundamentalmente cambios en la concentración de H+ (procedente sobre todo de la disociación de CO2 y H2O).
4. El efecto estimulador de la ventilación del CO2 se mantiene sin atenuación en los primeros días.

El efecto estimulante de la ventilación inducido por el CO2 decrece con el tiempo si se perpetúan los niveles elevados de CO2, a través de la compensación renal, que disminuye la excreción de bicarbonato para contrarrestar la acidosis respiratoria; ello conduce a la pérdida de sensibilidad del centro respiratorio bulbar a la hipercapnia (todos ellos mecanismos propios de las situaciones de insuficiencia respiratoria hipercápnica crónica).

Respuesta: **4**

32. **En un paciente diagnosticado de una neoplasia maligna de nasofaringe que presenta dolor y edema orbitario, neuropatía de los pares craneales III, IV y VI, y neuropatía de la rama V1 del V par craneal, indique qué estructura es más probable que se encuentre infiltrada:**

1. Seno cavernoso.
2. Hipófisis.
3. Agujero yugular.
4. Fosa pterigopalatina.

Pregunta difícil. Es una pregunta directa disfrazada de caso clínico que exige conocer la anatomía del seno cavernoso. Sabemos que el tumor de nasofaringe puede afectar a nivel del orificio faríngeo de la trompa de Eustaquio y generar en los pacientes una otitis serosa unilateral (recordad que siempre realizamos una exploración del cavum en un paciente adulto con esta sintomatología). No obstante, la forma más frecuente de presentación clínica es por la aparición de una adenopatía sospechosa a nivel cervical II. El crecimiento de este tumor en el cavum puede afectar al seno cavernoso dada su proximidad. Debemos conocer que el seno cavernoso es una importante estructura de drenaje venoso intracraneal que es atravesada por pares craneales III, IV, V1 y VI, los cuales se afectarán ante una infiltración tumoral del seno cavernoso. Otra estructura importante que atraviesa el seno cavernoso es la carótida interna.

Respuesta: **1**

33. **Niña de 7 años con una sospecha de anemia de Fanconi. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas NO se ajusta a los rasgos típicos de esta enfermedad?:**

1. Anomalías pigmentarias.
2. Anomalías renales.
3. Anomalías esqueléticas.
4. Estatura alta.

Pregunta "sencilla" que puede resolverse con técnica de examen. La anemia de Fanconi es la causa más frecuente de fallo medular congénito. Se caracteriza por una alteración en la reparación el DNA, dando lugar a pacientes con fallo medular, aumento de la incidencia de cáncer y un fenotipo físico característico en el 75% de los pacientes (un 25% no presentan ninguna alteración) con malformaciones esqueléticas y del sistema renal, talla baja y anomalías pigmentarias entre otras alteraciones. La talla alta no es típica de la anemia de Fanconi (respuesta 4 correcta).

Respuesta: **4**

34. **La exploración ecográfica de una mujer gestante de 26 semanas muestra hallazgos consistentes con osteogénesis imperfecta tipo II (gen COL1A1/COL1A2). La paciente tuvo un embarazo previo con la misma patología. Ni ella ni su pareja tienen manifestaciones clínicas de osteogénesis imperfecta. ¿Cuál de las siguientes es la explicación más probable para la recurrencia?:**

1. Herencia autosómica recesiva.
2. Mutación de novo.
3. Penetrancia incompleta.
4. Mosaicismo germinal.

Mosaicismo germinal (correcta): La recurrencia de osteogénesis imperfecta tipo II en dos embarazos, sin síntomas en la paciente ni su pareja, sugiere mosaicismo germinal.

Herencia autosómica recesiva (incorrecta): No aplica, ya que este tipo es dominante, y no hay síntomas en los padres.

Mutación de novo (incorrecta): No explica la recurrencia, pues ocurre esporádicamente en cada concepción.

Penetrancia incompleta (incorrecta): No justifica la recurrencia en los fetos sin síntomas en los padres.

Respuesta: **4**

35. Las vacunas contra el neumococo recomendadas para prevenir la enfermedad neumocócica en personas mayores de 65 años y en pacientes inmunocomprometidos pueden estar constituidas por polisacáridos del neumococo purificados (PPV23) o polisacáridos conjugados a proteínas (PCV15 o PCV20). Desde una perspectiva inmunológica las vacunas conjugadas:

1. No generan memoria inmunológica.
2. Activan una respuesta inmunitaria T-dependiente (o timo-dependiente).
3. No activan el proceso de hipermutación somática.
4. No inducen cambio de isotipo.

Inmunologicamente hablando, las vacunas conjugadas contra el neumococo (PCV15 o PCV20) activan una respuesta inmunitaria T-dependiente (o timo-dependiente). Esto significa que estas vacunas son capaces de generar memoria inmunológica, lo que permite una respuesta más rápida y efectiva en caso de una futura exposición al patógeno. Además, las vacunas conjugadas pueden inducir el proceso de hipermutación somática y el cambio de isotipo, lo que mejora la calidad y la diversidad de los anticuerpos producidos.

Respuesta: **2**

36. El paso de autoanticuerpos de la madre al feto a través de la placenta puede asociarse a la aparición de enfermedades autoinmunes en el recién nacido. Señale cuál de las parejas Enfermedad – Autoanticuerpo es INCORRECTA:

1. Pénfigo vulgar – Anticuerpos antidesmogleina 3.
2. Bloqueo cardíaco congénito – Anticuerpos anti Ro y anti-La.
3. Miastenia gravis – Anticuerpos anti receptor de la acetilcolina.
4. Lupus eritematoso neonatal – Anticuerpos anti-Sm.

La asociación incorrecta es la número 4: Lupus eritematoso neonatal – Anticuerpos anti-Sm. El lupus eritematoso neonatal (LEN) se debe al paso transplacentario de anticuerpos anti-Ro (SSA) y anti-La (SSB), no de anti-Sm. Estos autoanticuerpos pueden causar bloqueo auriculoventricular congénito, exantema neonatal transitorio, citopenias y alteraciones hepáticas.

Respuesta: **4**

37. Mutaciones en el gen Btk pueden causar una inmunodeficiencia primaria que cursa con la disminución drástica o ausencia de inmunoglobulinas en la sangre periférica (agammaglobulinemia). En relación al estudio de los pacientes con esta agammaglobulinemia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

1. Es una enfermedad autosómica recesiva.
2. El porcentaje de linfocitos que expresan CD19 o CD20 (linfocitos B) en sangre periférica está dentro de los límites normales.
3. El nivel de IgG en suero disminuye paulatinamente desde el nacimiento hasta resultar indetectable.
4. La expresión de la proteína Btk en monocitos es normal.

El nivel de IgG en suero disminuye paulatinamente desde el nacimiento hasta resultar indetectable (correcta): Las mutaciones en BTK causan agammaglobulinemia ligada al cromosoma X, con una pérdida progresiva de inmunoglobulinas, incluyendo IgG, tras la desaparición de anticuerpos maternos.

Es una enfermedad autosómica recesiva (incorrecta): Es una enfermedad ligada al cromosoma X, no autosómica, afectando principalmente a varones.

El porcentaje de linfocitos que expresan CD19 o CD20 está dentro de los límites normales (incorrecta): Los linfocitos B están reducidos o ausentes, por lo que CD19 y CD20 están bajos.

La expresión de la proteína BTK en monocitos es normal (incorrecta): Las mutaciones en BTK alteran su expresión, no es normal en monocitos.

Respuesta: **3**

38. Hombre de 20 años que, tras ingesta de gambas, presenta de forma prácticamente inmediata prurito palmoplantar, sensación de nudo en la garganta y ronquera, mareo, sensación de inestabilidad y debilidad intensa. Entre sus antecedentes destaca cuadro de edema laríngeo por alergia a las lentejas al año de edad. No refiere alergia conocida a otros alimentos, tampoco reacciones adversas a fármacos ni picadura de insectos. Entre los antecedentes familiares tiene un hermano con rinitis alérgica leve intermitente por alergia a pólenes. ¿Cuál debe ser el tratamiento inicial de forma urgente?:

1. Hidrocortisona 500 mg IV y dexclorfeniramina 5 mg IV.
2. Adrenalina 0,3-0,5 mL IV.
3. Adrenalina 0,3-05 mL IM.
4. Metilprednisolona 40 mg IM y desclorfeniramina 5 mg IV.

Aunque la adrenalina puede administrarse por vía intravenosa, en situaciones hospitalaria extremas la vía intramuscular es segura y efectiva en la mayoría de los casos.

Respuesta: **3**

39. Hombre de 40 años sin antecedentes patológicos de interés, residente en una zona de interior de la península ibérica, que presentó cuadro de urticaria aguda por sensibilización a Anisakis simplex tras haber ingerido larvas vivas en unos boquerones en vinagre. El cuadro descrito le ocurrió hace más de 6 meses. Aporta prueba cutánea e IgE específica positiva frente a dicho parásito. En relación a la ingesta de pescados, ¿qué pauta de las que se indican a continuación debe seguir?:

1. Puede comer pescados y mariscos sin ningún tipo de precaución dado que han transcurrido más de 6 meses de la ingesta.
2. No puede ingerir ningún tipo de pescado.
3. Puede comer pescado cocinado a 45ºC.
4. Puede comer pescado previamente congelado a - 20ºC durante 72 horas en el domicilio o pescado congelado industrial.

Las formas de prevención de la ingesta de Anisakis son: asegurar un correcto cocinado (cocinar a más de 60 °C durante al menos 1 minuto, asegurando que el interior esté bien cocido) y congelando previamente (-20 °C por al menos 5 días (congeladores domésticos) y -35 °C por al menos 15 horas (congeladores industriales).

Respuesta: **4**

40. La medida adecuada para estimar el riesgo individual de enfermar es:

1. La incidencia acumulada.
2. La densidad de incidencia.
3. La prevalencia puntual.
4. El riesgo relativo.

Pregunta de respuesta directa. La incidencia acumulada es el número de casos nuevos de una enfermedad en un periodo de tiempo, entre la población susceptible de enfermar durante ese periodo, y tiene un interpretación individual ya que expresa la probabilidad o riesgo individual de enfermar durante ese periodo (respuesta 1 correcta). La densidad de incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en un periodo de tiempo, entre la suma de los tiempos en riesgo de cada individuo susceptible y se expresa como la velocidad de enfermar. La prevalencia es el número de casos de una enfermedad en un momento puntual (no en un periodo de tiempo) entre el total de personas susceptibles en ese momento. Por último, el riesgo relativo es la razón entre la incidencia de enfermedad en expuestos y la incidencia en no expuestos y se interpreta cómo el número de veces que es mayor el riesgo de que se produzca la enfermedad entre los expuestos.

Respuesta: **1**

41. Al finalizar el periodo de seguimiento en el estudio PREDIMET ("Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet"), el 3,8% de los individuos asignados a dieta mediterránea presentaron algún tipo de evento cardiovascular (infartos de miocardio, ictus o muertes de origen cardiovascular), frente al 4,4% de eventos ocurridos en el grupo control. ¿Cuál es el número necesario de pacientes a tratar (NNT) con dieta mediterránea para evitar un evento cardiovascular?:

1. 26.
2. 60.
3. 80.
4. 167.

El Número Necesario para Tratar (NNT) se calcula como el inverso de la reducción absoluta del riesgo o RAR, que se utiliza cuando el factor es protector, nos informa sobre el exceso de riesgo en individuos no expuestos y se calcula como la resta de la incidencia en no expuestos menos la incidencia en expuestos (IAne-IAe). En este caso, la incidencia en no expuestos es 4,4%, frente a la incidencia en expuestos que es 3,8%, por lo que el NNT = 1 / 4,4-3,8 = 166,6. Respuesta 4 correcta.

Respuesta: **4**

42. En evaluación económica de intervenciones sanitarias, un estudio que compare los costes alternativos de dos intervenciones frente a sus resultados de salud expresados en años ajustados por calidad o años de vida ajustados por discapacidad se denomina:

1. Análisis coste-beneficio.
2. Análisis coste-efectividad.

3. Análisis coste-utilidad.
4. Análisis de minimización de costes.

Pregunta repetida varias veces en el MIR. Los años de vida ajustados por calidad, los cuales están basados en aunar cantidad y calidad de vida se utilizan en los análisis de coste-utilidad, también los años de vida ajustados por discapacidad (respuesta 3 correcta). El análisis coste beneficio utiliza unidades monetarias como unidades de medida (respuesta 1 incorrecta), el análisis coste-efectividad mide los resultados en unidades físicas (años de vida ganados, muertes evitadas etc.) (respuesta 2 incorrecta). Por último, los análisis de minimización de costes utilizan como medida de resultado el resultado que quieran medir (respuesta 4 incorrecta).

Respuesta: **3**

43. Señala la opción INCORRECTA respecto a la enfermedad meningocócica:

1. El mecanismo de transmisión es por gotas.
2. Se dispone de vacunas efectivas únicamente para la prevención de 4 subtipos de meningococo.
3. La vacuna frente a meningococo tipo B está incluida en el calendario sistemático de inmunizaciones del Sistema Nacional de Salud.
4. Ante un contacto de riesgo con un paciente con meningitis meningocócica, la vacunación del contacto no debe ser la primera estrategia de profilaxis postexposición.

Existen vacunas conjugadas de polisacáridos (cepas A, C, Y, W, tetravalentes), vacunas recombinantes (cepa B) y vacunas conjugadas contra la A y la C. La vacuna frente al subtipo B está incluido en el calendario vacunal pediátrico. La transmisión es por gotas que provocan colonización nasofaríngea. La medida profiláctica más efectiva es la realizada con antibioterapia, prioritariamente con ciprofloxacino. La respuesta incorrecta es la 2.

Respuesta: **2**

44. Se diagnostica de varicela a un niño de 8 años. Su madre está embarazada de 32 semanas y se le solicita una serología en la que se observan anticuerpos de tipo IgG frente a varicela por debajo de los niveles protectores y niega haber padecido la enfermedad en el pasado. ¿Cuál es la actitud recomendada con la gestante sabiendo que han pasado 3 días desde el inicio de la exposición?

1. Administrar una dosis de la vacuna frente a varicela.
2. Forzar la terminación del embarazo para poder vacunarla.
3. Es tarde para plantear una estrategia de profilaxis post-exposición.
4. Administrar gammaglobulinas polivalentes o hiperinmunes.

Las Ig anti-VZV pueden utilizarse para la quimioprofilaxis tras una exposición establecida. Están indicados en lactantes inmunocomprometidos sin antecedentes de varicela ni vacunación previa contra la varicela, mujeres embarazadas expuestas, lactantes cuya madre comienza a desarrollar la varicela entre 5 días antes y 48 horas después del parto, lactantes prematuros hospitalizados (≤28 semanas de gestación) cuya madre no tiene antecedentes fiables de varicela ni serología con títulos protectores de anticuerpos anti-VZV, lactantes prematuros hospitalizados (<28 semanas de gestación o ≤1000 g de peso al nacer), independientemente de los antecedentes maternos de varicela o del estado serológico. Las inmunoglobulinas deben administrarse lo antes posible, dentro de las 96 horas siguientes a la exposición. Con todo esto, la correcta es la opción 4.

Respuesta: **4**

45. En un metaanálisis, el riesgo relativo estimado para la asociación causal entre el uso de mascarilla y la incidencia de SARS-CoV-2 fue de 0,47. ¿Cuál es la interpretación correcta de este resultado?:

1. La incidencia de SARS-CoV-2 se reduce un 47% cuando la población usa mascarilla.
2. No usar mascarilla aumenta un 53% el riesgo de infección por SARS-CoV-2.
3. El uso de mascarilla podría evitar 47 de cada 100 casos de SARS-CoV-2 que se dan en personas que no la usan.
4. La incidencia de SARS-CoV-2 en la población que no usa mascarilla se reduciría un 53% si la utilizara.

Pregunta algo enrevesada sobre la interpretación de medidas de asociación e impacto. Que el riesgo relativo (calculado como la incidencia acumulada en expuestos entre la incidencia acumulada en no expuestos, RR=IAe/IAne) sea 0,47 significa que el factor es protector y que la incidencia en expuestos (los que usan mascarilla) es 0,47 veces la incidencia en no expuestos o, lo que es lo mismo, que la incidencia en expuestos es 53% veces menor que en no expuestos (1-RR). Así, por ejemplo, si la incidencia en expuestos es 7%, en no expuestos será 14,9% (respuesta 1 incorrecta). No usar mascarilla aumenta el riesgo un 112% (de 47 a 100 o, en el ejemplo que hemos

puesto, aumentaría de 7% a 14,9%, o lo que es lo mismo un 7,9%, lo que supone un 112%), no un 53% (respuesta 2 incorrecta). Por último, como veíamos, la incidencia en expuestos es un 53% menor que la incidencia en los que no usan mascarilla (respuesta 4 correcta y definición de la reducción relativa del riesgo, que nos informa de la proporción de casos evitados por haber sido expuestos). Para calcular el número de casos que se evitarían usando mascarilla necesitaríamos la N total, ya que solo tenemos la proporción que evitamos (respuesta 3 incorrecta).

Respuesta: **4**

46. Hombre de 79 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, hiperuricemia y artrosis que acude a urgencias por presentar posible reacción adversa farmacológica. No refiere antecedentes alergológicos de interés. Después de una excursión en barco sin protección solar presenta un cuadro cutáneo agudo facial, principalmente en párpados superiores e inferiores, consistentes en eritema y edema intenso bilateral. El paciente estaba realizando tratamiento médico de forma habitual con hidroclorotiazida 25 mg, amlodipino 5 mg, atorvastatina 10 mg y apixaban 5 mg. ¿Cuál de los cuatro fármacos descritos es más probable que sea el responsable de una posible reacción de fotosensibilidad?

1. Hidroclorotiazida.
2. Amlodipino.
3. Atorvastatina.
4. Apixaban.

La pregunta describe un cuadro de fotosensibilidad en un paciente polimedicado. Las reacciones de fotosensibilidad se producen por la interacción a nivel de la piel entre la radiación ultravioleta y una sustancia exógena que actúa como cromóforo. La hidroclorotiazida (respuesta 1) es un diurético tiazídico, que figura entre los medicamentos que produce reacciones de fotosensibilidad con más frecuencia.

Respuesta: **1**

47. ¿Con cuál de estos fármacos administrados en monoterapia es necesario realizar un ecocardiograma antes de su inicio?:

1. Trastuzumab.
2. Tamoxifeno.
3. Paclitaxel.
4. Docetaxel.

El trastuzumab (opción 1) es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el receptor HER2 (receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2), ampliamente utilizado en el tratamiento del cáncer de mama HER2 positivo y, en menor medida, en algunos casos de cáncer gástrico avanzado. Su importancia clínica radica en que ha mejorado significativamente la supervivencia de pacientes con tumores HER2 positivos, pero su uso está asociado a un riesgo de cardiomiopatía inducida. Este fármaco causa disfunción del ventrículo izquierdo y, en algunos casos, insuficiencia cardíaca, debido a su impacto en las vías de señalización cardioprotec-toras mediadas por HER2 en los cardiomiocitos. A diferencia de la cardiotoxicidad inducida por antraciclinas, que es irreversible y dosis-dependiente, la cardiotoxicidad del trastuzumab es dosis-independiente y reversible en la mayoría de los casos si se suspende el tratamiento a tiempo. Por este motivo, las guías clínicas recomiendan realizar una evaluación ecocardiográfica basal de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) antes de iniciar el tratamiento y continuar con controles periódicos cada 3 meses durante la terapia para detectar precozmente una disfunción cardíaca subclínica y suspender el fármaco si la FEVI cae por debajo del 50% o disminuye más de un 10% respecto al valor basal.

Se descarta el tamoxifeno (opción 2), un modulador selectivo de los receptores de estrógeno (SERM) utilizado en el tratamiento del cáncer de mama con receptores hormonales positivos. Aunque el tamoxifeno se asocia con un riesgo cardiovascular aumentado, su mecanismo de toxicidad es distinto y se centra en la predisposición a eventos tromboembólicos (como trombosis venosa profunda o embolia pulmonar), sin afectar directamente la función contráctil del miocardio. No hay evidencia de que el tamoxifeno cause insuficiencia cardíaca.

También se descarta el paclitaxel (opción 3), un agente quimioterapéutico de la familia de los taxanos, que actúa estabilizando los microtúbulos e impidiendo la mitosis celular. Su toxicidad cardíaca es poco frecuente y se ha asociado principalmente con bradicardia, hipotensión y alteraciones en la conducción auriculoventricular. Sin embargo, estos efectos son transitorios y generalmente no progresan a insuficiencia cardíaca, por lo que no se justifica la evaluación ecocardiográfica basal antes de iniciar el tratamiento.

Por último, se descarta el docetaxel (opción 4), otro taxano estructuralmente similar al paclitaxel, con un mecanismo de acción similar. Aunque el docetaxel puede ocasionar efectos adversos cardiovasculares, estos son menos comunes e incluyen edema periférico, derrame pleural y eventos tromboembólicos, pero no suele generar disfunción miocárdica significativa. Su toxicidad cardíaca es mucho menos relevante en comparación con la del trastuzumab y las antraciclinas, por lo que tampoco se requiere una evaluación ecocardiográfica antes de su uso.

Respuesta: **1**

48. La inducción de secuencia rápida en la anestesia general es:

1. Método de inducción anestésica utilizado cuando existe riesgo de regurgitación gástrica y aspiración pulmonar.
2. Método de inducción anestésica realizado exclusivamente con halogenados.
3. Procedimiento anestésico que requiere la ventilación del paciente con presión positiva.
4. Método de inducción anestésica utilizado habitualmente para la realización del procedimiento quirúrgico programado.

La inducción de secuencia rápida en la anestesia general es un método utilizado para inducir la anestesia de manera rápida y segura, especialmente en pacientes que pueden tener un riesgo de aspiración o en situaciones de emergencia. Este enfoque implica la administración rápida de un anestésico intravenoso, seguido de un agente relajante muscular, lo que permite una intubación endotraqueal casi inmediata. La idea es minimizar el tiempo entre la pérdida de la conciencia y la protección de las vías respiratorias, asegurando así que el paciente esté adecuadamente anestesiado y protegido durante el procedimiento

Respuesta: **1**

49. Señale la actitud correcta ante un paciente en edad infantil que refiere antecedente de traumatismo facial no tratado hace 3 años y que presenta limitación progresiva de la apertura oral y desviación del mentón hacia un lado:

1. Debe descartarse la existencia de una fractura antigua tipo Lefort-1.
2. Debe realizarse un estudio mediante tomografía computarizada para descartar una displasia fibrosa.
3. Debe descartarse el diagnóstico de osteocondroma del cóndilo mandibular.
4. Debe descartarse el diagnóstico de anquilosis témporo-mandibular.

Pregunta sencilla sobre los traumatismos faciales. Sabemos que en el examen MIR las fracturas faciales suelen ir asociadas (en la mayoría de las veces que nos lo han preguntado) a fracturas de la mandíbula, concretamente a fracturas del cóndilo mandibular. En un paciente en el que nos cuentan antecedente de traumatismo facial no tratado, que progresivamente con el tiempo tiene dificultad para la apertura oral y desviación de la mandíbula hacia un lado. Por descarte, llegamos a la conclusión que con los antecedentes y la sintomatología el paciente tiene una anquilosis temporo-mandibular. La fractura de Le Fort I cursa con otra sintomatología y no afecta a la ATM. La displasia fibrosa se asocia a mujeres adolescentes y se asocia con deformidad y dolor; al igual que el osteocondroma, no tienen relación antecedente de traumatismo facial previo.

Respuesta: **4**

50. Respecto al colgajo DIEP (Deep inferior epigastric perforator), señale la respuesta INCORRECTA:

1. Se trata de un colgajo basado en vasos perforantes que puede ser usado como colgajo libre o como colgajo pediculado.
2. Está irrigado por ramas de la arteria circunfleja femoral lateral.
3. Puede utilizarse para reconstrucción mamaria.
4. Los vasos perforantes musculocutáneos atraviesan el músculo recto del abdomen antes de irrigar la piel del colgajo.

Tal y como dice el enunciado: el origen de las arterias perforantes es la arteria epigástrica inferior profunda, no la arteria circunfleja femoral lateral (que debes recordar por ser la arteria en cuya rama descendente se basa el colgajo ALT - anterolateral del muslo-).

Respuesta: **2**

51. ¿Cuál de los siguientes escenarios podría suponer una contraindicación para el uso de un injerto de piel parcial como cobertura de un defecto cutáneo?:

1. Cuando el defecto cutáneo abarca una gran superficie corporal.
2. En un paciente con comorbilidades médicas significativas.
3. Cuando hay un tendón sin paratendón en la base de la herida.
4. Cuando hay una infección activa en el lecho de la herida.

Impugnable. Sin embargo no se anuló. Tanto las infecciones activas como un tendón sin paratenon, un cartilago sin pericondrio o un hueso sin periostio, son contraindicaciones absolutas para un injerto de piel. Se dio por correcta la 3.

Respuesta: **3**

52. Un enfermo diabético de reciente diagnóstico acude a revisión oftalmológica. A las pocas horas vuelve con un cuadro bilateral de edema y eritema palpebral, quemosis, hiperemia conjuntival, lagrimeo y picor. Su actitud debe ser:

1. Solicitar una analítica con glucemia, hemoglobina glicosilada y velocidad de sedimentación globular.
2. Prescribir un colirio antihistamínico o corticoide de baja potencia.
3. Realizar una OCT (tomografía de coherencia óptica) para descartar la existencia de un edema macular diabético.
4. Realizar una gonioscopia para descartar la presencia de neovasos en el ángulo camerular.

En un paciente con diagnóstico reciente de diabetes mellitus que acude a consulta oftalmológica y pocas horas después presenta un cuadro bilateral caracterizado por edema y eritema palpebral, quemosis, hiperemia conjuntival, lagrimeo y prurito ocular, el enfoque clínico debe priorizar el reconocimiento de una probable reacción de hipersensibilidad aguda tipo I, muy posiblemente desencadenada por el uso de un colirio empleado durante el examen ocular, como midriáticos (tropicamida, fenilefrina) o sustancias de contraste como la fluoresceína, conocidas por su potencial alergénico. El inicio inmediato tras la exploración oftalmológica, la bilateralidad, y la ausencia de fiebre, secreción purulenta o afectación visual significativa hacen improbable un proceso infeccioso o inflamatorio intraocular grave, y en cambio apuntan hacia una conjuntivitis alérgica aguda inducida iatrogénicamente. En este contexto, la actitud terapéutica más adecuada consiste en la prescripción de un colirio antihistamínico tópico o un corticoide de baja potencia, como fluorometolona o loteprednol, con objeto de reducir el componente inflamatorio mediado por mastocitos y eosinófilos, aliviar el prurito y resolver rápidamente la sintomatología sin inducir efectos adversos asociados a corticoides más potentes. Por tanto, la opción 2 es la correcta, dado que se dirige a tratar eficazmente el mecanismo fisiopatológico predominante y de forma específica.

En cuanto a la opción 1, aunque la medición de glucemia y hemoglobina glicosilada es parte del manejo global del paciente diabético, su utilidad en este momento agudo es escasa, pues no tiene implicaciones terapéuticas inmediatas sobre el proceso alérgico en curso, ni justifica la urgencia ni gravedad del cuadro clínico. Del mismo modo, la velocidad de sedimentación globular no aporta valor diagnóstico frente a un cuadro que claramente no es sistémico ni subagudo.

La opción 3 propone una OCT para evaluar edema macular diabético, pero esta complicación aparece en fases más avanzadas o crónicas de la retinopatía diabética y, de hecho, suele ser unilateral en su inicio, mientras que el cuadro actual es bilateral, brusco y afecta estructuras superficiales, no la mácula ni la retina. Además, el edema macular diabético no produce prurito ni signos de inflamación conjuntival o palpebral.

Por su parte, la opción 4 plantea realizar una gonioscopia para detectar neovascularización en el ángulo camerular, hallazgo asociado a retinopatía diabética proliferativa severa y crónica con isquemia retiniana extensa, lo cual es altamente improbable en un paciente recién diagnosticado de diabetes. Además, la neovascularización del ángulo no produce quemosis ni eritema palpebral. Por tanto, ni la OCT ni la gonioscopia tienen valor inmediato en este contexto agudo de hipersensibilidad. La prescripción de tratamiento sintomático tópico, como se sugiere en la opción 2, es la única que responde adecuadamente a la etiopatogenia del cuadro clínico descrito.

Respuesta: 2

53. En relación al tratamiento quirúrgico de las cataratas, señale cuál de los siguientes enunciados es correcto:

1. El empeoramiento de la visión cercana está inducido por la catarata y se denomina miopía de índice.
2. La cirugía de cristalino disminuye el riesgo de desprendimiento de retina en los pacientes miopes jóvenes.
3. Las cataratas se operan cuando la agudeza visual está muy disminuida sin tener en cuenta otros síntomas o signos.
4. Los fármacos alfa bloqueantes como la tamsulosina asocian complicaciones intraoperatorias.

La opción correcta es la número 4: Los fármacos alfa bloqueantes como la tamsulosina asocian complicaciones intraoperatorias, lo cual está plenamente respaldado por la evidencia clínica acumulada en las últimas dos décadas y se relaciona con el síndrome de iris flácido intraoperatorio (IFIS, por sus siglas en inglés). Este síndrome fue descrito por primera vez en 2005 como una triada intraoperatoria compuesta por flaccidez del iris con oscilación y prolapso del mismo hacia las incisiones quirúrgicas, además de una miosis progresiva intraoperatoria a pesar de una midriasis preoperatoria adecuada. La tamsulosina, un antagonista selectivo de los receptores alfa-1A adrenérgicos usado ampliamente para el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata, tiene una alta afinidad por los receptores del músculo dilatador del iris, lo que conduce a su atrofia funcional y estructural, alterando la estabilidad del iris durante la facoemulsificación. Este fenómeno no se revierte completamente con la suspensión del fármaco antes de la cirugía, dado que los efectos sobre el músculo dilatador pueden ser prolongados e incluso irreversibles. Reconocer la historia de uso de tamsulosina o fármacos similares es fundamental para planificar adecuadamente la intervención quirúrgica, empleando dispositivos como anillos de expansión pupilar o viscoelásticos específicos para prevenir complicaciones como rotura capsular, pérdida vítrea o desplazamiento del núcleo.

Por otro lado, la opción 1 es incorrecta, ya que aunque es cierto que algunas cataratas nucleares pueden inducir un cambio refractivo hacia la miopía —conocida como miopía de índice debido al aumento del índice de refracción del cristalino esclerótico—, esto generalmente conlleva

una mejoría paradójica de la visión cercana, no un empeoramiento, especialmente en pacientes présbitas que recuperan la capacidad de leer sin gafas, lo cual contradice directamente el enunciado de la opción.

La opción 2 también es falsa, ya que la cirugía de catarata, particularmente en pacientes miopes jóvenes con globos oculares largos y vítreo más líquido, aumenta el riesgo de desprendimiento de retina, especialmente si existen alteraciones periféricas como degeneración lattice o si se producen complicaciones quirúrgicas como rotura de cápsula posterior. En estos pacientes, la tracción vítrea inducida por la facoemulsificación o por la remoción del núcleo puede desestabilizar la retina.

En cuanto a la opción 3, es incorrecta tanto desde un punto de vista clínico como desde las recomendaciones actuales de práctica oftalmológica: la indicación quirúrgica de una catarata no se basa exclusivamente en la agudeza visual, sino que debe contemplar también la afectación funcional del paciente, es decir, cómo interfiere la pérdida visual en sus actividades cotidianas (lectura, conducción, movilidad), así como el grado de opacidad lenticular observado, la presencia de disfotopsias, diplopía monocular y otros síntomas visuales subjetivos. Por tanto, es incorrecto afirmar que sólo la disminución de la agudeza visual guía la decisión quirúrgica. Así, la única afirmación correcta y clínicamente relevante es la opción 4, que destaca una interacción farmacológica crucial con implicaciones intraoperatorias significativas.

Respuesta: **4**

54. Hombre de 72 años exfumador, acude a consulta por visión borrosa y dificultad para leer, especialmente en el ojo derecho, situación que ha progresado lentamente en los últimos seis meses. En la exploración del segmento anterior no se encuentran alteraciones clínicamente relevantes. En el ojo derecho se observan múltiples drusas en la región macular (una de tamaño grande) y alteraciones pigmentarias. En la tomografía de coherencia óptica se muestra un adelgazamiento del epitelio pigmentario de la retina y áreas de acumulación de material subretiniano en la mácula del ojo derecho. ¿Cuál es el manejo inicial indicado para este paciente?:

1. Iniciar tratamiento con implante intravítreo de dexametasona.
2. Recomendar el uso de suplementos vitamínicos específicos.
3. Indicar de forma preferente cirugía de catarata con implante de lente intraocular.
4. Iniciar tratamiento con inyecciones intravítreas de anti-VEGF (factor de crecimiento endotelial vascular).

Nos describen un paciente varón de 72 años, exfumador, con clínica de disminución progresiva de agudeza visual central en un ojo, hallazgos fundoscópicos de drusas maculares (incluida al menos una de gran tamaño), alteraciones pigmentarias del epitelio pigmentario de la retina (EPR), y evidencia en la tomografía de coherencia óptica (OCT) de adelgazamiento del EPR con acumulación subretiniana de material. En el MIR, el hallazgo de drusas lo tenemos que identificar inmediatamente con degeneración macular asociada a la edad (DMAE). En este caso, la pérdida de visión es progresiva, y no brusca, lo que, unido a la falta de sangrado en la mácula, nos indica que la DMAE se presenta en su forma seca (atrófica). En este estadio, el manejo inicial recomendado, con base en la evidencia científica disponible, es el uso de suplementos vitamínicos antioxidantes específicos (AREDS-2), como correctamente sugiere la opción 2. Estos suplementos, que contienen luteína, zeaxantina, vitamina C, vitamina E, zinc y cobre, han demostrado en los estudios AREDS (Age-Related Eye Disease Study) y AREDS2 una reducción del riesgo de progresión hacia la DMAE avanzada (atrofia geográfica o neovascularización coroidea) en pacientes con drusas grandes o alteraciones pigmentarias bilaterales. Si bien no revierten el daño ya establecido ni mejoran la agudeza visual de forma directa, constituyen una intervención preventiva con nivel de evidencia grado A en pacientes con formas intermedias de DMAE.

La opción 1, que plantea el uso de implantes intravítreos de dexametasona, está indicada en casos de edema macular diabético, pero no en la DMAE seca, donde no existe un componente inflamatorio agudo ni edema que justifique su uso, además de los riesgos asociados como hipertensión ocular o catarata inducida.

La opción 3 propone cirugía de catarata, pero en este paciente no se observan alteraciones en el segmento anterior que sugieran opacidad cristaliniana significativa; de hecho, atribuir el deterioro visual a cataratas sería erróneo en ausencia de hallazgos exploratorios compatibles, y operar una catarata transparente sin indicación clara no solo es innecesario, sino que puede aumentar el riesgo de progresión de la DMAE.

Por último, la opción 4, que indica tratamiento con anti-VEGF, sería apropiada en presencia de neovascularización coroidea (DMAE húmeda o exudativa), que se caracteriza por desprendimiento del epitelio pigmentario, fluido subretiniano o intrarretiniano y hemorragia retiniana en la OCT, hallazgos que no están presentes en este caso. La acumulación de material subretiniano en este paciente probablemente corresponde a depósitos drusenoides, no exudación activa. Por tanto, en ausencia de signos de actividad neovascular, el tratamiento antiangiogénico no está indicado.

Respuesta: **2**

55. Hombre de 26 años que presenta otorrea unilateral derecha de una semana de evolución desde su regreso de vacaciones en la playa donde una ola le arrolló provocando inmersión. Refiere haber sido tratado en la infancia con colocación de drenajes transtimpánicos bilaterales y ha evitado la entrada de agua en los

oídos desde entonces. No presenta dolor, pero sí molestias y leve hipoacusia. Tampoco tiene vértigo, pero sí sensación de taponamiento ótico. En la otoscopia se evidencia una perforación timpánica central de bordes lisos y otorrea que proviene de oído medio. ¿Cuáles son el diagnóstico y tratamiento del paciente?:

1. Reactivación de una otitis media crónica simple que será tratada con ciprofloxacino en gotas óticas y remitir a Otorrinolaringología.
2. Otitis media aguda que precisa tratamiento con gentamicina en gotas óticas y revisión otoscópica pasada una semana.
3. Otitis media crónica colesteatomatosa que será tratada con gentamicina en gotas óticas y remitir a Otorrinolaringología.
4. Otitis externa aguda complicada que precisa tratamiento con ciprofloxacino en gotas óticas y revisión otoscópica pasada una semana.

Pregunta de dificultad moderada sobre la otitis media crónica. En el caso clínico nos hablan de un paciente que acude por otorrea sin dolor tras la entrada de humedad en el oído. Tiene un antecedente importante de colocación de drenajes transtimpánicos en la infancia, seguramente por otitis medias de repetición y desde entonces ha evitado la entrada de agua (nos quiere decir que probablemente tenga ambos tímpanos perforados). En la exploración física se confirma una perforación central. Las opciones son fácilmente descartables: La 2 nos habla de una otitis media que se encontraría en fase supurada (además sin ser la clínica típica); si el diagnóstico fuera la OMA deberíamos tratar con antibiótico oral y con gotas tópicas de ciprofloxacino (no es recomendable tratar con gentamicina, la cual es ototóxica y vestibulotóxica, un oído perforado). La 3 nos habla de colesteatoma y no hablan de escamas perladas en la otoscopia típicas del mismo. Una otitis externa nos la contarían con otalgia y con signo del trago positivo. La respuesta correcta es una reagudización de una otitis media crónica simple y debemos tratar con ciprofloxacino tópico.

Respuesta: **1**

56. Hombre de 40 años que acude a urgencias por presentar un cuadro de mareo con giro de objetos acompañado de náuseas, vómitos, palidez y sudoración de varias horas de evolución. Nunca había presentado un cuadro similar. No refiere hipoacusia ni acúfeno ni sensación de taponamiento. La otoscopia es normal. Se observa un nistagmo horizonto-rotatorio hacia el lado derecho grado III que aumenta la velocidad cuando dirige la mirada a la derecha, maniobra oculocefálica positiva izquierda, test de Skew y el test de Romberg positivo a la izquierda. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Infarto cerebral.
2. Neuritis vestibular.
3. Enfermedad de Meniére.
4. Vértigo posicional paroxístico benigno.

Pregunta sencilla que terminó anulándose porque el ministerio quiso complicarla de una forma incorrecta. Nos encontramos ante un síndrome vestibular agudo de horas de duración que cumple todas las características congruentes de una neuritis vestibular izquierda: nistagmo horizontorrotatorio (derecho) que aumenta de velocidad con la mirada hacia la derecha (fase rápida), maniobra oculocefálica positiva a la izquierda, Romberg izquierdo, otoscopia normal, sin acúfeno o hipoacusia asociada. Nos quieren despistar con algo que no tiene sentido que es describir el skew test como positivo "a la izquierda". El skew test valora una desviación en el plano vertical de la mirada al realizar una oclusión alternante de los ojos (cover test), si el test es positivo, implicaría sospecha de patología de origen central con alta probabilidad, pero un skew test positivo a la izquierda no dice nada. Deberíamos de igual modo con todos los datos clínicos, haber marcado la neuritis vestibular.

Respuesta: **Anulada**

57. Mujer de 54 años consulta por hipoacusia unilateral derecha de horas de evolución que se ha presentado de manera brusca. Presentó un cuadro viral de vía aerodigestiva superior hace unos días. Sin antecedentes de interés, no presenta vértigo ni sensación de taponamiento ótico ni acúfeno. No refiere dolor ni presenta parálisis facial. La otoscopia es normal. En la acumetría la prueba Rinne es positiva bilateral y la pruebas Weber lateraliza al lado izquierdo. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica y el manejo?:

1. Hipoacusia súbita, se solicitará una tomografía computerizada craneal urgente.
2. Hipoacusia de conducción por otitis media serosa, se tratará con lavados nasales y esteroides tópicos nasales.
3. Hipoacusia súbita, precisa audiometría tonal urgente y se tratará con corticoterapia sistémica y/o intratimpánica.
4. Síndrome de Ramsay-Hunt se tratará con corticoterapia más valaciclovir.

Pregunta sencilla sobre la perdida súbita de audición. Hipoacusia de horas de evolución en paciente con antecedente de infección viral con otoscopia NORMAL sin otra sintomatología asociada (descartamos la opción 4, no parálisis facial no lesiones en CAE). Nos dan, además, una acumetría en la que describen una hipoacusia neurosensorial (descartamos la opción 2). Entre la 1 y la 3, necesitamos una audiometría tonal urgente para su diagnóstico (respuesta correcta 3) y el tratamiento ante la sospecha de hipoacusia súbita requiere iniciar cuanto antes cortico-

terapia. La prueba indicada para evaluar el CAI sería una RM, no un TAC.

Respuesta: **3**

58. Mujer que acude a ecografía de rutina de segundo trimestre a las 22 semanas de gestación. Las biometrías corresponden a un feto de 19 semanas. ¿Cuál es el siguiente paso para orientar el caso?:

1. Valorar estudio genético teniendo en cuenta el riesgo de anomalía cromosómica en primer trimestre.
2. Valorar si la gestación está correctamente datada según la longitud craneocaudal fetal de la ecografía del primer trimestre.
3. Repetir ecografía para nuevas biometrías en 2 semanas.
4. Estudio para descartar preeclampsia.

Cuando existe una discordancia entre la biometría fetal esperada por la edad gestacional y la que presenta el feto, el primer paso es asegurarnos de que la gestación está correctamente datada. El método más exacto para datar la gestación es la medición de la longitud cráneo-caudal en el primer trimestre. Si no disponemos de esta medición, la datación se realiza con el DBP en el segundo trimestre. Una vez confirmada la correcta datación de la gestación, si existe un retraso de crecimiento, el estudio irá orientado a causas genéticas y/o infecciosas en retrasos precoces y a una insuficiencia placentaria en casos más tardíos. Una vez filiado el origen se establecerá el protocolo de seguimiento con biometrías periódicas para monitorizar el crecimiento fetal.

Respuesta: **2**

59. ¿Cuál de los siguientes métodos anticonceptivos es el más adecuado para una mujer de 35 años con migraña con aura?:

1. Anticonceptivos orales combinados.
2. Parche anticonceptivo.
3. Anticonceptivo inyectable con estrógeno y progestágeno.
4. Dispositivo intrauterino (DIU) con levonorgestrel.

Pregunta difícil por su especificidad pero que puede contestarse con técnica de examen. Los criterios de elegibilidad de la OMS son una guía para la correcta elección y uso de los métodos anticonceptivos en variadas condiciones de salud. Se clasifican del 1 (ausencia de contraindicaciones para su uso) hasta el 4 (contraindicación absoluta). En este caso la migraña con aura es categoría 4 para el uso de anticonceptivos combinados. Aunque no supiéramos la respuesta, las tres primeras opciones nos plantean anticonceptivos que llevan estrógenos y progesterona, siendo la opción 4 la única que no lleva estrógeno y, por tanto, la opción adecuada para la paciente del caso clínico.

Respuesta: **4**

60. Mujer con gestación monocorial biamniótica de 22 semanas que acude a urgencias por dinámica uterina ocasional. En la ecografía se observa feto 1 con peso estimado en el percentil 80 y columna máxima vertical de líquido amniótico de 11 cm, vejiga urinaria distendida y aumentada de tamaño y feto 2 con un peso en el percentil 25 con una columna máxima de líquido amniótico de 0,5 cm y vejiga urinaria no visible. Exploración vaginal anodina. La longitud cervical es de 36 mm. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Trasfusión feto-fetal.
2. Discordancia de crecimiento fetal con crecimiento fetal restringido selectivo del feto 2.
3. Rotura prematura de membranas de feto 2.
4. Malformación renal feto 2.

Pregunta fácil. La complicación más característica de los embarazos monocoriales es el síndrome de trasfusión feto-fetal. Por las anastomosis vasculares placentarias se produce un reparto desigual de la misma dando lugar a un feto "donante" de menor tamaño, con oligohidramnios y vejiga de menor tamaño y un feto "receptor" de mayor tamaño, con polihidramnios y hallazgos secundarios a la hipervolemia.

Respuesta: **1**

61. Puérpera de parto eutócico sin complicaciones hace 4 días que acude a urgencias por cefalea de 12 horas de evolución y edemas maleolares. A la exploración presenta cifras tensionales de 165/100 mmHg en dos ocasiones y en la analítica se observa una cifra de plaquetas de 254.000/µL, AST 172 UI/L, ALT 154 UI/L y LDH 345 UI/L, creatinina 0,9 mg/dL y cociente prot/creat 235 mg/g. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas forma parte de la primera línea de tratamiento inmediato?

1. Sulfato de magnesio vía endovenosa.
2. Labetalol vía oral.

3. Corticoides a dosis altas.
4. Diuréticos vía endovenosa.

Pregunta difícil. Se trata de una preeclampsia puerperal con criterios de gravedad. Aunque no es frecuente, los trastornos hipertensivos del embarazo pueden debutar en el puerperio. En este caso, la paciente presenta hipertensión y disfunción renal (cociente proteínas/creatinina patológico) y neurológica (cefalea). Por lo tanto, ya podemos establecer el diagnóstico de preeclampsia. La cifra de TAS > 160, la cefalea y la elevación de transaminasas constituyen 3 criterios de gravedad. En una preeclampsia grave, además de controlar las cifras tensionales, debemos administrar sulfato de magnesio como profilaxis de las convulsiones.

Respuesta: **1**

62. ¿Cuál es la vía de diseminación más frecuente y característica del cáncer de ovario en el momento del diagnóstico?:

1. Vía linfática.
2. Vía hematógena.
3. Infiltración por contigüidad.
4. Diseminación peritoneal.

La vía de diseminación más característica del cáncer de ovario es la peritoneal. Estos tumores también pueden infiltrar estructuras vecinas y tener diseminación linfática. La diseminación hematógena es más característica de otras neoplasias como los sarcomas.

Respuesta: **4**

63. ¿Cuál de las siguientes es una de las características que condiciona de modo crucial e independiente la elección del tratamiento adyuvante del cáncer de endometrio?:

1. Tamaño tumoral.
2. Perfil molecular del tumor.
3. Presencia de células tumorales aisladas en los ganglios linfáticos.
4. Presencia de metrorragia.

Primera pregunta en el examen MIR sobre la clasificación molecular del cáncer de endometrio. Esta clasificación informa tanto del pronóstico del tumor como de la indicación de diferentes tratamientos primarios y adyuvantes. El resto de opciones (tamaño tumoral, presencia de células tumorales aisladas en los ganglios y metrorragia) no son factores pronósticos de la enfermedad y, por lo tanto, no condicionan la elección del tratamiento adyuvante.

Respuesta: **2**

64. Niña de 13 años con desaceleración en el crecimiento en el último año. En la exploración detectamos un bocio con tiroides aumentado de tamaño de forma difusa, firme y no doloroso a la palpación. La madre de la niña comenta que en su adolescencia ella había tenido una enfermedad del tiroides de la que se recuperó espontáneamente. De las siguientes pruebas complementarias, ¿qué considera indicado realizar en primer lugar?:

1. Biopsia percutánea.
2. Ecografía tiroidea.
3. Gammagrafía tiroidea.
4. TSH, T4 libre, anticuerpos antiperoxidasa tiroidea y anticuerpos antitiroglobulina.

En el caso de una niña de 13 años con desaceleración del crecimiento y la presencia de un bocio difusamente agrandado, firme y no doloroso, la prueba complementaria más apropiada para realizar primero es la medición del nivel de tirotropina sérica (TSH) (OPCIÓN 4 CORRECTA). La Asociación Americana de Tiroides (American Thyroid Association) recomienda que la medición de TSH sea el primer paso en la evaluación inicial de un paciente con un nódulo tiroideo o bocio. La TSH es el mejor indicador para evaluar la función tiroidea y puede ayudar a diferenciar entre hipotiroidismo, hipertiroidismo y otras disfunciones tiroideas. Si los niveles de TSH son anormales, se pueden realizar pruebas adicionales, como la medición de tiroxina libre (T4 libre) y triyodotironina libre (T3 libre), así como la evaluación de anticuerpos antitiroideos para determinar la presencia de enfermedades autoinmunes, como la tiroiditis de Hashimoto. En resumen, la medición de TSH es la prueba inicial más adecuada para evaluar la función tiroidea en esta paciente.

Respuesta: **4**

65. Niña de 10 meses, correctamente vacunada para su edad, tiene fiebre alta, fotofobia y tos. Tras 4 días de fiebre se aprecian unas manchas blancas, como un espolvoreado de harina en mucosa malar a nivel del 2º molar. Al día siguiente de detectarse estas manchas, todavía con fiebre y tos, se detecta un exantema eritematoso, maculo-papuloso morbiliforme, con tendencia a la confluencia en algunas zonas, de aparición craneocaudal. La fiebre persiste hasta 3

días más. Al 5º día de iniciar el exantema el niño se encuentra afebril pero inicia en la piel una fase de descamación fina, furfurácea. El diagnóstico clínico más probable es:

1. Sarampión.
2. Rubeola.
3. Varicela.
4. Escarlatina.

Caso clínico en el que no sólo nos dan los datos clínicos habituales, sino también un dato patognomónico preguntado de manera reiterada en el MIR: las manchas de Koplik dentro de la mucosa oral que preceden al exantema del sarampión (respuesta correcta 1).

Respuesta: 1

66. **El síndrome de Guillain-Barré es considerado una polineuropatía postinfecciosa que presenta todas las características siguientes, EXCEPTO una:**

1. Existe hiperreflexia tendinosa en las extremidades que manifiestan debilidad.
2. Es predominantemente un trastorno motor, aunque puede haber síntomas sensitivos.
3. En el líquido cefalorraquídeo las proteínas están elevadas, sin pleocitosis y con glucorraquia normal.
4. El tratamiento con inmunoglobulina intravenosa acelera la recuperación, pero no modifica la evolución a largo plazo.

Concepto reiteradamente repetido en el MIR que no se puede fallar: en el síndrome de Guillain-Barré tenemos afectación predominantemente motora, aunque puede haber síntomas sensitivos (respuesta 2 verdadera), existe disociación albúmino-citológica (proteínas altas con células normales) (respuesta 3 verdadera) y el tratamiento con inmunoglobulina intravenosa acelera la recuperación pero no modifica la evolución a largo plazo (respuesta 4 verdadera). Lo que es falso, y por tanto, correcto, es que exista hiperreflexia (respuesta 1 correcta). Los reflejos en pacientes con síndrome de Guillain-Barré casi siempre están abolidos.

Respuesta: 1

67. **Un lactante de 6 meses acude a urgencias por presentar vómitos y diarrea en las últimas 12 horas. Su peso es de 6 kg. Hace 24 horas su peso era de 6,5 kg. Presenta frecuencia cardíaca 140 lpm, frecuencia respiratoria 30 rpm, presión arterial 90/40 mmHg. En la gasometría venosa se observa pH 7,25, pCO2 33 mmHg, pO2 45 mmHg, bicarbonato 17 mmol/L, exceso de bases -7, lactato 2,5 mmol/L. El sodio es 143 mmol/L. ¿Cuál es su situación en el equilibrio ácido base?:**

1. Acidosis metabólica sin compensar respiratoriamente.
2. Acidosis metabólica parcialmente compensada respiratoriamente.
3. Acidosis respiratoria parcialmente compensada metabólicamente.
4. Alcalosis respiratoria compensada metabólicamente.

Para analizar el equilibrio ácido-base del lactante, seguimos estos pasos: Lo primero de todo es determinar el trastorno primario: el pH de 7,25 indica acidosis. El bicarbonato de 17 mmol/L, está disminuido, lo sugiere una acidosis metabólica. Por otro lado, la pCO2 está en 33 mmHg, disminuida, lo que sugiere compensación respiratoria.

Por tanto, nos encontramos ante una acidosis metabólica. En una acidosis metabólica, la respuesta compensatoria esperada es una hiperventilación, que va reducir la pCO2. Por tanto la respuesta correcta es una acidosis parcialmente compensada respiratoriamente.

Respuesta: 2

68. **Avisan de paritorio por parto a término. Se explora a recién nacida, sin esfuerzo de llanto, flácida y cianótica. Se seca y estimula y ante la ausencia de inicio de llanto se traslada a cuna térmica. Inicia llanto intenso y eficaz a los 30 segundos de vida, donde ya se podía observar recuperación del tono de forma completa con movimiento activo, frecuencia cardíaca por encima de 100 lpm y estornudo tras aspiración de secreciones faríngeas espesas. Sin embargo, persiste cianosis generalizada hasta 1 minuto y 20 segundos de vida a partir del cual presenta solamente acrocianosis. A los 4 minutos de vida inicia dificultad respiratoria (esfuerzo respiratorio irregular) consistente en polipnea, tiraje subcostal e intercostal leve-moderado, leve aleteo nasal y quejido espiratorio (con frecuencia cardíaca por encima de 100 lpm, movimiento activo, recuperación completa del color con coloración completamente rosada y reflejos de tos y estornudo), que se resuelve tras colocar presión positiva durante 2 minutos. ¿Qué puntuación de Apgar tiene esta recién nacida?**

1. 4/8
2. 8/9
3. 9/9
4. 9/10

Pregunta complicada por la manera de plantearse y porque requiere manejar el test de Apgar. La principal dificultad estriba en recordar que el Apgar se mide "en el primer minuto" no al nacimiento. Así, tras la estimulación inicial, el único dato de persistencia patológica es la coloración, donde cianosis generalizada = 0 puntos, con todos los puntos restantes FC (>100 lpm = 2), tono recuperado (2 puntos), respuesta a estímulos (2 puntos) y ausencia de alteración respiratoria (2 puntos, total 8 puntos). En el quinto minuto recupera coloración (2 puntos) y mantiene sin cambio el resto de apartados, salvo por alteración respiratoria moderada (1 punto; total 9 puntos).

Respuesta: **2**

69. **Respecto a las medidas a tomar ante un niño diagnosticado de tos ferina, en relación a sus contactos, indique la respuesta INCORRECTA:**

1. Tratar con antibióticos a toda la familia, independientemente de la edad, estado de inmunización y sintomatología.
2. Tratar con antibióticos a todo el personal sanitario que ha atendido al niño independientemente de la edad, estado de inmunización y sintomatología.
3. Vacunar a los adultos convivientes, aunque hayan padecido la enfermedad ya que la inmunidad no dura toda la vida.
4. Aislar al paciente al menos 5 días después de iniciar el tratamiento.

Pregunta sobre un concepto repetido: la profilaxis de la tos ferina. La única medida indicada es el tratamiento con antibiótico a familiares y contactos estrechos (opción 1), no estando indicado el tratamiento a los profesionales sanitarios (opción 2 verdadera). La opción 3 es dudosa, dado que si han pasado menos de 10 años desde la última dosis podrían no vacunarse. Los pacientes tienen que estar aislados al menos 5 días desde el inicio del antibiótico.

Respuesta: **2**

70. **Indique la respuesta FALSA respecto a la invaginación intestinal en pediatría:**

1. La mayoría de los casos de invaginación en niños se deben a adherencias congénitas.
2. La incidencia estacional alcanza picos en otoño e invierno.
3. Se ha apreciado una correlación con infección respiratoria previa o concurrente por adenovirus (tipo C).
4. Se ha observado un aumento ligero de la invaginación en las tres semanas posteriores a la vacuna de rotavirus (sobre todo tras la primera dosis).

Pregunta sencilla sobre la etiología de la invaginación: el 90% aproximadamente son idiopáticas, aunque se han relacionado con distintos procesos, siendo muy típicas las infecciones respiratorias o la vacunación del rotavirus.

Respuesta: **1**

71. **Todas las siguientes pueden ser manifestaciones tardías de sífilis congénita, habitualmente no evidentes clínicamente en los 2 primeros años de vida. Indique la manifestación que NO es habitual en esta patología:**

1. Dientes de Hutchinson.
2. Nariz en silla de montar.
3. Queratitis intersticial.
4. Cardiopatía congénita.

Pregunta relativamente sencilla, cuya única "trampa" es recordar que si bien las cardiopatías son frecuentes en otras TORCH, no es el caso de la sífilis. El resto sí que son manifestaciones típicas de la sífilis tardía.

Respuesta: **4**

72. **Mujer de 35 años que hace dos días sufrió un accidente de coche sin apenas consecuencias físicas acude a su médica de atención primaria, por insomnio con pesadillas, expresa también recuerdos vívidos de detalles del accidente y síntomas de hiperactivación. El diagnóstico más probable es:**

1. Reacción aguda de estrés.
2. Reacción adaptativa depresiva.
3. Trastorno de estrés postraumático.
4. Trastorno de ansiedad generalizada.

La reacción aguda al estrés se caracteriza por la aparición de síntomas similares a los del trastorno de estrés postraumático (TEPT) pero que ocurren dentro de los primeros días a semanas después del evento traumático. Los síntomas incluyen reexperimentación del evento traumático, evitación, alteraciones del estado de ánimo e hipervigilancia, como se observa en esta paciente. La diferencia principal con el TEPT es fundamentalmente la duración de los síntomas, dado que el TEPT se diagnostica cuando los sín-

tomas persisten durante más de un mes. La reacción de ajuste depresivo y el trastorno de ansiedad generalizada no se ajustan a la presentación clínica de la paciente, ya que sus síntomas están claramente relacionados con un evento traumático reciente y no con un patrón generalizado de ansiedad o una respuesta adaptativa a un estresor.

Respuesta: **1**

73. Los mecanismos de defensa que con mayor frecuencia se presentan en el trastorno delirante son los siguientes, EXCEPTO:

1. Proyección.
2. Negación.
3. Formación reactiva.
4. Regresión.

Un mecanismo de defensa es una estrategia psicológica inconsciente utilizada por los individuos para protegerse de la ansiedad y mantener la integridad del ego frente a conflictos internos o externos. Permiten a las personas manejar pensamientos, emociones y deseos que son inaceptables o difíciles de enfrentar directamente. Existen diferentes mecanismos de defensa, que pueden clasificarse en diferentes modelos de madurez, según la evolución psicológica del individuo. En el trastorno delirante, los mecanismos de defensa más frecuentemente presentes incluyen la proyección (atribuir los propios pensamientos o sentimientos inaceptables a otros, típico en delirios paranoides) y la negación (rechazar la realidad de ciertos hechos o experiencias, con la construcción del delirio para salvar esa situación). La formación reactiva sería la adopción de actitudes y comportamientos opuestos a los verdaderos deseos o sentimientos. Se observa más comúnmente en trastornos obsesivo-compulsivos o en personas con conflictos morales profundos, pero podría estar presente en personas con trastorno delirante porque pueden adoptar inconscientemente actitudes opuestas a sus sentimientos para sostener las creencias delirantes. La regresión implica un retorno a patrones de comportamiento más infantiles o primitivos y es común en trastornos de ansiedad, trastornos disociativos y en algunas personalidades histriónicas, pero no es un mecanismo predominante en el trastorno delirante.

Respuesta: **4**

74. Sobre los factores de mal pronóstico en la esquizofrenia, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Inicio en edad temprana.
2. Presencia de síntomas negativos.
3. Presentación clínica aguda.
4. Antecedentes de agresividad.

En relación con los factores de mal pronóstico en esquizofrenia, un inicio en edad temprana se asocia con un peor pronóstico, ya que suele implicar un mayor deterioro cognitivo y funcional. La presencia de síntomas negativos, como apatía, anhedonia y aislamiento social, también se vincula con una evolución más desfavorable debido a su resistencia al tratamiento. Asimismo, los antecedentes de agresividad pueden dificultar la adherencia terapéutica y aumentar el riesgo de recaídas. Por el contrario, una presentación clínica aguda suele estar relacionada con un mejor pronóstico, especialmente cuando existe un desencadenante claro y predominan los síntomas positivos, como delirios y alucinaciones, que tienden a responder mejor al tratamiento.

Respuesta: **3**

75. Adolescente de 16 años que es traída a la consulta por sus padres debido a cambios drásticos en su comportamiento en los últimos seis meses. Ha mostrado síntomas de depresión, irritabilidad y recientemente ha comenzado a autolesionarse realizándose cortes en los brazos. También se ha aislado socialmente y ha tenido dificultades para mantener su rendimiento académico. ¿Cuál de los siguientes factores es el más significativo para indicar desregulación emocional y riesgo de conducta suicida en esta paciente?:

1. Presencia de autolesiones.
2. Aislamiento social.
3. Irritabilidad.
4. Dificultades académicas.

Las autolesiones, como los cortes en los brazos, son un indicador importante de malestar emocional intenso, dificultad para regular las emociones y, en muchos casos, un factor de riesgo para futuras conductas suicidas. Aunque no todas las personas que se autolesionan tienen intención suicida, este comportamiento se asocia con un mayor riesgo de intentos de suicidio en el futuro. El aislamiento social, la irritabilidad y las dificultades académicas pueden ser manifestaciones de trastornos afectivos o de estrés, pero la autolesión es el marcador más directo de un desequilibrio emocional grave y un posible factor de riesgo para el suicidio.

Respuesta: **1**

76. **Mujer de 28 años con diagnóstico de trastorno bipolar tipo I embarazada de 12 semanas. Ha tenido episodios maníacos y depresivos en el pasado. Actualmente, está preocupada por el impacto de su tratamiento en el feto. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es más seguro y recomendado durante el embarazo, y qué tipo de psicoterapia es apropiada como complemento?:**

1. Ácido valproico y terapia interpersonal.
2. Lamotrigina y terapia cognitivo-conductual.
3. Litio y terapia cognitivo-conductual.
4. Carbamazepina y terapia interpersonal.

Pregunta polémica, en relación con un dilema clínico sobre el tratamiento más seguro y eficaz para una paciente embarazada con trastorno bipolar tipo I. La opción seleccionada como correcta es lamotrigina y terapia cognitivo-conductual, lo cual se basa en su perfil de seguridad en el embarazo, ya que es uno de los estabilizadores del ánimo con menor riesgo teratogénico. La lamotrigina ha demostrado ser efectiva en la prevención de episodios depresivos en el trastorno bipolar y, aunque su impacto en la prevención de episodios maníacos es más limitado, su uso es frecuente debido a su mejor tolerabilidad y menor riesgo fetal en comparación con otros estabilizadores. Sin embargo, existe controversia sobre si esta es realmente la opción óptima en un paciente con antecedentes de episodios maníacos y depresivos, como en este caso. El litio sigue siendo el tratamiento de referencia para el trastorno bipolar tipo I, con eficacia comprobada tanto en la prevención de episodios maníacos como depresivos. Aunque históricamente se ha asociado con la anomalía de Ebstein, estudios recientes sugieren que el riesgo teratogénico es menor de lo que se pensaba previamente, especialmente cuando se utiliza en dosis bajas y con monitoreo estricto de la litemia. Además, su riesgo es más significativo en el primer trimestre, fase que la paciente ya está finalizando. No obstante, el ministerio dio como correcta la opción de lamotrigina, reforzando el mensaje de un fármaco con menor potencial teratogénico que el resto. Por su parte, tanto el ácido valproico como la carbamazepina tienen un potencial teratógeno claro y no deben usarse en pacientes gestantes.

Respuesta: 2

77. **Respecto a la enfermedad de Alzheimer, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. El gen de la ApoE (apolipoproteína epsilon) alelo E4 es factor de riesgo.
2. Hay un descenso de la proteína tau en el LCR.
3. El PET tau y el PET amiloide son útiles en el diagnóstico precoz de la enfermedad.
4. En la RM de estos pacientes esperamos encontrar atrofia en el lóbulo temporal medial.

En la enfermedad de Alzheimer, el gen de la ApoE E4 es un factor de riesgo (respuesta 1 verdadera, concepto reiteradamente preguntado en el MIR), el PET-tau y amiloide son útiles en el diagnóstico precoz de la enfermedad (respuesta 3 verdadera), en la RM de estos pacientes suele haber atrofia hipocampal en el lóbulo temporal medial (respuesta 4 verdadera) y si estudiamos su LCR, existe un descenso de beta-amiloide y un aumento de tau (respuesta 2 falsa y, por tanto, correcta).

Respuesta: 2

78. **Un paciente acude a la consulta porque tiene un trastorno de la marcha, tropieza y tiene caídas frecuentes. En la exploración presenta temblor de reposo en el miembro superior derecho, rigidez en rueda dentada al movilizarle las extremidades superiores y marcha alterada desplazando el tronco hacia delante con pasos cortos. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones apoyaría el diagnóstico de enfermedad de Parkinson?:**

1. Falta de respuesta inicial al tratamiento con Levodopa.
2. SPECT con transportador de dopamina que muestre una hipocaptación en la vía nigroestriada.
3. Gammagrafía miocárdica con MIBG (metayodobencilguanidina) normal.
4. Presencia precoz de síntomas de disautonomía.

En pacientes con enfermedad de Parkinson hay una adecuada respuesta inicial al tratamiento con levodopa, en contra de lo que sucede en pacientes con parkinsonismos atípicos (respuesta 1 incorrecta); existe alteración en la gammagrafía miocárdica con MIBG por denervación simpática cardíaca postganglionar, a diferencia de lo que sucede en otros parkinsonismos como la atrofia multisistémica (AMS) o la PSP (respuesta 3 incorrecta), y es infrecuente la presencia precoz de síntomas de disautonomía, lo que nos obligaría a pensar más en una AMS (respuesta 4 incorrecta). Lo que sí es cierto es que en el SPECT/DaTSCAN vemos hipocaptación en la vía nigroestriada (respuesta 2 correcta). Un DaTSCAN alterado ocurre tanto en enfermedad de Parkinson como en parkinsonismos atípicos, pero recuerda que el DaTSCAN es normal tanto en parkinsonismo vascular como farmacológico.

Respuesta: 2

79. **Mujer de 35 años consulta por cuadro de diplopia y debilidad proximal progresivas que empeora a lo largo de día. En la exploración neurológica se aprecia voz nasal, ptosis bilateral sin afectación pupilar, limitación**

para la abducción de ojo derecho y debilidad proximal con reflejos miotáticos conservados. Respecto a esta paciente señale la opción INCORRECTA:

1. El nivel de anticuerpos es independiente de la gravedad de la enfermedad.
2. En ocasiones se asocia a otra enfermedad autoinmune.
3. Es frecuente la agregación familiar.
4. La respuesta a inmunosupresores es mayor en pacientes con anticuerpos antirreceptor de acetilcolina y anticuerpos antiMusk positivos.

Se expone un caso de miastenia gravis. En este sentido: el nivel de anticuerpos anti-AchR (los más frecuentes) es independiente de la gravedad de la enfermedad (respuesta 1 verdadera), en ocasiones se asocia a otra enfermedad autoinmune (respuesta 2 verdadera) y la respuesta a inmunosupresores es mayor en pacientes seropositivos respecto a seronegativos (respuesta 4 verdadera). Ahora bien, es infrecuente la agregación familiar (respuesta 3 falta y, por tanto, correcta).

Respuesta: 3

80. **Con respecto a la parálisis facial, ¿cuál de los siguientes signos y síntomas nos haría pensar en un origen central?**

1. La presencia de ageusia asociada a la parálisis facial.
2. La presencia de hipoestesia o dolor en la región del pabellón auricular del mismo lado que la parálisis.
3. Si la debilidad de los músculos faciales sólo afecta a la mitad inferior de la hemicara afectada sin afectación de los músculos palpebrales ni de la frente.
4. Si hay disminución de la secreción lacrimal en el ojo correspondiente al lado de la parálisis facial.

Pregunta muy sencilla que no debemos fallar sobre la diferencia entra parálisis facial periférica y central. Dada que la inervación de la región superior de la hemicara es bilateral (de ambos hemisferios cerebrales) y la inferior es unilateral, el hecho de que la parálisis afecte únicamente a la musculatura inferior implica que el origen de la misma es central (respuesta 3 correcta). La parálisis facial periférica se caracteriza por alteración del gusto por afectación de la cuerda del tímpano (respuesta 1), afectación de la sensibilidad de la pared posterior del conducto auditivo externo inervado por el facial (respuesta 2) y disminución de la secreción lagrimal por afectación del nervio petroso mayor (respuesta 4).

Respuesta: 3

81. **Hombre de 75 años con antecedentes de fibrilación auricular e hipertensión arterial es traído a urgencias por hemiparesia derecha, dificultad para hablar y fiebre de 38,5°C. La tomografía computarizada (TC) de cráneo revela un infarto cerebral en la región parietal izquierda e ingresa en la unidad de ictus. A las 48 h del ingreso se informa de presencia de Streptococcus viridans en hemocultivo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y el enfoque diagnóstico-terapéutico adecuado en este caso?**

1. Accidente cerebrovascular isquémico secundario a fibrilación auricular; iniciar anticoagulación y antipiréticos.
2. Meningitis bacteriana con complicación isquémica; realizar punción lumbar e iniciar antibiótico dirigido según antibiograma.
3. Endocarditis infecciosa con embolia séptica; confirmar con ecocardiograma y tratar con antibiótico dirigido según el antibiograma.
4. Neoplasia cerebral con fiebre paraneoplásica; realizar resonancia magnética cerebral y evaluación oncológica.

Debemos tener una alta sospecha de endocarditis infecciosa en pacientes con fiebre o sepsis sin causa aparente, insuficiencia cardíaca sin claro desencadenante o eventos embólicos arteriales (como en el caso que nos presentan). Los embolismos son la principal complicación de las endocarditis infecciosas (especialmente en el de cavidades izquierdas con vegetaciones de gran tamaño) siendo los del sistema nervioso central los más frecuentes y graves. La sospecha y el manejo adecuado corresponden a la opción 3.

Respuesta: 3

82. **Mujer de 55 años que consulta por una cefalea con sensación de presión bilateral, que no asocia fotofobia, náuseas ni vómitos. La paciente puede realizar sus actividades habituales porque el dolor es de intensidad moderada. El dolor es prácticamente diario en los últimos 6 meses. Desde el punto de vista terapéutico, ¿cuál es la opción más adecuada?**

1. Tratamiento analgésico simple con paracetamol diario, los días que tenga dolor.
2. Tratamiento con triptanes en el momento agudo de la cefalea los días que sea más intensa.
3. Tratamiento preventivo de entrada con betabloqueantes tipo propranolol a dosis entre 40160 mg/d entre 3-6 meses.
4. Tratamiento preventivo de entrada con amitriptilina a dosis bajas entre 25-50 mg/d y mantenerlo entre 3 y 6 meses.

Se expone el caso de una cefalea tensional (o tipo tensión) de alta frecuencia con necesidad de tratamiento preventivo. En este caso, el preventivo de elección es la amitriptilina diaria entre 3-6 meses (respuesta 4 correcta). Los betabloqueantes se usan como preventivo en migraña (respuesta 3 incorrecta). Como tratamiento sintomático, los fármacos de elección son los AINEs (respuestas 1 y 2 incorrectas). Los triptanes solo se usan como tratamiento sintomático en migraña, aunque el sumatriptan también se usa en cefalea en racimos. El paracetamol puede ser usado como tratamiento sintomático, aunque menos eficaz que los AINEs, pero nunca diario, pues tomarlo > 15 días/mes puede inducir una cefalea por sobreabuso de analgesia.

Respuesta: **4**

83. Mujer de 18 años sin antecedentes de interés ni consumo de tóxicos que ingresa en planta por un cuadro de alteración conductual con ansiedad, agresividad e ilusiones visuales. Durante su ingreso presenta una crisis convulsiva junto con discinesias orolinguales y distonía del pie izquierdo. Dos semanas previas había presentado un cuadro de diarrea, náuseas y vómitos autolimitados. Respecto a este síndrome señale la respuesta INCORRECTA:

1. La encefalitis anti NMDAR es la encefalitis autoinmune más frecuente.
2. La RM con hiperseñal hipocampal es patognomónica de la enfermedad.
3. Existe una fuerte asociación con patología tumoral.
4. El pronóstico habitualmente es favorable.

Se nos expone un caso encefalitis autoinmune típica por anticuerpos anti-NMDAR, que es la encefalitis autoinmune más frecuente (respuesta 1 verdadera), típica de mujeres jóvenes y vinculada a teratoma ovárico (respuesta 3 verdadera), con pronóstico habitualmente favorable (respuesta 4 verdadera). Ahora bien, aunque en RM cerebral podemos ver una hiperseñal hipocampal, este hallazgo NO es patognomónico (pocas cosas en Medicina lo son) (respuesta 2 falsa y, por tanto, correcta).

Respuesta: **2**

84. Hombre de 81 años con antecedentes de HTA, dislipemia y enfermedad de Alzheimer leve. Avisa su familia porque lo han encontrado en su casa caído en el suelo y no es capaz de movilizar extremidades derechas. Llega al hospital trasladado por emergencias como código ictus. A la exploración física destaca paresia facial derecha supranuclear, afasia global, hemianopsia derecha y hemiplejia de miembros derechos. La TC craneal se informa como ASPECTS 8 sin datos de sangrado. En angioTC oclusión de segmento M2 de división anterior de ACM izquierda. ¿Cuál de los siguientes es el mejor tratamiento inicial para este paciente?

1. Fibrinolisis con alteplasa.
2. Doble antiagregación y estatinas.
3. Manejo conservador por los antecedentes del paciente.
4. Trombectomía mecánica.

Se trata de un ictus isquémico agudo en el que nos preguntan por potencial tratamiento repermeabilizador. Un Alzheimer leve NO contraindica el tratamiento repermeabilizador (respuestas 2 y 3 incorrectas). El segmento M2 proximal se puede abordar por trombectomía mecánica en las primeras 6 horas desde el inicio de la clínica o en las primeras 24h con mismatch favorable (respuesta 4 correcta). Ahora bien, en el caso expuesto no se nos habla de tiempo de inicio. La fibrinolisis se podría realizar en las primeras 4,5 h desde el inicio de la clínica o con mismatch favorable entre las 4,5-9 h. En este caso, ante tiempo de inicio desconocido y en ausencia de prueba de imagen multimodal, sería osado con los datos planteados plantear fibrinolisis iv (respuesta 1 incorrecta). Por todo lo descrito, la opción "menos mala" es la 4, pero esta pregunta es impugnable y el abordaje diagnóstico expuesto, como hemos señalado, está desactualizado. Recuerda además que fibrinolisis y trombectomía mecánica se pueden combinar (no son mutuamente excluyentes) si el paciente cumple criterio de tiempo simultáneamente para ambas.

Respuesta: **4**

85. Sobre el tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Parkinson señale la opción correcta:

1. Los núcleos diana principales son el núcleo pálido y el núcleo ventral inferomedial del tálamo.
2. La cirugía lesional es la opción utilizada más frecuentemente hoy en día.
3. La presencia de síntomas o signos que no responden a la levodopa desaconsejan el tratamiento.
4. La estimulación eléctrica de los núcleos genera una activación de los mismos, principio fundamental del tratamiento.

La cirugía funcional en enfermedad de Parkinson se fundamenta en una estimulación cerebral profunda NO lesional (respuesta 2 incorrecta) con el núcleo subtalámico, por lo general, como diana fundamental (respuesta 1 incorrecta). La estimulación eléctrica de los núcleos genera una inhibición funcional (respuesta 4 incorrecta). La presencia de síntomas o signos que no responden a levodopa

desaconsejan el tratamiento, pues son los síntomas que menos responden a la cirugía (respuesta 2 correcta).

Respuesta: **3**

86. El APACHE-II (Acute Physiologic Assessment and Chronic Health Evaluation II) es un índice cuantitativo de gravedad que se calcula en el paciente crítico utilizando las siguientes variables, EXCEPTO:

1. Recuento de leucocitos en sangre.
2. Escala de coma de Glasgow.
3. Lactato en sangre.
4. pH en sangre.

El APACHE-II es una herramienta muy útil en el ámbito de la medicina crítica. Se utiliza para evaluar la gravedad de la enfermedad en pacientes que están en unidades de cuidados intensivos. Este índice se calcula a partir de varias variables, que incluyen:

1. Temperatura corporal.
2. Frecuencia cardíaca.
3. Presión arterial.
4. Frecuencia respiratoria.
5. Estado de conciencia.
6. pH arterial.
7. Niveles de sodio y potasio en sangre.
8. Niveles de creatinina.
9. Recuento de glóbulos blancos.

Cada una de estas variables se puntúa y, al final, se suma para obtener un puntaje total que ayuda a predecir la mortalidad y la gravedad del paciente.

Respuesta: **3**

87. Mujer de 57 años ingresada en la Unidad de Cuidados Intensivos por hipotensión persistente y fracaso multiorgánico. Tras monitorización hemodinámica avanzada, la paciente presenta frecuencia cardíaca de 105 lpm, resistencias vasculares sistémicas de 400 din-seg-m2/cm5, gasto cardíaco de 8 L/min, presión venosa central de 5 mmHg, variación del volumen sistólico del 9% e índice de agua pulmonar extravascular indexado de 5 mL/kg. ¿A qué tipo de shock orienta dicha monitorización hemodinámica avanzada?:

1. Shock distributivo.
2. Shock cardiogénico.
3. Shock hipovolémico.
4. Shock obstructivo.

El cuadro clínico y la monitorización hemodinámica avanzada de la paciente indican un shock distributivo (opción 1), caracterizado por hipotensión persistente con bajo tono vascular y gasto cardíaco elevado. La paciente presenta resistencias vasculares sistémicas muy bajas (400 din-seg-m^2/cm^5) y un gasto cardíaco aumentado (8 L/min), lo que indica una distribución ineficaz del volumen circulante y una vasodilatación sistémica severa, hallazgos característicos del shock séptico, la causa más común de shock distributivo. Además, la presión venosa central (PVC) de 5 mmHg sugiere una precarga baja, pero sin evidencia de hipovolemia severa. La variación del volumen sistólico del 9% es baja, indicando una relativa estabilidad en la precarga, lo que descarta un componente hipovolémico significativo. Asimismo, el índice de agua pulmonar extravascular de 5 mL/kg se encuentra dentro de rangos normales, descartando una congestión pulmonar marcada, lo que refuerza la ausencia de shock cardiogénico o edema pulmonar severo. Se descarta el shock cardiogénico (opción 2), ya que este se caracteriza por gasto cardíaco bajo y resistencias vasculares sistémicas elevadas debido a la activación del sistema simpático en respuesta a la disfunción miocárdica. También se excluye el shock hipovolémico (opción 3), el cual se asocia con baja PVC, baja presión capilar pulmonar y resistencias vasculares sistémicas elevadas en respuesta a la pérdida de volumen intravascular. En este caso, aunque la PVC está disminuida, las resistencias vasculares están bajas y el gasto cardíaco es elevado, lo que no es típico del shock hipovolémico. Finalmente, se descarta el shock obstructivo (opción 4), ya que este se caracteriza por un obstáculo al llenado ventricular o al gasto cardíaco efectivo, como ocurre en el taponamiento cardíaco, neumotórax a tensión o embolismo pulmonar masivo. El shock obstructivo se comporta como un shock hipovolémico pero curso con PVC elevada.. El shock distributivo, típicamente representado por el shock séptico, cursa con vasodilatación sistémica extrema debido a la liberación de mediadores inflamatorios, lo que disminuye las resistencias vasculares y genera una mala distribución del flujo sanguíneo, resultando en hipoxia tisular y disfunción multiorgánica. El tratamiento de elección incluye resucitación con líquidos, administración precoz de vasopresores (siendo noradrenalina de elección) y antibióticos de amplio espectro, además de un manejo guiado por monitorización hemodinámica avanzada para optimizar la perfusión tisular y mejorar el pronóstico del paciente.

Respuesta: **1**

88. Mujer de 63 años, diabética en tratamiento con antidiabéticos orales que consulta por dolor en hombro derecho de 3 meses de evolución sin antecedente traumático. El dolor le limita el movimiento completo del hombro y desde hace una semana le impide el descanso nocturno. En la exploración el médico constata limitación para el movimiento activo de la abducción a más de 100º, de la flexión a 110º, rotación externa a

45º e interna lleva la mano al glúteo con dificultad. No presenta limitación en la movilidad pasiva de la extremidad. La orientación diagnóstica más probable y la actuación inicial es:

1. Tendinosis del manguito rotador. Crioterapia, AINEs tópicos y cabestrillo una semana.
2. Tendinosis cálcica del supraespinoso derecho. Crioterapia 3 veces al día e indicar fisioterapia.
3. Tendinosis del supraespinoso derecho. Infiltración, paracetamol cada 8 horas y solicitar resonancia magnética.
4. Tendinosis del supraespinoso derecho. Crioterapia, AINEs orales y ejercicios en su domicilio. Visita de control y si no mejora solicitar prueba de imagen.

La característica clave en este caso es la limitación solo del movimiento activo de la articulación del hombro, sin restricción en el movimiento pasivo. Esto descarta la posibilidad de una capsulitis (que suele afectar también la movilidad pasiva) y sugiere una lesión del manguito rotador, en particular, tendinosis del supraespinoso.

Descartamos la opción 1 porque no se suele inmovilizar el hombro con un cabestrillo de manera sistemática en una tendinopatía, ya que la movilización y la fisioterapia tempranas son importantes.

La opción 2 menciona "tendinosis cálcica"; sin embargo, no hay ningún dato en la descripción clínica o en las pruebas que indique la presencia de calcificaciones.

La opción 3 implica ya una infiltración y la solicitud de una resonancia magnética. Por lo general, se recomienda iniciar con un manejo conservador (AINEs, rehabilitación) y se recurre a pruebas de imagen más avanzadas o a infiltraciones cuando no hay respuesta al tratamiento inicial o si se sospecha una rotura completa.

La opción 4 plantea exactamente ese abordaje escalonado: tratamiento conservador (AINEs, crioterapia, ejercicios en domicilio) y solo si no hay mejoría se piden pruebas de imagen.

Por tanto, la mejor respuesta es la 4 (Tendinosis del supraespinoso derecho. Crioterapia, AINEs orales y ejercicios en casa. Visita de control y, si no mejora, solicitar imagen), ya que se ajusta tanto al diagnóstico presuntivo de tendinosis del supraespinoso como al tratamiento inicial más adecuado.

Respuesta: **4**

89. **Jugador de baloncesto de 42 años que acude a urgencias por dolor de tres días de evolución en cara anterior de muslo derecho de tipo lancinante. Inicia el dolor tras mal gesto en flexión de la columna lumbar, presentando primero lumbalgia y después este dolor irradiado. En la exploración presenta un Lasegue invertido positivo, con un reflejo osteotendinoso rotuliano derecho 2/4. No hay déficit motor. La orientación diagnóstica más probable es:**

1. Hernia discal L4-L5 migrada posterior que ocasiona una clínica de silla de montar.
2. Hernia discal foraminal L4-L5 derecha que comprime la raíz de L4.
3. Hernia discal foraminal L4-L5 derecha que comprime la raíz de L5.
4. Meralgia parestésica derecha.

Se trata de una radiculopatía L4 derecha (respuesta 2 correcta) por la distribución topográfica presentada. Ahora bien, el reflejo rotuliano podría estar abolido, pues depende de raíces L2-L4. No se nos cuenta clínica de silla de montar (respuesta 1 incorrecta) ni clínica sugerente de raíz L5 con limitación para talones e hipoestesia hasta pie (respuesta 3 incorrecta). En la meralgia parestésica, por atrapamiento de nervio fémoro-cutáneo, no hay lumbalgia ni positividad para Lasègue (respuesta 4 incorrecta).

Respuesta: **2**

90. **Paciente de 75 años con estancia prolongada en UCI. En una exploración rutinaria se observa dificultad para la flexión dorsal del pie izquierdo con un tibial anterior a 1/5, una dificultad para la extensión de los dedos 1/5 y dificultad para la eversión con peroneos 3/5. No presenta otro foco neurológico, ni dolor en la región lumbar ni en la extremidad. ¿Cuál de las siguientes es la actitud más correcta?:**

1. Indicar férula antiequino y fisioterapia por sospecha de compresión del nervio ciático poplíteo externo.
2. Solicitar electromiograma urgente y dejarlo en reposo.
3. Realizar punción lumbar por sospecha de complicación por Guillain-Barre.
4. Solicitar resonancia magnética y pautar, si no está recibiendo, corticoides.

La clínica descrita (pérdida de la flexión dorsal del pie y de la extensión de los dedos, con afectación parcial de la eversión) es muy suggestiva de una compresión del nervio ciático poplíteo externo (nervio peroneo común) a nivel de la cabeza del peroné, sobre todo en pacientes encamados durante estancias prolongadas. Además, no hay signos de radiculopatía lumbar (no hay dolor lumbar, ni parestesias en un dermatomero concreto, ni otros déficits neurológicos). Por tanto, la actitud más adecuada es: Indicar férula antiequino y fisioterapia por sospecha de compresión del nervio ciático poplíteo externo. Esto permitirá mantener el pie en posición neutra (evitando la equinización) y facilitará la recuperación funcional. La resonancia magnética, la punción lumbar o las pruebas electrofisiológicas urgentes no se suelen indicar de entrada en un caso de aparente

compresión periférica sin otros hallazgos que sugieran una patología central o polineuropática grave.

Respuesta: 1

91. Mujer de 19 años que, practicando patinaje sobre ruedas, sufre un traumatismo indirecto de la rodilla derecha, con luxación de rótula tratada en urgencias. Acude a revisión 2 meses más tarde y refiere que nota dolor y sensación de inestabilidad y subluxación frecuente con la actividad física. De los siguientes elementos, señale el que NO favorece la inestabilidad fémoro-patelar:

1. Anteversión femoral.
2. Torsión tibial interna.
3. Genu valgo.
4. Patela alta.

La inestabilidad femoropatelar puede ser favorecida por varios factores anatómicos. Entre los factores que favorecen la inestabilidad femoropatelar se incluyen la anteversión femoral, la torsión tibial interna, el genu valgo y la patela alta. La torsión tibial interna no es un factor que favorezca la inestabilidad femoropatelar. En cambio, la torsión tibial externa es la que se asocia con la inestabilidad patelar debido a la lateralización de la tuberosidad tibial, lo que aumenta las fuerzas laterales sobre la patela. Por lo tanto, el elemento que NO favorece la inestabilidad femoropatelar es la torsión tibial interna.

Respuesta: 2

92. Desde el punto de vista fisiopatológico la osteonecrosis de la cabeza femoral se puede desencadenar por todos los mecanismos aquí descritos EXCEPTO:

1. Anomalías en el flujo vascular por factores genéticos.
2. Oclusión intravascular por émbolos (lípidos, nitrógeno, hematíes anómalos).
3. Dehiscencia de la íntima arterial de los vasos.
4. Compresión extravascular a consecuencia de un acúmulo graso.

Desde una perspectiva fisiopatológica, la osteonecrosis de la cabeza femoral puede ser desencadenada por varios mecanismos. Según la literatura médica, los mecanismos propuestos incluyen:

1. Anomalías en el flujo vascular debido a factores genéticos.
2. Oclusión intravascular por émbolos (lípidos, nitrógeno, glóbulos rojos anormales).
3. Compresión extravascular como resultado de la acumulación de grasa.

Sin embargo, la dehiscencia de la íntima arterial de los vasos no se menciona como un mecanismo reconocido en la fisiopatología de la osteonecrosis de la cabeza femoral en la literatura revisada. La dehiscencia de la íntima arterial se refiere a una separación o desgarro de la capa interna de un vaso sanguíneo, lo cual no está documentado como un factor contribuyente en la osteonecrosis de la cabeza femoral. Por lo tanto, la opción que no está respaldada por la evidencia actual es la dehiscencia de la íntima arterial de los vasos.

Respuesta: 3

93. Mujer de 68 años con IMC 28 kg/m2 que consulta por dolor crónico en rodilla derecha. Refiere que el dolor empeora con la actividad física, especialmente al subir y bajar escaleras, y mejora con el reposo. En la exploración física se observa crepitación en la rodilla derecha y leve deformidad en ambas. Una radiografía de rodilla derecha muestra estrechamiento del espacio articular y formación de osteofitos. ¿Cuál es la opción de tratamiento más adecuada en este caso?:

1. Inmovilización de la rodilla con rodillera de descarga rotuliana.
2. Pérdida de peso y ejercicio físico supervisado para fortalecer el cuádriceps.
3. Infiltración intraarticular de corticoides.
4. Tratamiento farmacológico con tramadol.

La paciente de 68 años con dolor crónico en la rodilla derecha, crepitación y deformidad leve, junto con hallazgos radiográficos de estrechamiento del espacio articular y formación de osteofitos, presenta un cuadro clínico típico de osteoartritis o artrosis primaria de rodilla. La opción de tratamiento más adecuada en este caso es la pérdida de peso y el ejercicio físico supervisado para fortalecer el cuádriceps. La American College of Rheumatology y la Arthritis Foundation recomiendan el ejercicio y la pérdida de peso como pilares fundamentales en el manejo de la osteoartritis de rodilla, ya que estas intervenciones pueden mejorar significativamente el dolor y la función articular. Además, la pérdida de peso puede reducir la carga sobre la articulación afectada, lo que puede disminuir el dolor y mejorar la movilidad. Las otras opciones de tratamiento, aunque pueden ser útiles en ciertos contextos, no son las más apropiadas como primera línea de manejo en este caso específico:

1. La inmovilización de la rodilla con una ortesis de descarga patelar no es recomendada como tratamiento inicial, ya que puede llevar a una atrofia muscular y empeorar la función articular a largo plazo.
2. Las inyecciones intraarticulares de corticosteroides pueden proporcionar alivio del dolor a corto

plazo, pero no abordan los factores subyacentes como la debilidad muscular y el exceso de peso.

3. El tratamiento farmacológico con tramadol está condicionado y generalmente se reserva para casos donde otros tratamientos no han sido efectivos debido a su perfil de efectos secundarios.

Por lo tanto, la combinación de pérdida de peso y ejercicio supervisado es la estrategia más adecuada para esta paciente.

Respuesta: **2**

94. Hombre de 30 años que acude a consulta por dolor lumbar crónico que empeora en la noche y mejora con el ejercicio. Refiere rigidez matutina de más de una hora. La exploración física revela una disminución de la movilidad en la columna lumbar y dolor a la palpación y exploración de las articulaciones sacroilíacas. La resonancia magnética muestra edema en las articulaciones sacroilíacas compatible con sacroileitis. ¿Cuál es el tratamiento inicial más indicado para este paciente?:

1. Metotrexate subcutáneo semanal.
2. Corticoides orales.
3. Fisioterapia y antiinflamatorios no esteroides (AINEs).
4. Terapia biológica con anti-TNF.

El cuadro expuesto parece tratarse de un espondilitis anquilosante. Dada la duración del dolor lumbar, la rigidez matutina prolongada y la presencia de sacroileitis en la resonancia magnética. El tratamiento inicial más indicado en este caso sería el correspondiente a la respuesta número 3 fisioterapia y antiinflamatorios no esteroides (AINEs). Los AINEs son generalmente el primer paso en el manejo del dolor y la inflamación en estas condiciones, y la fisioterapia es crucial para mantener la movilidad y la función. Si el tratamiento inicial no es suficiente, se pueden considerar tratamientos adicionales, incluyendo terapia biológica o metotrexato, pero estos se reservan para casos más avanzados o refractarios.

Respuesta: **3**

95. Mujer de 83 años hospitalizada por neumonía adquirida en la comunidad por neumococo. Presenta una artritis aguda de carpo derecho. Sospechamos enfermedad por depósito de pirofosfato pero no se observa condrocalcinosis en la radiografía de carpos ni se ha conseguido obtener líquido sinovial durante la artrocentesis. ¿Qué radiografías añadiremos al cribado con el objetivo de identificar condrocalcinosis?:

1. Radiografía anteroposterior de rodillas y de sínfisis de pubis.
2. Radiografía anteroposterior de rodillas y de hombros.
3. Radiografía anteroposterior de sínfisis de pubis y de hombros.
4. Radiografía anteroposterior de rodillas y de codos.

En el caso de sospecha clínica es de enfermedad por depósito de pirofosfato cálcico dihidratado,también conocida como pseudogota, es importante realizar una evaluación que permita identificar la condrocalcinosis, que es la acumulación de cristales de pirofosfato en las articulaciones y cartílagos. La condrocalcinosis es más comúnmente observada en las rodillas y la sínfisis del pubis. Por lo tanto, la opción más adecuada para el cribado de condrocalcinosis sería la número 1 una radiografía anteroposterior de rodillas y de sínfisis de pubis. Esto permitirá evaluar la presencia de depósitos de pirofosfato en las áreas más típicamente afectadas.

Respuesta: **1**

96. Uno de estos hallazgos anatomopatológicos sugiere el diagnóstico de enfermedad por IgG4:

1. Trombosis arterial.
2. Proliferación de la íntima arterial sin datos de vasculitis.
3. Fibrosis estoriforme.
4. Infiltrado perivascular de polimorfonucleares.

La enfermedad por IgG4 se caracteriza por un infiltrado linfocitario denso que incluye una elevada cantidad de células plasmáticas IgG4+. Un hallazgo anatomopatológico clave que sugiere este diagnóstico es la presencia de fibrosis y un patrón de infiltración característico. En este contexto, el hallazgo más representativo de la enfermedad por IgG4 sería la respuesta número 3, la fibrosis estoriforme.

Respuesta: **3**

97. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO esperaría encontrar en una mujer de 28 años con una comunicación interauricular evolucionada?:

1. Soplo mesosistólico.
2. Aumento de la silueta cardíaca en la radiografía de tórax.
3. Bloqueo de rama derecha en el electrocardiograma.
4. Hipertrofia del ventrículo izquierdo.

La comunicación interauricular (CIA) es una cardiopatía congénita en la que existe un defecto en el septo interauricular, lo que permite el paso anómalo de sangre desde la aurícula izquierda a la aurícula derecha debido a la mayor presión en el lado izquierdo del corazón. Con el tiempo, este cortocircuito genera sobrecarga de volumen en el ventrículo derecho y la arteria pulmonar, lo que puede llevar a hipertrofia y dilatación progresiva del corazón derecho, hipertensión pulmonar y eventualmente insuficiencia cardíaca derecha. La respuesta correcta es la opción 4 (hipertrofia del ventrículo izquierdo), ya que el ventrículo izquierdo no se ve afectado en la CIA evolucionada, dado que el flujo anómalo de sangre ocurre a nivel auricular y se dirige hacia el ventrículo derecho, lo que genera dilatación del ventrículo derecho, pero no del izquierdo.

Se espera encontrar un soplo mesosistólico (opción 1) debido al aumento del flujo a través de la válvula pulmonar, lo que genera un soplo de eyección pulmonar característico en la auscultación cardíaca. Este soplo se produce porque el volumen extra de sangre que pasa de la aurícula izquierda a la derecha incrementa el gasto sistólico del ventrículo derecho, aumentando la velocidad del flujo a través de la válvula pulmonar. También es frecuente el desdoblamiento fijo del segundo ruido cardíaco, resultado del retraso en el cierre de la válvula pulmonar debido a la sobrecarga de volumen del ventrículo derecho.

El aumento de la silueta cardíaca en la radiografía de tórax (opción 2) es un hallazgo común en la CIA evolucionada, ya que la sobrecarga de volumen en el ventrículo derecho y la aurícula derecha provoca dilatación de las cavidades derechas, lo que se traduce en una cardiomegalia visible en la radiografía de tórax. Además, pueden observarse signos de hiperaflujo pulmonar debido al aumento del volumen sanguíneo que circula por los pulmones.

El bloqueo de rama derecha en el electrocardiograma (opción 3) es un hallazgo frecuente en la CIA, particularmente en los defectos tipo ostium secundum, ya que el ventrículo derecho se encuentra crónicamente sobrecargado de volumen, lo que provoca un retraso en la conducción eléctrica a través del sistema de His-Purkinje derecho. En el ECG, es característico encontrar un patrón de bloqueo incompleto o completo de rama derecha con ondas rSR' en V1, así como signos de sobrecarga de cavidades derechas.

Respuesta: **4**

98. Joven de 16 años con astenia desde hace 1 mes, que durante un partido de fútbol sufre un síncope. A su llegada al hospital inconsciente y hemodinámicamente inestable presenta síntomas y signos de accidente cerebrovascular, de isquemia mesentérica y de isquemia arterial periférica, en miembro superior izquierdo y de ambos miembros inferiores. ¿Cuál cree que es el diagnóstico de sospecha?:

1. Bloqueo aurículo-ventricular de 3º grado.
2. Insuficiencia mitral aguda.
3. Mixoma de aurícula izquierda.
4. Rotura de aneurisma de arteria cerebral media.

El cuadro clínico de este paciente joven con astenia crónica, síncope durante el ejercicio y manifestaciones embólicas multisistémicas es altamente sugestivo de un mixoma de aurícula izquierda (opción 3), que es el tumor cardíaco primario más frecuente. Los mixomas auriculares son tumores benignos pero clínicamente significativos debido a su capacidad para causar obstrucción valvular, embolización sistémica y síntomas constitucionales. En este caso, la presencia de síntomas embólicos en múltiples territorios (cerebrovascular, mesentérico y periférico) sugiere el desprendimiento de material tumoral o trombos adheridos al mixoma, lo que refuerza este diagnóstico. Además, el síncope durante el ejercicio puede explicarse por la obstrucción intermitente del flujo mitral cuando el tumor prolapsa a través de la válvula mitral, limitando el llenado ventricular y causando una disminución transitoria del gasto cardíaco.

Se descarta el bloqueo aurículo-ventricular de tercer grado (opción 1), ya que este provoca bradicardia severa con síncope, pero no explicaría la astenia crónica ni los fenómenos embólicos multisistémicos. Si bien un bloqueo AV completo puede causar síncope por asistolia o ritmo de escape inadecuado, no hay relación con la isquemia multiorgánica observada en este paciente.

También se excluye la insuficiencia mitral aguda (opción 2), que suele presentarse con edema agudo de pulmón y compromiso hemodinámico severo, pero sin manifestaciones embólicas. En la insuficiencia mitral aguda secundaria a rotura de cuerdas tendinosas o endocarditis, los síntomas predominantes incluyen disnea intensa, ortopnea y shock cardiogénico, en lugar del cuadro embólico observado en este caso.

Por último, se descarta la rotura de aneurisma de la arteria cerebral media (opción 4), ya que este evento provoca hemorragia intracraneal con déficit neurológico focal severo y brusco, pero no explica la isquemia mesentérica ni la isquemia arterial periférica. Un aneurisma cerebral roto puede provocar coma o deterioro neurológico grave, pero la presencia de síntomas embólicos sistémicos hace improbable este diagnóstico.

Respuesta: **3**

99. Hombre de 65 años, hipertenso desde hace 12 años, que acude por primera vez a la consulta de su médico de familia para una revisión rutinaria. La exploración física es normal y el electrocardiograma muestra ritmo sinusal a 68 lpm, con bloqueo de la rama izquierda del haz de His y duración del QRS de 150 ms. ¿Cuál de las siguientes situaciones implica este hallazgo?:

1. Asincronía ventricular.
2. Miocardiopatía dilatada.
3. Disociación aurículo-ventricular.

4. Isquemia miocárdica aguda.

El bloqueo de rama izquierda del haz de His (BRIHH) en un paciente hipertenso de larga evolución puede indicar una asincronía ventricular (opción 1), ya que este trastorno de la conducción interfiere con la activación normal del ventrículo izquierdo. En condiciones normales, el estímulo eléctrico se propaga simultáneamente por ambas ramas del haz de His, asegurando una contracción sincrónica de los ventrículos. Sin embargo, en el BRIHH, el estímulo no puede transmitirse eficientemente por la rama izquierda, lo que obliga al ventrículo izquierdo a activarse tardíamente a través de la conducción miocárdica retrógrada desde la derecha, generando disincronía mecánica entre los ventrículos derecho e izquierdo. Esto puede reducir la fracción de eyección del ventrículo izquierdo y predisponer a insuficiencia cardíaca en algunos pacientes, especialmente en aquellos con comorbilidades cardiovasculares preexistentes.

Respuesta: **1**

100. Un entrenamiento aeróbico intenso y prolongado produce una serie de adaptaciones cardiovasculares que suelen denominarse "corazón de deportista". Entre las siguientes adaptaciones fisiológicas, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Bradicardia sinusal por aumento del tono vagal.
2. Bloqueo aurículo-ventricular de primer grado, de segundo grado Mobitz I e incluso de tercer grado durante el sueño.
3. Bloqueo completo de rama izquierda del haz de His por hipertrofia ventricular izquierda.
4. Bloqueo de rama derecha del haz de His por dilatación fisiológica ventricular derecha en deportes de resistencia.

El "corazón de deportista" es un conjunto de adaptaciones fisiológicas inducidas por el entrenamiento aeróbico intenso y prolongado, caracterizado por bradicardia sinusal, aumento del tono vagal, hipertrofia ventricular fisiológica y alteraciones leves de la conducción cardíaca, pero sin comprometer la función cardíaca. La respuesta incorrecta es la opción 3, ya que el bloqueo completo de rama izquierda del haz de His (BRIHH) NO es una adaptación fisiológica al entrenamiento, sino que generalmente sugiere una patología subyacente, como miocardiopatía, enfermedad isquémica o fibrosis del sistema de conducción.

El entrenamiento aeróbico crónico aumenta el tono vagal y reduce el tono simpático basal, lo que genera bradicardia sinusal (opción 1), un hallazgo común en deportistas de resistencia. Esto se debe a la activación del sistema nervioso parasimpático, lo que prolonga el tiempo de conducción a través del nodo sinusal y disminuye la frecuencia cardíaca en reposo, a veces por debajo de 50 lpm sin que esto implique una disfunción patológica.

También es frecuente encontrar bloqueo aurículo-ventricular (AV) de primer grado o de segundo grado tipo Mobitz I (Wenckebach) e incluso episodios de bloqueo AV completo durante el sueño (opción 2), debido a un aumento del tono vagal nocturno. Estas alteraciones suelen ser asintomáticas y desaparecen con el ejercicio o la estimulación simpática, sin requerir tratamiento.

Por otro lado, el bloqueo de rama derecha del haz de His (BRDHH) (opción 4) es una alteración común en deportistas de resistencia, relacionada con la dilatación fisiológica del ventrículo derecho debido al aumento del volumen de llenado y el remodelado cardíaco por el entrenamiento prolongado. Este hallazgo electrocardiográfico suele ser benigno y no está asociado a patología estructural en individuos sin síntomas. En contraste, el bloqueo completo de rama izquierda (BRIHH) es un hallazgo anómalo y patológico, ya que indica un retraso significativo en la conducción intraventricular, generalmente secundario a fibrosis del sistema de conducción, cardiopatía estructural o disfunción ventricular subyacente. Su presencia en un deportista requiere un estudio cardiológico detallado, incluyendo ecocardiografía y resonancia magnética cardíaca, para descartar miocardiopatía subyacente o miocarditis.

Respuesta: **3**

101. ¿Cuál de las siguientes complicaciones es más frecuente en el reemplazo valvular aórtico transcatéter (TAVI) respecto del reemplazo valvular quirúrgico?:

1. Atelectasia pulmonar.
2. Bloqueo aurículo-ventricular completo.
3. Derrame pericárdico.
4. Hemorragia grave.

El bloqueo aurículo-ventricular completo (BAV completo) (opción 2) es una de las complicaciones más frecuentes del reemplazo valvular aórtico transcatéter (TAVI) en comparación con el reemplazo valvular aórtico quirúrgico (RVAQ). Esto se debe a la proximidad del sistema de conducción (haz de His y nodo auriculoventricular) a la válvula aórtica, lo que hace que la implantación de una prótesis pueda generar compresión sobre el tabique interventricular y alterar la conducción eléctrica, especialmente en pacientes con calcificación extensa del anillo aórtico. Como resultado, hasta un 10-30% de los pacientes sometidos a TAVI pueden requerir marcapasos definitivo por trastornos de la conducción auriculoventricular persistentes, lo que es significativamente más frecuente que en la cirugía convencional.

Se descarta la atelectasia pulmonar (opción 1), ya que es una complicación más típica del RVAQ debido a la necesidad de ventilación mecánica prolongada, toracotomía y manipulación quirúrgica, lo que favorece la aparición de hipoventilación y colapso pulmonar postoperatorio. En contraste, el TAVI es un procedimiento menos invasivo y se realiza generalmente bajo sedación consciente o anestesia general de corta duración, lo que reduce el riesgo de atelectasia.

También se descarta el derrame pericárdico (opción 3), ya que esta complicación es más frecuente en la cirugía convencional, donde la manipulación directa del corazón puede generar sangrado en el espacio pericárdico. Si bien el TAVI puede causar perforación cardíaca en casos de mal posicionamiento de la prótesis o daño al ventrículo derecho, el derrame pericárdico significativo es menos común que en la cirugía abierta.

Finalmente, la hemorragia grave (opción 4) es una complicación relevante en ambos procedimientos, pero es más frecuente en la cirugía convencional debido a la anticoagulación intensiva, necesidad de circulación extracorpórea y mayor agresión quirúrgica. En el TAVI, la hemorragia suele asociarse a complicaciones vasculares en el sitio de acceso femoral o a una perforación arterial, pero el riesgo global de hemorragia grave sigue siendo menor que en el RVAQ.

Respuesta: 2

102. Señale cuál de las siguientes situaciones se considera indicación de cirugía para el tratamiento de endocarditis infecciosa (EI):

1. Aparición de insuficiencia renal aguda.
2. Hallazgo por imagen de émbolos esplénicos o renales en el momento del diagnóstico.
3. Presencia de vegetaciones mayores de 8 mm en válvula tricúspide en la EI derecha.
4. Hemocultivos positivos persistentes durante 7-10 días tras pauta antibiótica adecuada.

El tratamiento quirúrgico se plantea en las endocarditis de cavidades izquierdas en las siguientes situaciones:

- Aparición de insuficiencia cardíaca: por complicación mecánica valvular que provoque ICC persistente, edema agudo de pulmón o shock de origen cardiogénico.
- Mal control de la infección: bacteriemia persistente a pesar de adecuada antibioterapia, microorganismos de difícil tratamiento (SARM, bacilos gram negativos, Candida...), presencia de abscesos.
- Embolismos: vegetaciones de >10 mm que ya hayan presentado embolismos periféricos o como prevención a ellos.

La única respuesta que se ajusta a los motivos previos es la 4.

Respuesta: 4

103. Hombre de 68 años, hipertenso y fumador que acude a urgencias por dolor torácico y disnea desde hace 3 horas. Presenta mal estado general, presión arterial 118/45 mmHg, FC 105 lpm, saturación O2 96%. En la auscultación crepitantes basales finos, tonos cardíacos atenuados, que no permiten identificar soplos. Dímero D 16.000 ng/mL. El ECG muestra taquicardia sinusal y signos de hipertrofia ventricular izquierda. Un ecocardiograma urgente revela un ventrículo izquierdo hipertrófico, no dilatado, con disfunción sistólica global ligera, insuficiencia aórtica moderada, no conocida previamente y derrame pericárdico moderado-grave. Con estos datos, ¿qué patología debe descartar?:

1. Disección de aorta proximal.
2. Infarto agudo de miocardio complicado con rotura de músculo papilar.
3. Tromboembolismo pulmonar masivo.
4. Pericarditis efusivo-constrictiva.

El cuadro clínico del paciente, caracterizado por dolor torácico súbito, disnea, inestabilidad hemodinámica, hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia aórtica moderada y derrame pericárdico significativo, es altamente sugestivo de una disección de aorta proximal (opción 1), una emergencia cardiovascular que debe descartarse de inmediato debido a su alta mortalidad si no se diagnostica y trata a tiempo. La disección de aorta tipo A de Stanford afecta la aorta ascendente y puede comprometer estructuras adyacentes, como la válvula aórtica (causando insuficiencia aórtica aguda) y el pericardio (provocando derrames pericárdicos que pueden evolucionar a taponamiento cardíaco). La presencia de hipotensión relativa (PA 118/45 mmHg) y tonos cardíacos atenuados sugiere un posible compromiso hemodinámico progresivo, mientras que el Dímero D extremadamente elevado (16.000 ng/mL) apoya el diagnóstico, ya que niveles elevados se han asociado con disección aórtica aguda.

Se descarta el infarto agudo de miocardio complicado con rotura de músculo papilar (opción 2), ya que esta complicación suele producir un cuadro de insuficiencia mitral aguda severa con edema agudo de pulmón, caracterizado por soplo holosistólico intenso en la auscultación y signos de congestión pulmonar severa, lo que no se menciona en este caso. Además, el ECG no muestra signos de infarto, sino solo hipertrofia ventricular izquierda. E

El tromboembolismo pulmonar masivo (opción 3) también es poco probable, a pesar del Dímero D elevado, ya que no hay signos típicos como hipotensión severa, disfunción del ventrículo derecho ni hipoxemia significativa. Además, el derrame pericárdico y la insuficiencia aórtica no son hallazgos característicos del embolismo pulmonar, lo que lo hace menos probable en este contexto.

Finalmente, la pericarditis efusivo-constrictiva (opción 4) se asocia a derrames pericárdicos crónicos y signos de congestión sistémica (ingurgitación yugular, ascitis y hepatomegalia), lo que no se observa aquí. En cambio, la rápida instauración del derrame pericárdico en un paciente con dolor torácico agudo y compromiso valvular aórtico sugiere disección aórtica en lugar de una pericarditis crónica.

Respuesta: 1

104. Hombre de 71 años portador de un marcapasos bicameral por bloqueo AV completo. Está en ritmo sinusal a 85 lpm con ritmo ventricular estimulado por el marcapasos. La interrogación del marcapasos muestra un porcentaje de estimulación ventricular del 99%. En el ecocardiograma tiene dilatación y disfunción sistólica de ambos ventrículos. La fracción de eyección del ventrículo izquierdo es del 30% y tiene insuficiencia mitral funcional grave. No tiene lesiones obstructivas en la coronariografía. Está en clase funcional III NYHA a pesar de tratamiento médico óptimo para la insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida. ¿Cuál de las siguientes es la primera opción de tratamiento?:

1. Cirugía de reparación valvular.
2. Cirugía de sustitución valvular.
3. Terapia de resincronización cardíaca.
4. Mitra-Clip.

El paciente presenta insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC-FEr) severa, con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) del 30%, insuficiencia mitral funcional grave y dependencia casi total del marcapasos bicameral (99% de estimulación ventricular). Este último dato es clave, ya que la estimulación ventricular crónica a través del marcapasos convencional puede inducir disincronía ventricular, lo que contribuye al deterioro de la función sistólica y al agravamiento de la insuficiencia cardíaca. En este contexto, el tratamiento de primera elección es la terapia de resincronización cardíaca (TRC) (opción 3), que consiste en la implantación de un marcapasos biventricular para restaurar una contracción más coordinada del ventrículo izquierdo, mejorar la función sistólica y reducir la insuficiencia mitral funcional.

Se descarta la cirugía de reparación valvular (opción 1) y la cirugía de sustitución valvular (opción 2), ya que la insuficiencia mitral en este paciente es funcional, es decir, secundaria a la dilatación y disfunción del ventrículo izquierdo, y no a una patología primaria de la válvula mitral. En estos casos, corregir quirúrgicamente la válvula sin tratar la disincronía ventricular subyacente no resolvería el problema de base y tendría un beneficio limitado.

También se descarta el Mitra-Clip (opción 4), un procedimiento percutáneo indicado en pacientes con insuficiencia mitral funcional grave, pero reservado para aquellos en los que no hay una opción mejor para mejorar la función ventricular. En este paciente, la disincronía inducida por el marcapasos es la causa principal de la disfunción ventricular y de la insuficiencia mitral, por lo que la TRC es la intervención prioritaria, y solo si persiste la insuficiencia mitral significativa tras la optimización de la resincronización se podría considerar la opción del Mitra-Clip.

Respuesta: 3

105. Neonato de 10 días de vida que es traído por sus padres a los servicios de urgencias por presentar, desde hace 24 horas, rechazo de las tomas e hipotonía generalizada. Tras pruebas complementarias, se diagnostica de coartación de aorta preductal crítica. El paciente evoluciona en pocas horas hacia el shock cardiogénico. En este contexto, ¿cuál debe ser el primer tratamiento para mejorar la hemodinámica de este paciente?

1. Iniciar perfusión continua con prostaglandinas E1.
2. Administrar tratamiento con ibuprofeno.
3. Plantear cirugía de carácter emergente.
4. Realizar cateterismo y atrioseptostomía de Rashking urgente.

El neonato de 10 días con coartación de aorta preductal crítica en shock cardiogénico requiere una intervención urgente para restablecer el flujo sanguíneo sistémico, ya que la coartación preductal severa en el período neonatal depende de la persistencia del conducto arterioso para mantener una perfusión adecuada de la circulación sistémica. En este contexto, el tratamiento de primera línea es la perfusión continua de prostaglandina E1 (PGE1) (opción 1), que tiene el objetivo de reabrir o mantener permeable el conducto arterioso, permitiendo el flujo de sangre desde la arteria pulmonar hacia la aorta descendente y mejorando así la perfusión sistémica.

Se descarta el ibuprofeno (opción 2), ya que este fármaco es un inhibidor de la síntesis de prostaglandinas, utilizado para el cierre del conducto arterioso en recién nacidos con persistencia del conducto arterioso (PCA) hemodinámicamente significativa. En este caso, administrar ibuprofeno agravaría el cuadro al favorecer el cierre completo del conducto arterioso, lo que empeoraría la perfusión sistémica y aceleraría el deterioro hemodinámico del paciente.

También se descarta la cirugía de carácter emergente (opción 3) como primera opción, ya que en un neonato en shock cardiogénico la estabilización hemodinámica con prostaglandinas y soporte inotrópico es prioritaria antes de cualquier intervención quirúrgica. Si bien la corrección quirúrgica definitiva es necesaria, se debe realizar en un contexto hemodinámicamente controlado, una vez que el paciente ha sido estabilizado con medidas médicas iniciales.

Por último, la atrioseptostomía de Rashkind (opción 4) es un procedimiento indicado en neonatos con transposición de grandes arterias con septo interventricular intacto, donde la creación de un cortocircuito auricular mejora la oxigenación sistémica. En la coartación de aorta preductal crítica, la obstrucción al flujo sistémico ocurre a nivel de la aorta y no en las cavidades auriculares, por lo que esta intervención no tendría utilidad en este caso.

Respuesta: 1

106. Mujer de 46 años que tras 10 años de mastectomía derecha con vaciamiento ganglionar seguida de quimioterapia y radioterapia presenta linfedema de brazo derecho de larga evolución con importante edema y empastamiento, sin signos de celulitis. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas NO está recomendada?

1. Realización de actividad física con elevación del miembro superior derecho.
2. Terapia física con fisioterapia descongestiva.
3. Diuréticos para reducir edema.
4. Liposucción.

El linfedema postmastectomía es una complicación frecuente en mujeres sometidas a vaciamiento ganglionar axilar y radioterapia, debido a la alteración en el drenaje linfático del brazo afectado. Su manejo se basa en medidas físicas y terapias descongestivas para reducir el edema y mejorar la funcionalidad del miembro. En este contexto, la opción incorrecta es el uso de diuréticos para reducir el edema (opción 3), ya que el linfedema es un acúmulo de líquido linfático con alto contenido proteico, y los diuréticos no actúan sobre esta fisiopatología. Además, el uso de diuréticos en estos casos puede generar depleción de volumen intravascular, sin mejorar la retención linfática y, en algunos casos, incluso empeorar el edema por compensación capilar.

En contraste, la realización de actividad física con elevación del miembro afectado (opción 1) está recomendada, ya que el movimiento controlado y los ejercicios de resistencia mejoran la movilidad y facilitan el drenaje linfático, reduciendo la progresión del linfedema. Se ha demostrado que la actividad física supervisada no agrava el linfedema, sino que puede ayudar a controlarlo y prevenir su empeoramiento.

La terapia física con fisioterapia descongestiva (opción 2) es el pilar fundamental del tratamiento, e incluye drenaje linfático manual, vendajes multicapa, presoterapia y ejercicios específicos, con el objetivo de estimular la reabsorción linfática y mejorar la circulación en el miembro afectado. Esta estrategia ha mostrado una reducción significativa en el volumen del linfedema y en la calidad de vida de las pacientes.

Por último, la liposucción (opción 4) es una opción terapéutica en linfedemas avanzados donde la fibrosis y el acúmulo graso crónico han reducido la eficacia de las terapias físicas. Se considera una opción para mejorar la movilidad y reducir el volumen del miembro afectado en casos seleccionados con linfedema refractario.

Respuesta: **3**

107. En un paciente que tras una embolectomía por isquemia arterial aguda secundaria a un émbolo en la bifurcación aorto-ilíaca, presenta hipotensión, hipercalciuria, mioglobinuria e insuficiencia renal, ¿cuál de entre los siguientes es el diagnóstico más probable?

1. Trombosis arterial recurrente.
2. Síndrome de reperfusión.
3. Necrosis muscular.
4. Neuropatía isquémica.

Un paciente sufre isquemia arterial aguda debido a un émbolo en la bifurcación aorto-ilíaca, lo que bloquea el flujo sanguíneo a las piernas. Se le realiza una embolectomía para retirar el émbolo y restaurar la circulación. Después de la cirugía, el paciente presenta hipotensión (baja presión arterial), hipercalciuria (aumento del calcio en la orina), mioglobinuria e insuficiencia renal. Cuando se restaura la circulación después de un período de isquemia, las células musculares afectadas liberan sustancias dañinas en el torrente sanguíneo, como: potasio que Puede causar alteraciones del ritmo cardíaco, ácidos que pueden contribuir a la hipotensión, mioglobina que puede acumularse en los riñones y dañarlos, causando insuficiencia renal), y calcio que primero disminuye en sangre porque entra en las células dañadas, y luego el exceso se elimina por la orina (hipercalciuria).Este conjunto de alteraciones es característico del síndrome de reperfusión o síndrome de isquemia-reperfusión.

Respuesta: **2**

108. Hombre de 55 años con HTA y dislipemia que consulta por disnea de esfuerzo. Presenta en la ecocardiografía válvula aórtica bicúspide con área valvular aórtica de 0,9 cm2, gradiente transvalvular de 45 mmHg, velocidad pico de 5,5 m/seg, raíz aórtica de 6 cm y fracción de eyección de ventrículo izquierdo de 45%. En la analítica, péptido natriurético tipo B el triple de lo normal. ¿Qué opción terapéutica le recomendaría?:

1. Seguimiento por médico de atención primaria mientras esté asintomático.
2. Implante de una prótesis valvular aórtica biológica transcatéter (TAVI).
3. Valvuloplastia aórtica.
4. Cirugía de sustitución valvular aórtica y raíz.

El paciente presenta una estenosis aórtica severa en el contexto de una válvula aórtica bicúspide, junto con dilatación aneurismática severa de la raíz aórtica (6 cm) y disfunción ventricular izquierda (FEVI 45%). Estos hallazgos indican una enfermedad aórtica avanzada, en la que el tratamiento de elección es la cirugía de sustitución valvular aórtica y raíz aórtica (opción 4). La estenosis aórtica severa se define por un área valvular <1 cm^2, un gradiente medio >40 mmHg y una velocidad pico >4 m/s. En este paciente, la velocidad transvalvular de 5,5 m/s y el gradiente de 45 mmHg confirman una obstrucción severa al flujo de salida del ventrículo izquierdo, lo que explica la disnea de esfuerzo y el aumento del péptido natriurético tipo B (BNP), un marcador de sobrecarga ventricular. Ade-

más, la dilatación de la raíz aórtica de 6 cm representa un riesgo elevado de disección o rotura aórtica, lo que constituye una indicación quirúrgica absoluta según las guías actuales. En pacientes con válvula aórtica bicúspide, se recomienda la cirugía cuando el diámetro de la raíz aórtica supera los 5,5 cm, o a partir de 5 cm si hay factores de riesgo (como disfunción ventricular o historia familiar de disección aórtica), lo cual aplica en este caso.

Se descarta el seguimiento por médico de atención primaria (opción 1), ya que el paciente ya presenta síntomas y afectación ventricular, lo que indica la necesidad de tratamiento quirúrgico inmediato. El manejo conservador solo está indicado en estenosis aórticas moderadas o en pacientes asintomáticos sin disfunción ventricular ni dilatación aórtica severa.

El implante de una prótesis valvular aórtica transcatéter (TAVI) (opción 2) no es la mejor opción en este paciente, ya que la TAVI está contraindicada en neurismas severos de la raíz aórtica, debido al alto riesgo de mal posicionamiento de la prótesis y fugas paravalvulares. La cirugía es la única opción viable en este contexto.

También se descarta la valvuloplastia aórtica (opción 3), que solo se usa en pacientes jóvenes o con contraindicación para cirugía, pero su efecto es temporal y no modifica la historia natural de la enfermedad. Además, no aborda la dilatación aórtica, por lo que no sería suficiente en este paciente.

Respuesta: **4**

109. En la respuesta inmune innata, las células más numerosas a nivel pulmonar, que conforman la primera línea defensiva, son:

1. Neutrófilos.
2. Macrófagos.
3. Eosinófilos.
4. Mastocitos.

Los macrófagos (respuesta correcta) alveolares constituyen la principal célula inmunitaria residente en el pulmón y forman la primera línea de defensa al fagocitar microorganismos y partículas. Los neutrófilos se reclutan al tejido cuando hay infección, los eosinófilos se asocian a respuestas alérgicas o parasitarias, y los mastocitos intervienen en reacciones alérgicas, por lo que no predominan en condiciones normales.

Respuesta: **2**

110. Hombre de 60 años que acude a consulta por presentar tos y expectoración habitual mucosa, amarillenta, con más de 4-5 episodios de reagudizaciones al año, algunas veces con hemoptisis. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

1. Asma.
2. Fibrosis pulmonar idiopática.
3. Bronquiectasias.
4. Insuficiencia cardíaca.

El cuadro describe las características clásicas de los pacientes con bronquiectasias: frecuente en pacientes mayores de 60 años, con broncorrea amarillenta-purulenta, frecuentes exacerbaciones infecciosas, y una de las tres principales causa de hemoptisis leve-moderada -junto con las bronquitis agudas y las neoplasias endobronquiales-, y la principal causa de hemoptisis amenazante en países desarrollados.

Respuesta: **3**

111. ¿Qué hallazgos de los descritos a continuación son MENOS probables en la exploración física de un paciente con fibrosis a nivel del intersticio pulmonar?:

1. Sibilancias bilaterales en la auscultación pulmonar.
2. Crepitantes teleinspiratorios bibasales.
3. Disminución del murmullo vesicular con acropaquia.
4. Vibraciones vocales disminuidas con crepitantes tipo velcro, de carácter "seco".

Las sibilancias son más típicas de enfermedades obstructivas como el asma o la EPOC. El resto de hallazgos son típicos en pacientes con fibrosis pulmonar intersticial.

Respuesta: **1**

112. Paciente que en revisión en consulta refiere tos matutina diaria y disnea de moderados esfuerzos (MRC 2) habitual que limita sus actividades cotidianas en tratamiento con doble terapia broncodilatadora desde hace dos años. La espirometría presenta un FEV1 del 35% del teórico en situación basal con una respuesta broncodilatadora que muestra un incremento del FEV1 de 250 mL y un 13%. En el estudio por TC se identifican áreas de enfisema centroacinar y en la analítica 250 eosinófilos/μL. En el último año ha sufrido dos exacerbaciones respiratorias de las cuales una ha requerido ingreso hospitalario. Indique el tratamiento más adecuado:

1. Broncodilatador β-agonista de acción prolongada + broncodilatador antagonista muscarínico de acción prolongada + corticoide sistémico.
2. Añadir roflumilast a la terapia combinada.
3. Broncodilatador β-agonista de acción prolongada + broncodilatador antagonista muscarínico de acción prolongada + corticoide inhalado.
4. Broncodilatador β-agonista de acción prolongada + corticoide inhalado.

Se trata de un paciente en inicio con una EPOC GOLD 3B, mal controlado a pesar de tratamiento indicado con doble terapia broncodilatadora, que le ha llevado a presentar 2 exacerbaciones de las cuales una ha requerido ingreso (lo que obliga a reclasificarle como GOLD 3E). El dato clave es la respuesta espirométrica tras broncodilatación, que es significativa (↑FEV1 ≥12% y ≥200 mL), siendo este paciente EPOC con asma concomitante -previamente conocido como overlap asma-EPOC-. En este caso, está indicado añadir a la doble terapia LAMA + LABA un corticoide inhalado (opción 3 correcta).

Respuesta: **3**

113. Paciente con asma mal controlada a pesar de una combinación de glucocorticoides inhalados a dosis altas y un broncodilatador ß-agonista de acción prolongada. Ha requerido ciclos de corticoides sistémicos sin una respuesta adecuada. Presenta rinosinusitis crónica con poliposis nasal y un recuento de eosinófilos de 400 células/µL en la analítica. Señale la respuesta correcta en cuanto al fenotipo asmático y la mejor opción de tratamiento.

1. Se trata de un asma eosinofílica (T2) y una buena opción de tratamiento sería añadir omalizumab.
2. Se trata de un asma eosinofílica (T2) y una buena opción de tratamiento sería añadir mepolizumab.
3. Se trata de un asma no T2 y la mejor opción de tratamiento sería un antileucotrieno.
4. Se trata de un asma no T2 y la mejor opción de tratamiento sería añadir benralizumab.

Nos presentan un paciente con criterios de asma grave no controlada (AGNC). En estos pacientes es importante establecer si presentan criterios de inflamación tipo 2 (asma T2 o asma no T2), puesto que los primeros son candidatos potenciales a recibir tratamiento con fármacos biológicos, que mejoran radicalmente el curso de la enfermedad. Los pacientes con asma T2 presentan eosinofilia en sangre periférica (que este paciente presenta, por lo que podemos clasificarle como asma T2) (opciones 3 y 4 incorrectas). Nos aportan como dato clave la presencia de eosinofilia en sangre periférica relevante (> 300/µL). Estos pacientes de entrada se benefician de anticuerpos dirigidos contra IL5 (Mepolizumab, Reslizumab) o contra el receptor de IL-5 (IL-5Rα) (Benralizumab). En pacientes con > 400 eosinófilos/µL está indicado el tratamiento con Reslizumab. Sin embargo, nos aportan otro dato clave, y es que el paciente presenta una comorbilidad relacionada con eosinófilos -rinosinusitis crónica con poliposis nasal-; los pacientes afectos de esta comorbilidad presentan mejor respuesta a Mepolizumab (opción 2 correcta). La opción 1 queda descartada porque Omalizumab se reserva a pacientes con sensibilización a alértenos e IgE > 30 UI.

Respuesta: **2**

114. En el estudio de las enfermedades intersticiales difusas del pulmón, señale en que entidad el lavado broncoalveolar posee valor diagnóstico:

1. Sarcoidosis.
2. Fibrosis pulmonar idiopática.
3. Neumonitis por hipersensibilidad.
4. Proteinosis alveolar.

La proteinosis alveolar es de las pocas enfermedades en Neumología que presenta hallazgos patognomónicos, siendo estos la presencia de macrófagos cargados de lípidos y material PAS positivo en el lavado broncoalveolar.

Respuesta: **4**

115. Hombre de 65 años, exfumador, en el que de forma incidental se identifica un nódulo pulmonar solitario (NPS) en radiografía simple de tórax. Diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica con un FEV1 del 30%. En el estudio por TC se describe un NPS en lóbulo superior derecho de 9 mm de diámetro con cola pleural y calcificaciones excéntricas. Se realiza tomografía por emisión de positrones con captación patológica indicativa de malignidad. ¿Cuál de las siguientes actitudes terapéuticas es la más adecuada?:

1. Es imprescindible la realización de una biopsia por cirugía torácica ante la elevada posibilidad de malignidad.
2. Al tratarse de un NPS de pequeño tamaño (< 1 cm) la actitud más adecuada es la de seguimiento radiológico estrecho con TC al mes y a los 3, 6 y 12 meses.
3. Ante la alta probabilidad de malignidad se recomienda realizar una prueba de esfuerzo cardiopulmonar y si el consumo máximo de oxígeno es <10 mL/kg/min remitir a cirugía torácica para resección.
4. Se debe realizar una prueba de esfuerzo cardiopulmonar y si el consumo máximo de oxíge-

no es <10 mL/kg/min el manejo terapéutico más seguro es por medio de radioterapia estereotáxica fraccionada.

En esta pregunta nos presentan un paciente con una probable neoplasia pulmonar potencialmente operable. No obstante, presenta una EPOC con obstrucción grave del flujo aéreo (GOLD 4), por lo que hay que pensar necesariamente en si el paciente cumple o no criterios de operabilidad (es decir, de tolerar una cirugía torácica en la que va a perder volumen pulmonar en la extirpación tumoral). Las opciones 3 y 4 hacen referencias al respecto, siendo además contradictorias entre sí, por lo que muy probablemente alguna de las dos es la respuesta correcta. Dado que el FEV1 preparatorio del paciente es ya del 30%, no hay lugar a calcular FEV1 posoperatorio, por lo que hay que buscar otros criterios para tomar la decisión. En este caso, nos hablan de la prueba de esfuerzo cardiopulmonar; aunque no nos sepamos los valores de memoria, un consumo de O2 < 10 ml/kg/min parece paupérrimo (el límite para la inoperabilidad de un paciente es que el consumo sea < 15 ml/kg/min), lo que nos descarta la opción 3. Además, la segunda parte del enunciado 4 es correcta, puesto que la radioterapia estereotáxica es una alternativa razonable en pacientes inoperables.

Las otras dos opciones son fácilmente descartables (no es preciso realizar biopsia por cirugía torácica, pudiéndose realizar una biopsia transtorácica guiada por TC, y no se trata de un nódulo de bajo riesgo al tener > 8 mm de diámetro).

Respuesta: **4**

116. En una mujer de 72 años con litiasis biliar asintomática se indicaría colecistectomía laparoscópica en caso de:

1. Microlitiasis por alto riesgo de pancreatitis aguda.
2. Litiasis biliar de más de 2,5 cm de diámetro.
3. Vesícula con paredes calcificadas en porcelana.
4. Presencia de cálculos de bilirrubina.

La respuesta correcta en este caso sería la 3. La presencia de calcio en la pared de la vesícula (vesula en porcelana) se asocia en varios estudios a un aumento del riesgo de cáncer de vesícula, por lo que si se detecta de forma incidental en una persona asintomática si que se recomienda la colecistectomía. La otra opción que nos podría causar dudas es la litiasis de 2,5 cm que en algún estudio también se ha relacionado con cáncer de vesícula pero no queda claro. Aunque en algunos textos si lo ponen como posible indicación de colecistectomía en asintomáticos no es una recomendación clara ni establecida actualmente. La presencia de litiasis pequeñas o microlitiasis en un paciente asintomático no es indicación de colecistectomía. Los cálculos de bilirrubina o pigmentarios se asocian a otras cosas, pero el manejo es similar. Los cálculos pigmentarios negros se asocian a hemolisis y cirrosis y los pigmentarios marrones a infecciones biliares.

Respuesta: **3**

117. ¿En cuál de las siguientes técnicas quirúrgicas para la reparación de una hernia inguinal NO se emplea una malla protésica?

1. Shouldice.
2. Lichtenstein.
3. Reparación laparoscópica TEP (totalmente extraperitoneal).
4. Reparación laparoscópica TAPP (transabdominal preperitoneal).

La técnica de Shouldice es la única de las cuatro que no emplea malla protésica para reparar la hernia inguinal, pues se basa en un método de sutura y refuerzo de los planos musculares sin material sintético. Las otras tres (Lichtenstein, TEP y TAPP) sí utilizan mallas.

Respuesta: **1**

118. Mujer de 42 años que consulta por dolor rectal descrito como una sensación de peso u ocupación continua que se agrava con la deposición. En la exploración física el ano es normal y en el tacto rectal se palpa el músculo puborrectal hipertónico y doloroso a la tracción. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?

1. Úlcera solitaria de recto.
2. Proctalgia fugax.
3. Proctalgia inespecífica.
4. Síndrome del elevador del ano.

La paciente describe una clínica de dolor crónico en recto que describe como peso u ocupación, que empeora con la defecación. En la inspección anal no detectan anomalías pero en el tacto se nota el músculo puborrectal (que también se llama músculo elevador del ano) y dolor a la palpación. Esto es típico del síndrome del elevador del ano. Es un cuadro funcional con esta clínica en la que no se detectan otras alteraciones. Puede asociarse a dificultad para la deposición y a dolor con la deposición. La clínica empeora sentado. Se suele palpar en el tacto rectal hipertonía o rigidez y, al palpar, un dolor similar al que notan habitualmente. Al tener está clínica tan típica se podría hacer el diagnóstico directo, pero sabemos que la respuesta no es

la 1 ya que el diagnóstico de la úlcera es con rectoscopia y no se ha hecho ni tenemos ningún dato para sospecharla (aunque en la ida real si se investigaría para descartar otra patología rectal). Suele asociarse, aunque no siempre, a sangrado. La proctalgia fugax es otro cuadro funcional en el que el dolor es muy intenso pero que dura muy poco, segundos o minutos como máximo. La proctalgia inespecífica es un término amplio referirse a dolores rectales sin causa demostrable, pero la exploración de esta paciente sí encuentra un puborrectal espástico y doloroso, hallazgo típico del síndrome del elevador del ano, que lo convierte en el diagnóstico más probable.

Respuesta: **4**

119. Un hombre con diagnóstico de melanoma avanzado y en tratamiento con nivolumab (fármaco anti-PD-1) desarrolla elevación de las transaminasas siete veces los valores normales, junto con elevación de la bilirrubina total (2,3 mg/dL). Se han descartado cuadros infecciosos y no ha mejorado tras suspender el fármaco. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

1. Es una hepatitis inmunomediada por nivolumab y es indistinguible de una hepatitis autoinmune.
2. La reintroducción del fármaco una vez resuelta conlleva la reaparición del cuadro en la mayoría de los casos.
3. Los corticoides a dosis de 1 mg/kg de prednisona o equivalente son el tratamiento de elección en esta situación.
4. La aparición de esta entidad es tardía, generalmente meses después de iniciado el tratamiento.

La respuesta correcta es la opción 3. El paciente presenta una hepatitis inmunomediada secundaria a nivolumab (anti-PD-1), un efecto adverso conocido de los inhibidores de puntos de control inmunitario (immune check point inhibitors). Lo primero sería suspender el tratamiento con el fármaco causante. Si no hay respuesta o, sobre todo, si la toxicidad es moderada o grave (transaminasas >5 veces el límite superior o bilirrubina elevada), el tratamiento de primera línea son corticoides a dosis altas. Si no hay respuesta, se pueden usar inmunosupresores como micofenolato mofetilo. Las otras opciones son incorrectas: Si bien la hepatitis inmunomediada puede parecerse a una hepatitis autoinmune en términos de inflamación hepática, en la biopsia hay diferencias histológicas (como un infiltrado linfocitario predominante) y no suele haber anticuerpos típicos de la hepatitis autoinmune (opción 1 falsa). La reintroducción del fármaco puede ser posible en algunos pacientes con control adecuado del evento adverso, aunque el riesgo de recurrencia es alto. No ocurre en la mayoría de los casos como dice el enunciado, sino que depende del grado de toxicidad previa y del beneficio esperado del tratamiento (opción 2 falsa). La hepatitis inmunomediada puede aparecer tanto temprana como tardíamente tras el inicio del tratamiento, no es exclusivamente un evento de aparición tardía. Por lo tanto, la opción correcta es la 3, ya que el tratamiento estándar de esta hepatitis inmunomediada moderada o grave es con corticoides a dosis de 1 mg/kg de prednisona o equivalente.

Respuesta: **3**

120. Un paciente con enfermedad de Crohn con antecedente de extirpación de un melanoma precisa iniciar un tratamiento avanzado por corticodependencia. ¿Cuál de los siguientes fármacos se debería evitar al estar descrito un aumento del riesgo de dicha neoplasia?

1. Azatioprina.
2. Infliximab.
3. Vedolizumab.
4. Ustekinumab.

Los antiTNF-alfa (infliximab, adalimumab, certolizumab y golimumab), sobre todo el infliximab, tienen en algunos estudios un mayor riesgo de melanoma. Este riesgo es muy bajo pero es el único tumor que se ha relacionado con estos fármacos. Sin embargo, en general, se prefiere evitarlos en pacientes con antecedentes de melanoma y de tumores en general. La azatioprina se ha asociado a tumores cutáneos no melanoma (sobre todo el espinocelular) y a linfomas. Cuando el infliximab se da con azatioprina, lo cual es frecuente si se asocia a algo más de riesgo de neoplasias. El vedolizumab y el ustekinumab tienen un mecanismo de acción más específico y no se asocian a mayor riesgo de tumores. Por tanto, la respuesta correcta es el infliximab, la 2.

Respuesta: **2**

121. Respecto al divertículo faringoesofágico o divertículo de Zenker, es cierto que:

1. Es un divertículo por tracción y consta de todas las capas de la pared esofágica.
2. Es menos frecuente que los divertículos del tercio medio del esófago en la actualidad.
3. No se trata con miotomía del cricofaríngeo si el tamaño es igual o menor a 2 cm.
4. Cuando se interviene mediante abordaje abierto para practicar una diverticulectomía o una divertículopexia, la incisión se realiza en el lado izquierdo del cuello.

El divertículo de Zenker es una herniación de la mucosa y submucosa a través del triángulo de Killian, en la unión faringoesofágica, debido a disfunción del músculo crico-

faríngeo. Se trata con miotomía del cricofaríngeo endoscópica o quirúrgica. En el abordaje quirúrgico abierto, la incisión se realiza en el lado izquierdo del cuello, ya que el esófago cervical suele desviarse hacia la izquierda en su trayecto (opción 4 correcta). La respuesta 1 es incorrecta por que el divertículo de Zenker es un divertículo de pulsión, no de tracción, y solo afecta a la mucosa y submucosa, sin involucrar todas las capas del esófago. También, el Zenker es el divertículo esofágico más frecuente, mucho más que los divertículos del esófago medio, que son raros y suelen estar asociados a trastornos de la motilidad o mediastinitis (respuesta 2 incorrecta). La miotomía del cricofaríngeo sí es el tratamiento estándar, incluso en divertículos pequeños (<2 cm), ya que la causa del problema es la disfunción de este músculo. Sin la miotomía, hay alto riesgo de recurrencia tras la cirugía. Lo que no se hace en los divertículos pequeños es la diverticulectomía (respuesta 3 incorrecta).

Respuesta: **4**

122. Mujer de 67 años con antecedentes de infección por VHC que acude a urgencias por hematemesis. A la exploración observamos ascitis y ligera ictericia. ¿Cuál es la actitud diagnóstica y terapéutica más adecuada?

1. Estabilizar hemodinámicamente, hacer una endoscopia y colocar un TIPS si tiene hemorragia por varices.
2. Realizar una paracentesis, seguido de una endoscopia y ligadura de varices.
3. Estabilizar al paciente, iniciar un fármaco vasoactivo, realizar una endoscopia y practicar una ligadura si hay hemorragia por varices.
4. Esperar al resultado de la endoscopia para actuar en consecuencia.

En este caso, nos preguntan que hacer en uel caso de una paciente con infección por VHC, causa clara de hepatopatía crónica, cirrosis y sus complicaciones que acude por hematemesis. Por si hay dudas del grado de afectación hepática, ya que la paciente podría tener otras causas de hemorragía digestiva no relacionada con hipertensión portal, como una úlcera péptica, nos dicen que el paciente está ictérico y tiene ascitis. La presencia de ascitis denota hipertensión portal, con un gradiente HVPG de al menos 10 mmHg. Las probabilidades de que el sangrado se deba a varices aumentan mucho. Hay otras lesiones relacionadas con la hipertensión portal, como la gastropatía de la hipertensión portal, que pueden causar sangrado pero suele ser un sangrado más crónico con anemia secundaria y no suelen cursar con hematemesis. Entre las opciones que nos dan, la primera la descartamos ya que nos dice que si tiene hemorragia por varices hay que poner un TIPS, y eso no es cierto, y no pone que hay que poner un fármaco vasoactivo como la terlipresina, somatostatina o el octreótido. La respuesta 2 nos dice que lo primero, antes de hacer la endoscopia, es pinchar la ascitis. Esto es falso ya que la asictis no tiene un riesgo inmediato y la hemorragia digestiva si. Es verdad que a todo paciente que ingresa con ascitis hay que hacer una paracentesis diagnóstica para confirmar que se debe a hipertensión portal y para descartar peritonitis bacteriana espontánea, al menos, pero en este caso no es lo primero que hay que hacer. La respuesta 4 pone que se hace la gastroscopia y según eso se decide. Esto también es incorrecto ya que lo primero es estabilizar al paciente y, al mismo tiempo y antes de la endoscopia, si el paciente tiene sospecha de hepatopatia, se deben poner fármacos vasoactivos. La respuesta 3 es la correcta ya que comenta que lo primero es estabilizar al pacinete y poner fármacos vasoactivos. Luego, hacer la endoscopia y si se evidencian varices esofágicas, hacer ligadura con bandas, que es el tratamiento de elección.

Respuesta: **3**

123. Mujer de 38 años que presenta nódulo tiroideo indoloro y creciente en el lóbulo derecho de 6 meses de evolución. Ha experimentado recientemente disfagia y cambios de la voz. Se diagnostica de carcinoma medular de tiroides en estadio III con extensión extratiroidea y compromiso de ganglios linfáticos cervicales. De entre los siguientes, ¿cuál es el tratamiento más adecuado?:

1. Tiroidectomía subtotal.
2. Hemitiroidectomía derecha.
3. Tiroidectomía total con extirpación de ganglios linfáticos cervicales.
4. Quimioterapia exclusiva.

El tratamiento más apropiado para una mujer de 38 años con carcinoma medular de tiroides (MTC) en estadio III, con extensión extratiroidea e implicación de los ganglios linfáticos cervicales, es la tiroidectomía total con disección de los compartimentos ganglionares cervicales centrales y laterales (OPCIÓN 3 CORRECTA). La Asociación Americana de Tiroides (ATA) recomienda que los pacientes con MTC confinado al cuello y ganglios linfáticos cervicales deben someterse a una tiroidectomía total, una disección del compartimento central (nivel VI) y una disección de los compartimentos laterales involucrados (niveles II-V). Además, las guías de la Red Nacional Comprensiva del Cáncer (NCCN) también indican que la cirugía es el tratamiento principal para el MTC, y recomiendan la tiroidectomía total y la disección bilateral del cuello central (nivel VI) en todos los pacientes con tumores ≥1 cm o con enfermedad tiroidea bilateral. Es importante evaluar preoperatoriamente la presencia de hiperparatiroidismo y feocromocitoma, así como realizar pruebas para detectar mutaciones germinales del protooncogén RET en todos los pacientes con MTC. En resumen, la tiroidectomía total con disección de los compartimentos ganglionares cervi-

cales centrales y laterales es el tratamiento más adecuado para esta paciente, según las guías de la ATA y la NCCN.

Respuesta: 3

124. Mujer de 58 años que consulta por presentar desde hace varios meses dolor abdominal epigástrico intermitente, náuseas y pérdida de peso involuntaria de 8 kg. Refiere episodios ocasionales de vómitos biliosos, sin haber notado sangre en los vómitos ni en las heces. Ha estado tomando antiácidos sin mucho alivio. En la exploración física se aprecia abdomen blando, con dolor a la palpación profunda en el epigastrio, sin masas palpables ni signos de peritonitis. Los análisis muestran anemia microcítica e hipocrómica y ferropenia. En la gastroscopia lesión ulcerada en la segunda porción del duodeno, que se biopsia. El informe histológico confirma la presencia de adenocarcinoma duodenal. Una TC abdominal muestra la lesión limitada al duodeno, sin evidencia de diseminación a ganglios linfáticos o metástasis a distancia. ¿Cuál es el siguiente paso más adecuado en el manejo de esta paciente?

1. Observación y seguimiento periódico con endoscopia digestiva alta debido a la localización del tumor.
2. Quimioterapia neoadyuvante seguida de una nueva evaluación para posible resección quirúrgica.
3. Duodenopancreatectomía cefálica (procedimiento de Whipple) como tratamiento de elección.
4. Radioterapia dirigida al duodeno para controlar la enfermedad local antes de considerar la cirugía.

La respuesta correcta de esta pregunta es la opción 3, duodenopancreatectomía cefálica (procedimiento de Whipple) como tratamiento de elección. Esta paciente presenta un adenocarcinoma duodenal diagnosticado mediante biopsia endoscópica, con síntomas de obstrucción parcial, anemia ferropénica probablemente por sangrado crónico no evidente y una pérdida de peso significativa. La tomografía computarizada abdominal muestra que el tumor está localizado en el duodeno sin afectación ganglionar ni metástasis, lo que indica que es resecable. El tratamiento de elección en un adenocarcinoma duodenal localizado y resecable es la duodenopancreatectomía cefálica, ya que permite la resección completa del tumor y tiene potencial curativo. La opción 1, observación y seguimiento periódico con endoscopia digestiva alta, es incorrecta porque el adenocarcinoma duodenal es un tumor maligno y agresivo, no una lesión benigna que pueda ser vigilada sin tratamiento definitivo. La opción 2, quimioterapia neoadyuvante seguida de una nueva evaluación para posible resección quirúrgica, tampoco es adecuada porque esta estrategia se reserva para tumores localmente avanzados o irresecables, y en este caso el tumor está localizado y resecable. La opción 4, radioterapia dirigida al duodeno para controlar la enfermedad local antes de la cirugía, no es el tratamiento estándar en esta situación, ya que su uso es principalmente paliativo en tumores irresecables o como tratamiento adyuvante en casos con márgenes quirúrgicos positivos o afectación ganglionar. Dado que el tumor es localizado y sin metástasis, la duodenopancreatectomía cefálica es el tratamiento de elección al ser la única opción con intención curativa.

Respuesta: 3

125. Mujer de 60 años que tras un esfuerzo refiere la aparición de una tumoración en la zona inguino-crural derecha no reductible y muy dolorosa. Acude a urgencias con un cuadro de vómitos con dolor y distensión abdominal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Hernia inguinal directa.
2. Hernia inguinal indirecta.
3. Hernia obturatriz.
4. Hernia crural.

La respuesta correcta es la opción 4, hernia crural. La paciente presenta una tumoración en la región inguino-crural derecha tras un esfuerzo, que no es reductible y se acompaña de intenso dolor. Posteriormente desarrolla vómitos, dolor y distensión abdominal, lo que sugiere una obstrucción intestinal. Las hernias crurales son más frecuentes en mujeres y tienen una mayor predisposición a incarceración y estrangulación debido a la estrechez del anillo crural. Esto explicaría los síntomas de obstrucción intestinal. Un dato clave que hace que la opción 4 sea la correcta es la descripción de la tumoración en la zona inguino-crural, ya que el término "inguino-crural" hace referencia a una localización más baja que la región inguinal propiamente dicha, lo que es característico de una hernia crural. Si el enunciado hubiese mencionado solo la "región inguinal", podría haberse planteado una hernia inguinal como opción más probable. Sin embargo, el uso preciso del término "inguino-crural" sugiere una hernia crural, que además es más frecuente en mujeres y tiene un mayor riesgo de incarceración y estrangulación, lo que explica la clínica obstructiva de la paciente. La opción 1, hernia inguinal directa, es incorrecta porque este tipo de hernia se produce por debilidad de la pared posterior del canal inguinal y no suele incarcerarse ni estrangularse con tanta facilidad como la crural. Además, es más común en varones y no se localiza en la región crural. La opción 2, hernia inguinal indirecta, también es poco probable en este caso, ya que este tipo de hernia sigue el trayecto del canal inguinal y es más frecuente en hombres jóvenes. Aunque puede incarcerarse, no tiene la misma predisposición que la crural. La opción 3, hernia obturatriz, podría causar síntomas de obstrucción intestinal, pero es una entidad rara y su localización es más profunda en la región

del foramen obturador, por lo que no suele presentarse como una masa inguino-crural evidente. En este caso, la clínica, la localización y el perfil de la paciente hacen que la opción más probable sea la hernia crural.

Respuesta: **4**

126. Hombre de 77 años que acude a urgencias por prurito, ictericia y síndrome tóxico de un mes de evolución. Refiere ingesta de amoxicilina-clavulánico desde hace 10 días por un resfriado. A su llegada se realiza una ecografía que se informa de dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con vesícula biliar distendida. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica y la actitud a seguir?:

1. Colecistitis aguda e indicación de colecistectomía urgente.
2. Coledocolitiasis distal y solicitud de colangiorresonancia magnética.
3. Toxicidad por fármacos y suspensión de la medicación.
4. Tumoración maligna obstructiva de colédoco distal y solicitar TC abdominal.

La respuesta es la opción 4, tumoración maligna obstructiva de colédoco distal y solicitar TC abdominal. El paciente presenta un cuadro de ictericia progresiva, prurito y síndrome tóxico de un mes de evolución, lo que sugiere un proceso obstructivo crónico de la vía biliar. La ecografía muestra dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con vesícula biliar distendida, hallazgo característico de una obstrucción de la vía biliar distal. La combinación de estos síntomas y hallazgos ecográficos es altamente sugestiva de una neoplasia obstructiva de la vía biliar, como un colangiocarcinoma o un adenocarcinoma de páncreas con afectación del colédoco. Ante esta sospecha, la prueba de imagen de elección es la tomografía computarizada abdominal para evaluar la presencia de una masa tumoral y su extensión. Cuando se habla de síndrome tóxico se refiere a perdida de peso involuntaria, anorexia, astenia con o sin fiebre o febrícula prolongada. Esto es típico de la tuberculosis, las neoplasias, cuadros autoinmunes e inflamatorios crónicos. Otro datos clave es que os fijéis en que no hay dolor, es una ictericia indolora. La opción 1, colecistitis aguda e indicación de colecistectomía urgente, es incorrecta porque la ecografía no muestra engrosamiento de la pared vesicular ni líquido perivesicular, que serían hallazgos típicos de colecistitis. Además, la clínica no es de dolor agudo en hipocondrio derecho, sino de ictericia progresiva con síndrome tóxico. La opción 2, coledocolitiasis distal y solicitud de colangiorresonancia magnética, no es la mejor respuesta, ya que aunque la coledocolitiasis puede causar ictericia obstructiva, la evolución prolongada del cuadro y la presencia de síndrome tóxico hacen más probable una etiología tumoral. Además, en estos casos, la tomografía suele ser la primera prueba para evaluar la presencia de una lesión sólida antes de considerar otras exploraciones. La opción 3, toxicidad por fármacos y suspensión de la medicación, es incorrecta porque, aunque el paciente ha tomado amoxicilina-clavulánico, la lesión hepática inducida por fármacos generalmente cursa con un patrón hepatocelular o colestásico sin la dilatación de la vía biliar observada en la ecografía. En este caso, los hallazgos sugieren una obstrucción mecánica y no una lesión tóxica hepática. Por lo tanto, la sospecha más probable es una tumoración maligna obstructiva y la siguiente prueba a realizar es una tomografía computarizada abdominal para caracterizar la lesión y planificar el manejo. Tanto la colecistitis como la coledocolitiasis suelen dar dolor, la colecistitis no suele dar ictericia salvo en el caso del síndrome de Mirizzi y la toxicidad por amoxi-clavulánico no dilata la vía.

Respuesta: **4**

127. La forma más eficaz de evaluación preoperatoria de la función del cuerpo esofágico y del esfínter esofágico inferior en un paciente con sospecha de reflujo gastroesofágico es:

1. La monitorización ambulatoria del pH y la impedancia.
2. Manometría esofágica.
3. Esofagoduodenoscopia.
4. Esofagograma con bario.

La respuesta es la 2, manometría esofágica. La evaluación preoperatoria del cuerpo esofágico y del esfínter esofágico inferior en un paciente con sospecha de reflujo gastroesofágico debe centrarse en la medición de la función motora del esófago y la presión del esfínter esofágico inferior, algo que se logra mediante la manometría esofágica. Actualmente, la manometría que se usa es la manometría de alta resolución. El problema de esta prueba es que si no estamos atentos y vemos la palabra reflujo gastroesofágico, podemos responder que es la monitorización ambulatoria del pH y la impedancia, que son las pruebas de elección para diagnosticar el reflujo gastroesofágico. Pero aquí nos preguntan por la función del cuerpo esofágico y del esfinter esofágico inferior y eso siempre se va a medir con la manometría, independientemente de la enfermedad que tenga el pac iente. Esta prueba permite evaluar la presión, la coordinación y la propagación de las contracciones esofágicas, además de medir el tono del esfínter esofágico inferior. Es especialmente útil en pacientes candidatos a cirugía antirreflujo para descartar trastornos motores subyacentes, como la acalasia o la esclerodermia, que podrían contraindicar ciertos procedimientos quirúrgicos. La opción 1, monitorización ambulatoria del pH y la impedancia, no es la respuesta correcta en este caso porque aunque es la prueba más precisa para confirmar la presencia de reflujo ácido, débilmente ácido o no ácido, no evalúa la función motora del esófago ni la competencia del esfínter esofágico inferior. Su principal indicación es el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico

en pacientes con síntomas atípicos o sin lesiones evidentes en la endoscopia. La opción 3, esofagoduodenoscopia, tampoco es la mejor opción porque aunque permite visualizar lesiones en la mucosa esofágica, como esofagitis erosiva o estenosis, no proporciona información funcional sobre la motilidad del esófago ni sobre la presión del esfínter esofágico inferior. Se usa más para descartar complicaciones del reflujo, como la esofagitis de Barrett o estenosis pépticas. La opción 4, esofagograma con bario, es una prueba estructural que permite evaluar la anatomía del esófago y detectar alteraciones como hernias de hiato o estenosis, pero no proporciona una medición funcional de la motilidad ni de la presión del esfínter esofágico inferior. Se utiliza principalmente en casos de disfagia o sospecha de obstrucción mecánica. Por lo tanto, la prueba más eficaz para evaluar preoperatoriamente la función del cuerpo esofágico y del esfínter esofágico inferior es la manometría esofágica.

Respuesta: **2**

128. Mujer de 34 años con diagnóstico de púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) refractaria al tratamiento médico remitida para evaluación quirúrgica. A pesar del tratamiento con corticosteroides y otros inmunosupresores, sus recuentos plaquetarios han permanecido bajos, con episodios recurrentes de sangrado leve. Se decide realizar una esplenectomía laparoscópica como siguiente paso terapéutico. En relación con la planificación y manejo de la esplenectomía laparoscópica, ¿cuál de las siguientes estrategias es la más adecuada?:

1. La ligadura temprana de la arteria esplénica es crucial para reducir el riesgo de sangrado intraoperatorio y debe realizarse antes de movilizar el bazo en todos los casos.
2. La preservación del polo inferior del bazo es recomendable en pacientes con PTI para mantener una función inmunológica parcial.
3. El abordaje lateral izquierdo es la única opción en esplenectomías laparoscópicas y debe emplearse independientemente del tamaño del bazo.
4. La vacunación preoperatoria contra neumococo, meningococo y Haemophilus influenzae es esencial para reducir el riesgo de infección post-esplenectomía y debe completarse al menos dos semanas antes de la cirugía, siempre que sea posible.

La respuesta correcta es la opción 4, la vacunación preoperatoria contra neumococo, meningococo y Haemophilus influenzae es esencial para reducir el riesgo de infección post-esplenectomía y debe completarse al menos dos semanas antes de la cirugía, siempre que sea posible. La esplenectomía aumenta el riesgo de infecciones graves, especialmente por bacterias encapsuladas, por lo que la administración de estas vacunas antes del procedimiento es fundamental para reducir la incidencia de sepsis post-esplenectomía. Idealmente, las vacunas deben administrarse al menos dos semanas antes de la cirugía para permitir una respuesta inmune adecuada, aunque si la esplenectomía es urgente, se pueden administrar en el postoperatorio inmediato. La opción 1 es incorrecta porque si bien la ligadura de la arteria esplénica ayuda a reducir el sangrado intraoperatorio, no es estrictamente obligatoria antes de la movilización del bazo en todos los casos. En algunos procedimientos, especialmente en esplenectomías difíciles con bazos muy grandes, se puede realizar la movilización parcial antes de ligar la arteria esplénica para mejorar la exposición quirúrgica. También se puede sospechar por técnica de examen, ya que pone "en todos los casos" y eso rara vez es correcto en medicina. La opción 2 también es incorrecta. Aunque en algunas patologías específicas se puede considerar la esplenectomía parcial, en la PTI la esplenectomía suele ser total porque los restos esplénicos pueden seguir destruyendo plaquetas y reducir la eficacia del procedimiento. La opción 3, "el abordaje lateral izquierdo es la única opción en esplenectomías laparoscópicas y debe emplearse independientemente del tamaño del bazo", es errónea porque aunque el abordaje lateral izquierdo es el más utilizado en esplenectomía laparoscópica, en bazos muy grandes o con adherencias importantes puede ser necesario modificar la técnica o incluso convertir a cirugía abierta. En conclusión, la opción más correcta es la vacunación preoperatoria, ya que es una medida crucial para reducir el riesgo de infecciones graves tras la esplenectomía.

Respuesta: **4**

129. ¿Cuál de las siguientes medidas aconsejadas para reducir la infección de la herida quirúrgica es INCORRECTA?:

1. En caso de ser necesario eliminar el vello, está indicado rasurarlo con cortadora eléctrica o con cuchilla.
2. Es recomendable mantener la temperatura corporal del paciente >35,5ºC.
3. Es recomendable mantener la glucemia en cifras <180 mg/dL.
4. El intervalo de inicio de la infusión del antibiótico hasta la realización de la incisión debe ser menor de 60 minutos.

Todas son actitudes correctas dirigidas a disminuir el riesgo de infección excepto la 1: es irrelevante el método empleado para rasurar (cortadora eléctrica o con cuchilla) de cara a la infección.

Respuesta: **1**

130. En un paciente diagnosticado de fracaso renal agudo, el tratamiento con hemodiálisis está indicado en todas las siguientes situaciones clínicas, EXCEPTO en una:

1. Acidosis metabólica que no responde a tratamiento con bicarbonato.
2. Sobrecarga de volumen con edema agudo de pulmón.
3. Hiperpotasemia refractaria a tratamiento médico.
4. Proteinuria de 1 gramo en la orina de 24 horas.

La hemodiálisis está indicada en situaciones donde el fracaso renal pone en riesgo la vida del paciente o no responde al tratamiento médico convencional. Entre las principales indicaciones están:

1. Acidosis metabólica severa y refractaria (pH < 7,1 a pesar de bicarbonato)
2. Sobrecarga de volumen con edema agudo de pulmón que no responde a diuréticos.
3. Hiperpotasemia refractaria a tratamiento médico (K+ ≥ 6,5 mmol/L con cambios ECG o que no responde a medidas como gluconato de calcio, insulina con glucosa y diuréticos).

En este caso, la proteinuria de 1 g/24h no es una indicación de hemodiálisis, ya que la presencia de proteinuria moderada no implica un deterioro inmediato de la función renal ni pone en riesgo la vida del paciente.

Respuesta: **4**

131. Mujer de 54 años diagnosticada de diabetes mellitus tipo 2 hace tres años en tratamiento con metformina y lisinopril con buen control metabólico. Es enviada a consulta de Nefrología por creatinina sérica de 1,7 mg/dL, filtrado glomerular estimado de 49 mL/min/1,73m2 y cociente albumina/creatinina en orina de 250 mg/g. En los siguientes meses se confirma estabilidad de la función renal, las cifras de presión arterial se mantienen alrededor de 125/70 mmHg, en la ecografía se observan riñones de tamaño y morfología normal y en el estudio de fondo de ojo se objetiva una retinopatía diabética grado 2. ¿Cuál de las siguientes es la actitud a seguir?:

1. No hacer modificaciones en el tratamiento dada la estabilidad y buen control de su enfermedad.
2. Añadir un antagonista del receptor de la angiotensina II para lograr un mejor control de la presión arterial y disminuir la albuminuria.
3. Indicar la realización de una biopsia renal para confirmar la existencia de una enfermedad renal diabética.
4. Iniciar tratamiento con un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 que promueve la excreción urinaria de glucosa y tiene un efecto nefroprotector.

Para responder correctamente, analicemos el caso: se trata de una mujer de 54 años con diabetes mellitus tipo 2 bien controlada, creatinina sérica: 1,7 mg/dL, filtrado glomerular estimado de 49 mL/min indica una enfermedad renal crónica en estadio 3A, con albuminuria de 250 mg/g (microalbuminuria) y una presión arterial de 125/70 mmHg, es decir, con un control adecuado. La ecografía renal normal y retinopatía diabética grado 2, que sugiere nefropatía diabética como causa más probable de la ERC.

Con respecto a las opciones: El no hacer modificaciones en el tratamiento es incorrecto, aunque el control de la presión arterial es adecuado, existe albuminuria significativa, lo que indica progresión del daño renal. Se deben optimizar medidas nefroprotectoras.

Con respecto a añadir un ARA-II (antagonista del receptor de angiotensina II), sería incorrecto, ya que el paciente está en tratamiento con lisinopril (IECA), por lo que NO se deben combinar un IECA con un ARA-II, ya que aumenta el riesgo de hiperpotasemia e insuficiencia renal sin beneficios adicionales en nefroprotección.

La tercera respuesta nos habla de plantear una biopsia renal para confirmar enfermedad renal diabética, debemos saber que el diagnóstico de nefropatía diabética en este paciente es clínico, ya que tiene retinopatía diabética, albuminuria moderada y función renal estable. La biopsia renal se reserva para sospecha de otra patología renal concomitante, lo cual no es el caso aquí.

Por tanto, la respuesta correcta es la 4: debemos iniciar un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) como la empagliflozina, dapagliflozina o canagliflozina, que han demostrado efecto nefroprotector, reduciendo la progresión de la enfermedad renal en diabéticos con albuminuria, independientemente del control glucémico. También tienen beneficios cardiovasculares y son recomendados en las guías actuales para pacientes con ERC y diabetes.

Respuesta: **4**

132. El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH), se caracteriza por:

1. Hiponatremia con osmolalidad sérica baja y osmolalidad urinaria elevada.
2. Hiponatremia hipovolémica con concentración urinaria de sodio y osmolalidad en orina elevadas.
3. Su tratamiento se basa en la restricción hídrica y la administración de fármacos agonistas del receptor de vasopresina.
4. En la mayoría de los casos se asocia con la administración de fármacos, especialmente antibióticos e inmunosupresores.

El SIADH presenta una hiponatremia dilucional por retención excesiva de agua, pero sin edema, osmolalidad plasmática baja (< 275 mOsm/kg) debido a la dilución

del sodio, osmolalidad urinaria elevada (> 100 mOsm/kg), ya que la hormona antidiurética (ADH) estimula la reabsorción de agua en los túbulos renales, sodio urinario elevado (> 40 mEq/L) debido a la euvolemia y un estado euvolémico (no hay signos de hipovolemia ni sobrecarga de volumen). Con respecto a la primera respuesta la hiponatremia con osmolalidad sérica baja y osmolalidad urinaria elevada es correcto. Esta es la característica diagnóstica clave del SIADH: hiponatremia euvolémica con osmolalidad plasmática baja y orina inadecuadamente concentrada (osmolalidad urinaria alta). Con respecto a su tratamiento, consiste en restricción hídrica y, en casos graves, el uso de fármacos antagonistas de la vasopresina (vaptanes como tolvaptán), no agonistas. Si bien algunos fármacos pueden inducir SIADH (carbamazepina, ISRS, ciclofosfamida), las causas más frecuentes son neoplasias (cáncer de pulmón de células pequeñas), enfermedades pulmonares e infecciones del SNC.

Respuesta: **1**

133. **Hombre de 37 años que se deriva a consulta de Nefrología para estudio de hematuria microscópica persistente. La exploración es normal salvo por presión arterial 160/100 mmHg. Hemograma sin alteraciones, urea 25 mg/dL, creatinina 0,8 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 4,5 mEq/L, perfil hepático y lipídico normales, no hipoalbuminemia ni hipoproteinemia; estudio de autoinmunidad normal, complemento, inmunoglubulinas y proteinograma normales; serología vírica negativa; proteinuria de 0,75 g/24h; sedimento urinario con 30 eritrocitos por campo, 90% dismórficos, no leucocituria. Se realiza biopsia renal que muestra depósitos mesangiales de IgA, IgG y C3 con hipercelularidad mesangial (M1) y glomeruloesclerosis segmentaria (S1) pero sin proliferación endocapilar (E0) ni fibrosis túbulo-intersticial (T0) ni presencia de semilunas. ¿En este momento, cuál de entre los siguientes es el tratamiento más recomendado?:**

1. Monoterapia con corticoides a 0,5 mg/kg/día con pauta descendente en 3 meses.
2. Control de la presión arterial y la proteinuria (añadir un antagonista de los receptores de angiotensina II).
3. Rituximab como primera opción y, si no hay respuesta, administrar ciclofosfamida.
4. Corticoides a altas dosis junto con ciclofosfamida como tratamiento de inducción.

Para contestar bien a la pregunta debemos fijarnos en los datos clave del paciente: presenta hematuria microscópica persistente con eritrocitos dismórficos, lo cual sugiere origen glomerular, además presenta hipertensión arterial (160/100 mmHg), con proteinuria moderada (0,75 g/24h) en rango no nefrótico, acompañado de una función renal normal y una biopsia renal compatible con nefropatía IgA (depósitos mesangiales de IgA, IgG y C3, hipercelularidad mesangial). Con respecto a las opciones: la monoterapia con corticoides a 0,5 mg/kg/día con pauta descendente en 3 meses sería incorrecto ya que el uso de corticoides está indicado en nefropatía IgA con proteinuria > 1 g/día y progresión de la enfermedad renal. Este paciente tiene proteinuria < 1 g/día y función renal normal, por lo que los corticoides no son la primera línea de tratamiento. Con respecto al control de la presión arterial y la proteinuria (añadir un ARA-II) sería la opción correcta ya que el tratamiento inicial en nefropatía IgA con proteinuria < 1 g/día y función renal preservada es el control de la presión arterial y la proteinuria con inhibidores del sistema renina-angiotensina (IECA o ARA-II), teniendo como objetivo tensional: < 130/80 mmHg y objetivo de proteinuria: < 0,5 g/día con tratamiento antiproteinúrico. Con respecto al rituximab como primera opción y, si no hay respuesta, administrar ciclofosfamida seríaIncorrecto ya que el rituximab no está indicado en la nefropatía IgA. Y los corticoides a altas dosis junto con ciclofosfamida como tratamiento de inducción se suele utilizar en las formas rápidamente progresivas con semilunas en la biopsia, lo cual no está presente en este caso.

Respuesta: **2**

134. **Hombre de 65 años que presenta un episodio de infección respiratoria y es tratado con amoxicilina/clavulánico. Una semana después comienza con fiebre y aparición de rash cutáneo por lo que acude a Urgencias. En la analítica se objetiva deterioro de función renal con creatinina sérica 3,2 mg/dL (previa 1,2 mg/dL), eosinofilia y presencia de proteinuria y microhematuria en el sistemático de orina. Indique cuál de estas actitudes es la más correcta:**

1. Es necesario realizar una biopsia cutánea para establecer el diagnóstico.
2. Hay que aumentar la dosis de antibiótico pues probablemente se trate de una nefropatía tubulointersticial aguda de etiología infecciosa.
3. Se debe suspender el antibiótico y plantear tratamiento con esteroides si la función renal no mejora en 2-3 días.
4. Hay que iniciar tratamiento con bolus de esteroides a dosis altas y realizar una biopsia renal.

Con respecto a esta pregunta debemos analizar lo siguiente se trata de un paciente de 65 años con una infección respiratoria tratada con amoxicilina/clavulánico, que comienza una semana después con fiebre y rash cutáneo (posible reacción alérgica). Pero, a nivel de laboratorio se acompaña con un aumento de creatitina, es decir un deterioro de la función rena, eosinofilia y proteinuria y microhematuria, lo que sugiere daño renal. Este caso debe hacernos pensar en una nefropatía tubulointersticial aguda (NTIA) inducida por fármacos. Con respecto a si es necesario realizar una biopsia cutánea para establecer el diagnóstico, la biopsia cutánea no es necesaria, la clave sería

la suspensión del antibiótico y el seguimiento clínico. No debemos tampoco aumentar la dosis de antibiótico pues probablemente se trate de una nefropatía tubulointersticial aguda inducida por fármacos (como amoxicilina/clavulánico), en este caso debemos suspender el antibiótico, ya que este es el agente causante de la reacción. Por ello la respuesta correcta es la número 3, debemos suspender el antibiótico y plantear tratamiento con esteroides si la función renal no mejora en 2-3 días. Hay que tener en cuenta que no es necesario iniciar tratamiento con esteroides de inmediato. La biopsia renal tampoco es esencial a menos que el paciente no responda a la suspensión del antibiótico y se sospeche una enfermedad renal más grave o diferente.

Respuesta: **3**

135. **Hombre de 72 años, remitido a consulta tras un hallazgo en una TC solicitada para el estudio de molestias digestivas inespecíficas. Se objetiva una lesión sólida, exofítica, heterogénea, con realce intenso tras la administración de contraste, de 4,9 cm de diámetro, dependiente del polo inferior renal derecho; en el riñón izquierdo litiasis piélica de 3 cm que condiciona hidronefrosis y atrofia cortical. Antecedentes personales de hipertensión, sobrepeso (mide 1,6 m y pesa 95 kg) y fumador habitual. En la analítica destaca creatinina sérica de 1,5 mg/dL. Señale de entre las siguientes opciones de tratamiento la que considera más adecuada:**

1. Nefrectomía bilateral, con suprarrenalectomía derecha y linfadenectomía retroperitoneal.
2. Nefrectomía parcial derecha.
3. Biopsia percutánea. Quimioterapia neoadyuvante y nefrectomía radical derecha.
4. Nefrectomía radical derecha. Inmunoterapia adyuvante.

Caso clínico sobre indicaciones de nefrectomía parcial: tamaño menor de 7cm, exofitico, lejos del seno renal y monorreno. En este caso se cumplen todas las condiciones, pues que nos digan que el otro riñón está atrófico por una dilatación probablemente crónica, es una manera de decir que el paciente es monorreno funcional, porque ese riñón funciona poco o nada.

Respuesta: **2**

136. **Hombre de 53 años acude a urgencias por anuria de 48 horas de evolución. Presenta dolor abdominal difuso de varios días de evolución que no se modifica con la posición ni con la ingesta. No ha presentado fiebre pero sí náuseas con dos vómitos escasos biliosos sin productos patológicos, además de estreñimiento. En la analítica sanguínea presenta ligera leucocitosis con desviación izquierda, creatinina 7 mg/dL con FG<15mL/min,sodio 132 mmol/L y potasio 5,7 mmol/L, bilirrubina 1 mg/dL, amilasa 100 U/L, AST 30 U/L, ALT 45 U/L, fosfatasa alcalina 60 U/L, y GGT 70 U/L. En el sedimento de orina únicamente se evidencian 5-10 hematíes/campo y leve piuria. En la ecografía abdominal dilatación pielocalicial y ureteral moderada-severa bilateral con leve disminución del parénquima en el riñón izquierdo y múltiples imágenes hiperecoicas con sombra acústica posterior en todos los grupos caliciales así como en el uréter proximal izquierdo. ¿Cuál es la actitud más correcta a seguir?**

1. Analgesia iv y sueroterapia intensiva para forzar diuresis.
2. Diuréticos intravenosos.
3. Derivación de la vía urinaria de forma bilateral.
4. Solicitar TC ante la sospecha de abdomen agudo.

Se trata de un cólico nefrítico complicado por tener obstrucción bilateral. El tratamiento es la derivacion urinaria urgente de los dos lados.

Respuesta: **3**

137. **Hombre de 28 años que consulta por haberse despertado por dolor en la región genital y tumefacción en el pene. No recuerda con detalle lo sucedido en las últimas 12 horas. En las últimas 48 h ha consumido alto volumen de alcohol, varias drogas (mefedrona, cocaína, anfetamina), junto con sildenafilo y se ha autoinyectado en el pene 20 µg de alprostadil. A la exploración destaca, pene flácido, glande no visible en su totalidad por edema y hematoma expansivo de partes blandas. Presenta restos hemáticos en el meato uretral. ¿Cuál de las siguientes opciones NO formaría parte de su plan terapéutico?:**

1. Gasometría obtenida mediante punción del cuerpo cavernoso.
2. Revisión quirúrgica urgente.
3. Evitar el sondaje vesical.
4. Ecografía de pene.

Caso clínico sobre una fractura de pene. Las fracturas de pene cursan con un chasquido, seguido de dolor de fuerte intensidad, detumescencia inmediata y hematoma penano. En ocasiones puede estar asociado a fractura uretral, en cuyo caso cursaría con uretrorragia e imposibilidad para orinar. El diagnóstico puede incluir ecografía donde podría verse la línea de fractura de la albugínea y uretrocistografía para evaluar integridad uretral. El tratamiento

es cirugía urgente para evacuar el hematoma, reparar el cuerpo cavernoso +/- uretroplastia en caso rotura de uretra. La gasometría de cuerpos cavernosos es una prueba fundamental en el diagnostico de un priapismo.

Respuesta: **1**

138. **Hombre de 51 años que consulta preocupado por la aparición de leve goteo postmiccional. Tiene dislipemia, hipertensión arterial y alopecia androgénica incipiente. Sigue tratamiento con simvastatina, enalapril, minoxidil y dutasteride. Padre y hermano fallecidos por cáncer de próstata. En los reconocimientos de salud laboral realizados en 2.021 y 2.023 se observa PSA de 0,3 y de 3,8 ng/mL respectivamente (valores de referencia <4 ng/mL). Una RMN prostática multiparamétrica muestra una próstata de 55 mL y en secuencia T2 un nódulo hipointenso moderado y homogéneo de 1,7 cm, con restricción de la difusión y realce precoz en perfusión en el límite entre el estroma fibromuscular anterior y la zona transicional del lóbulo izquierdo prostático. Repetimos una nueva determinación de PSA 3,5 ng/mL. A la vista de estos hallazgos, ¿qué recomendación propondría al paciente como la más adecuada?:**

1. Biopsia prostática transrectal sistemática.
2. Iniciar un tratamiento antibiótico empírico durante 10 días y realizar una biopsia prostática sistemática al finalizar.
3. Tranquilizar al paciente, ofrecer tratamiento sintomático alfa-bloqueante y seguimiento.
4. Biopsia prostática transperineal sistemática y dirigida mediante fusión de imágenes RMN.

Caso clínico sobre indicaciones de biopsia. En el momento actual se prefiere realizar biopsia transperineal, en lugar de la transrectal guiada por fusión de imágenes ecográficas y una RMN. La razon de realizar la RMN, es para evitar biopsias innecesarias pues la RMN es capaz de detectar el cáncer de próstata clínicamente significativo (Gleason 7 en adelante). Además, la biopsia por fusión permite biopsiar de forma dirigida y más precisa la zona sospechosa y el resto de la próstata de forma aleatorizada o sectorizada. Las lesiones sospechosas de malignidad (PIRADS 4 y 5) se caracterizan por ser: hipointensas en T2, con restricción de la difusión y realce precoz en perfusión. Este paciente, si bien el PSA no está por encima de 4ng/dl, sí tiene factores de riesgo importantes familiares y una elevación significativa del PSA en dos años. En su caso, esta indicada la biopsia de fusión transperineal.

Respuesta: **4**

139. **¿Cuál de estas afirmaciones es cierta sobre los subtipos moleculares de cáncer de mama?:**

1. El cáncer de mama triple negativo es el subtipo más frecuente.
2. El cáncer de mama HER2+ es el subtipo menos agresivo.
3. El cáncer de mama luminal A es el subtipo más raro.
4. El cáncer de mama triple negativo es el subtipo más agresivo.

Los cánceres de mama se clasifican por agresividad en triple negativo > Her2 > Luminal B > Luminal A.

Respuesta: **4**

140. **Mujer de 60 años con diagnóstico reciente de cáncer de mama metastásico con alta carga tumoral. Acude a Urgencias 48 horas después de haber recibido el primer ciclo de tratamiento, con cuadro de náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, astenia intensa y letargia. En la analítica sanguínea presenta alteración de la función renal. ¿Cuál de las siguientes alteraciones analíticas esperaría encontrar también?:**

1. Hipouricemia.
2. Hiperpotasemia.
3. Hipofosfatemia.
4. Hipercalcemia.

Este caso clínico describe a una mujer de 60 años con cáncer de mama metastásico que presenta síntomas después del primer ciclo de quimioterapia, junto con alteración de la función renal. Los síntomas que describe el paciente (náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, astenia intensa y letargia) pueden ser indicativos de un síndrome de lisis tumoral, que es una complicación de la quimioterapia, especialmente en tumores con alta carga tumoral, como el cáncer de mama metastásico. El síndrome de lisis tumoral ocurre cuando las células tumorales se destruyen rápidamente, liberando grandes cantidades de contenido intracelular en el torrente sanguíneo. Esto puede causar:

- Hiperuricemia (por liberación de purinas) que se convierte en ácido úrico.
- Hiperpotasemia (por liberación de potasio de las células).
- Hipocalcemia (debido a la precipitación de fosfato de calcio).
- Hiperfosfatemia (por liberación de fosfatos). Esto puede llevar a alteraciones en la función renal, ya que el ácido úrico y el fosfato pueden precipitarse en los riñones y causar daño renal.

Respuesta: **2**

141. ¿A cuál de las siguientes proteínas presentes en la superficie celular se une el fármaco pembrolizumab?:

1. PD-1.
2. PD-L1.
3. CTLA-4.
4. HER2.

La respuesta correcta es 1 (PD-1) porque pembrolizumab es un anticuerpo monoclonal dirigido contra PD-1 (programmed death-1). PD-1 es un receptor inhibidor expresado en los linfocitos T que, al unirse a sus ligandos (PD-L1 o PD-L2), suprime la respuesta inmunitaria. Pembrolizumab bloquea PD-1, impidiendo esta interacción y restaurando la respuesta inmune contra las células tumorales.

PD-L1 (Opción 2) es el ligando de PD-1, pero pembrolizumab no se une a PD-L1. En cambio, otros fármacos como atezolizumab o durvalumab sí bloquean PD-L1 directamente.

CTLA-4 (Opción 3) es otro receptor inhibidor en los linfocitos T, pero pembrolizumab no lo bloquea. En su lugar, ipilimumab es el anticuerpo monoclonal que inhibe CTLA-4.

HER2 (Opción 4) es un receptor de tirosina quinasa involucrado en el crecimiento celular y está sobreexpresado en ciertos cánceres de mama y gástricos. Pembrolizumab no actúa sobre HER2; en cambio, trastuzumab es el fármaco dirigido contra este receptor.

Respuesta: **1**

142. ¿Cuál de estos pacientes en tratamiento con quimioterapia cumple criterios de neutropenia febril?:

1. Mujer de 38 años intervenida de cáncer de mama en curso de quimioterapia adyuvante que acude a urgencias por temperatura de 38,5ºC, odinofagia, rinorrea y buen estado general. Neutrófilos 400/mm3.
2. Mujer de 68 años intervenida de cáncer de colon estadio IV en curso de quimioterapia de primera línea que acude a urgencias por temperatura de 37,8ºC, diarrea y mucositis grado 2. Hemodinamicamente estable. Neutrófilos 300/mm3.
3. Hombre de 50 años intervenido de adenocarcinoma gástrico en curso de quimioterapia adyuvante que acude a urgencias por escalofríos y temperatura de 37,5ºC sin otra sintomatología acompañante. Neutrófilos 600/mm3.
4. Hombre de 65 años afecto de adenocarcinoma gástrico metastásico en curso de quimioterapia de segunda línea con ECOG 1 que acude a urgencias por temperatura de 38,6 ºC y diarrea grado 1. Neutrófilos 700/mm3.

La neutropenia febril se define como fiebre con temperatura >38º y neutrófilos <500 células/µL. La opción correcta es la 1, ya que es la única que cumple criterios clínicos y analíticos de neutropenia febril, una urgencia oncológica que requiere evaluación y tratamiento inmediatos

Respuesta: **1**

143. En un paciente con cáncer colorrectal metastásico irresecable RAS nativo y con pérdida de expresión de proteínas reparadoras del ADN (MSI-H). ¿Cuál debe ser el tratamiento de elección de primera línea?:

1. Quimioterapia + Anti-EGFR.
2. Inmunoterapia.
3. Quimioterapia.
4. Quimioterapia + Anti-VEGFR.

La respuesta correcta es la opción 2, "inmunoterapia". En un paciente con cáncer colorrectal metastásico irresecable que presenta RAS nativo y pérdida de expresión de proteínas reparadoras del ADN con inestabilidad microsatélital alta (MSI-H), el tratamiento de elección en primera línea es la inmunoterapia con inhibidores de puntos de control inmunológico, como pembrolizumab o nivolumab. Los tumores MSI-H tienen una alta carga mutacional, lo que los hace altamente inmunogénicos y sensibles a la inmunoterapia. Estudios clínicos han demostrado que estos pacientes obtienen mejores respuestas y una mayor supervivencia con inhibidores de PD-1 en comparación con la quimioterapia convencional.

La opción 1, "quimioterapia más anti-EGFR", es incorrecta porque los tumores MSI-H tienen una menor sensibilidad a los anti-EGFR como cetuximab o panitumumab, ya que su biología molecular está dominada por la deficiencia en la reparación del ADN y no por la vía del receptor del factor de crecimiento epidérmico. A pesar de que estos fármacos se ponen en personas que tienen tumores sin mutaciones en KRAS o NRAS (es decir, RAS wild type, salvaje o nativo), y nos comentan la presencia de RAS nativo para confundir, al tener MSI-H de elección es la inmunoterapia. Otra cosa importante es que los antiEGFR (Cetuximab y Panitumumab) se deben usar siempre en combinación con quimioterapia, mientras que la inmunoterapia no precisa quimioterapia, se da sola.

La opción 3, "quimioterapia" en monoterapia, tampoco es la mejor opción, ya que los estudios han demostrado que la inmunoterapia en tumores MSI-H ofrece una mejor respuesta y menor toxicidad en comparación con la quimioterapia convencional basada en fluoropirimidinas, oxaliplatino e irinotecán.

La opción 4, "quimioterapia más anti-VEGFR", no es la elección óptima en estos casos porque, aunque los inhibidores de VEGFR como bevacizumab pueden mejorar la eficacia de la quimioterapia en tumores colorrectales metastásicos, en los tumores MSI-H la inmunoterapia ha demostrado ser superior. Por lo tanto, en un paciente con cáncer colorrectal metastásico MSI-H, el tratamiento de primera línea debe ser con inmunoterapia, ya que es el

enfoque más eficaz en este subtipo tumoral. También se pone inmunoterapia si hay defectos en el sistema de reparación de errores de emparejamiento en el DNA (genes MMR, "Mismatch Repair") y esto se conoce como dMMR. Estos genes son MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 y EPCAM.

Respuesta: 2

144. **Hombre de 48 años, exfumador hasta el 2.020, con antecedente de nefrectomía parcial izquierda en el 2.020 por carcinoma de células renales, tipo célula clara, grado 2/4, pT1b, que acude por autopalparse una adenopatía laterocervical alta hace 4 meses. En la ecografía de cuello se identifican 2 lesiones nodulares submaxilares y en el TC de cuello se informa de una lesión nodular de partes blandas derecha que corresponde probablemente a una adenopatía sospechosa. Se indica biopsia de la lesión donde se observa una proliferación neoplásica constituida por células con marcada atipia citológica que se disponen con un patrón de crecimiento difuso. El estudio inmunohistoquímico es positivo para CD20, y negativo para CD3, CD30, CD15 y CKAE1-AE3. En estos casos se completa el estudio con CD10, Bcl6 y MUM1 para indicar el fenotipo de la neoplasia. ¿Cuál es el diagnóstico anatomo- patológico?:**

1. Linfoma Hodgkin variante clásica.
2. Linfoma B difuso de célula grande.
3. Linfoma T periférico.
4. Metástasis de carcinoma.

La presencia de células tumorales que expresan CD20 son sugestivas de un linfoma no Hodgkin B (recuerda la regla mnemotécnica: Los linfomas no Hodgkin B expresan CD "Beinte"). Por todo ello, entre las opciones, solo la opción 2, linfoma B difuso de célula grande es posible. Además, que en el enunciado nos especifiquen que el patrón de crecimiento de los linfocitos B patológicos es de tipo DIFUSO, también nos orienta a un linfoma B difuso de célula grande. Por otro lado, recuerda que los linfomas T y el linfoma de Hodgkin expresan CD30 - CD Treinta, que en este caso, son negativos , luego no serían opciones posibles.

Respuesta: 2

145. **Hombre de 17 años con hemofilia A grave e inhibidor de alto título frente al FVIII que presenta sangrado agudo a nivel articular. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es el más indicado para controlar la hemorragia?**

1. Desmopresina.
2. Emicizumab.
3. Ácido tranexámico.
4. Factor VII activado recombinante.

Hasta un 15% de los pacientes con hemofilia en tratamiento crónico PROFILÁCTICO con el factor deficitario (sobre todo en la hemofilia A grave), pueden desarrollar inhibidores. El desarrollo de inhibidores es una complicación grave, en el cual los pacientes desarrollan un anticuerpo inhibidor (anti FVIII en la hemofilia A o antiFIX en la hemofilia B) frente al factor que de manera exógena se les administa de manera profiláctica. Debemos sospechar un inhibidor ante un paciente con hemofilia (sobre todo hemofilia A grave) que de repente "deja de responder" a la profilaxis con factor VIII y comienza a tener hemartros y complicaciones hemorrágicas que no ceden a pesar de administrar más y más dosis de factor VIII. Al no responder a factor, en los pacientes con inhibidores, el sangrado AGUDO se debe TRATAR con agentes by pass, fármacos que son capaces de activar la coagulación "by-passeando" o "saltandóse" el autoanticuerpo, como el factor VII recombinante activado, que activa de manera masiva la vía extrínseca de la coagulación y por tanto no se ve afectado por a presencia de inhibidores antiFVIII o antiFIX (respuesta 4 correcta). Emicizumab es un anticuerpo biespecífico que es capaz de unir el FX y el FIX en ausencia de FVIII, se administra por vía subcutánea y está aprobado para la PROFILAXIS (no para el tratamiento agudo) de los eventos hemorrágicos en pacientes con hemofilia A (con y sin inhibidor).

Respuesta: 4

146. **Hombre de 76 años que es intervenido por recambio protésico de cadera derecha tras traumatismo. Entre los antecedentes personales destaca hipertensión arterial en tratamiento fármacológico y recambio protésico de rodilla izquierda hace 3 meses por artrosis evolucionada. Al cuarto día del postoperatorio se detecta trombopenia de 52.000/mm3 con cifras de hemoglobina y leucocitos normales. El estudio de coagulación y la bioquímica es normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:**

1. Púrpura trombótica trombocitopénica.
2. Coagulación intravascular diseminada.
3. Trombopenia inducida por heparina.
4. Síndrome hemolítico urémico.

Ante un paciente con una trombopenia BRUSCA, sin ninguna otra citopenia a los 5-10 días de estar bajo tratamiento con heparina (sobre todo HNF, pero también HBPM) debemos sospechar una trombopenia inducida por heparina (respuesta 3 correcta). La trombopenia inducida por heparina (TIH) es una complicación que debes reconocer pues si se produce, puede causar trombosis MUY GRAVES (Recuerda que es una de las pocas causas de trombopenia + trombosis). Si se sospecha TIH, es necesario la reti-

rada inmediata de la heparina y anticoagulación urgente del paciente con algún otro anticoagulante para evitar las trombosis. Si bien en este caso clínico no especifican que el paciente recibe tratamiento con heparina, se "sobreentiende" al haber tenido una cirugía traumatológica reciente. Además, el hecho de que no tenga anemia ni datos de hemolisis descarta que el paciente tenga una MAT como la PTT o el SHU (opciones 1 y 4 falsas) y la coagulación normal descarta la CID (respuesta 2 falsa).

Respuesta: **3**

147. Los siguientes tipos de linfoma pueden ser originados por virus. ¿Cuál de ellos es producido por el virus herpes humano tipo 8 (KSHV/HHV8)?

1. Leucemia-linfoma T del adulto.
2. Linfoma primario de cavidades.
3. Linfoma de Burkitt.
4. Granulomatosis linfomatoide.

El virus Herpes 8 (HHV8) es un virus asociado a varias enfermedades, sobre todo en personas inmunodeprimidas. Las principales son:

- Sarcoma de Kaposi en personas con VIH.
- Enfermedad de Castleman.
- Linfoma primario de cavidades (Respuesta 2 correcta)

Respuesta: **2**

148. Mujer de 50 años diagnosticada de síndrome mielodisplásico con monosomía del cromosoma 7 (45 XX -7 [20]) es sometida a un trasplante hematopoyético alogénico con sangre de cordón umbilical de un hombre compatible procedente de un banco de otro país. A los tres meses del trasplante con recuperación completa de las cifras hematológicas periféricas se realiza una punción de médula ósea, que no presenta alteraciones morfológicas y un estudio cromosómico con un cariotipo 47 XXY [20]. ¿Cuál es la explicación de estos hallazgos?:

1. El donante tiene un síndrome de Klinefelter no diagnosticado.
2. En la médula ósea coexisten células del donante y del receptor (quimerismo mixto).
3. Tras el trasplante ha existido un fenómeno de fusión celular entre las células del donante y receptor que ha originado el nuevo cariotipo.
4. En el cariotipo realizado precozmente tras un trasplante hematopoyético es habitual encontrar alteraciones cromosómicas transitorias de este tipo que carecen de significación clínica.

Pregunta muy dificil y rebuscada sobre el trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos. Cuando se realiza un TPH alogénico, la técnica por la cual determinamos el porcentaje de tejido hematopoyético del donante en el receptor se llama "quimerismo". Si el aloTPH es exitoso, el 100% del tejido hematopoyético pasa a ser del donante (quimera completa). Si un paciente tiene quimera completa, la sangre será 100% producida por parte del tejido hematopoyético donado, por ello, en un aloTPH, el receptor siempre adquiere el grupo sanguíneo ABO del donante (que no es necesario que sea el mismo entre ambos). Lo mismo ocurre con el cariotipo, al cambiar del todo las células hematopoyéticas, los cromosomas de las nuevas células son los mismos que tiene el donante, de este modo, si el donante es varón y la receptora es mujer, la paciente pasará a tener un cariotipo en sangre 46 XY (varón) y viceversa. En este caso, se trata de una mujer con un SMD con monosomía del cromosoma 7, en la cual a los 3 meses del aloTPH, y estando sin displasia, ni citopenias, es decir, en remisión (quimera completa), se detecta la presencia de un cariotipo 47XXY. En este contexto, y con quimera completa, se sospecha que la paciente ha adquirido el cariotipo del donante, compatible con un síndrome de Klinefelter no conocido previamente en el mismo (respuesta 1 correcta).

Respuesta: **1**

149. Mujer de 90 años sin alergias medicamentosas conocidas, con HTA y gonalgia nocturna por gonartrosis derecha de intensidad leve-moderada de tres meses de evolución. Refiere que no toma ninguna medicación y se confirma que realiza las medidas higiénicas del sueño correctamente. Consulta a su médico de atención primaria por insomnio de conciliación y mantenimiento que le interfiere con sus actividades diarias. ¿Qué fármaco es más adecuado iniciar en este caso?:

1. Paracetamol.
2. Diazepam.
3. Mirtazapina.
4. Trazodona.

El primer paso a la hora de evaluar un insomnio es identificar si hay alguna causa asociada subsidiaria de tratamiento. En este caso, la paciente presenta gonalgia nocturna por gonartrosis, lo que sugiere que el dolor puede estar contribuyendo significativamente a su dificultad para dormir. Por tanto, plantear el abordaje del dolor con paracetamol sería la primera línea, antes de plantear un tratamiento psicofarmacológica. Entre el resto de las opciones, la más favorable sería la trazodona, por su perfil de seguridad, si bien no está exenta de efectos adversos

como hipotensión ortostática y caídas. La mirtazapina también podría ser de utilidad, pero suele reservarse para casos con depresión comórbida, por su perfil de efectos adversos a nivel hipotensor y de aumento ponderal. Por último, la opción que nunca deberíamos plantear es el diazepam, por ser una benzodiacepina de vida media larga, que aumenta el riesgo de sedación diurna, caídas, fracturas y deterioro cognitivo en ancianos, entre otros.

Respuesta: 1

150. En los pacientes mayores con síndrome de inmovilidad una de las siguientes manifestaciones clínicas o consecuencias NO es atribuible al mismo:

1. Déficit intelectual.
2. Aumento de la frecuencia cardíaca.
3. Reducción de la sensibilidad a la insulina.
4. Balance nitrogenado positivo.

En el contexto de los pacientes mayores con síndrome de inmovilidad, la manifestación clínica o consecuencia que NO es atribuible a este síndrome es el "balance nitrogenado positivo". Este término generalmente se refiere a un estado en el que la ingesta de nitrógeno (a través de proteínas) es mayor que la pérdida, lo que no es típico en situaciones de inmovilidad, donde a menudo se observa un balance nitrogenado negativo debido a la falta de actividad y la posible desnutrición.

Respuesta: 4

151. Hombre de 85 años diagnosticado de enfermedad de Alzheimer en tratamiento con donepezilo. Desde hace una semana y coincidiendo con una infección urinaria por germen sensible a amoxicilina/clavulánico, presenta un trastorno grave de conducta; por todo ello, recibe tratamiento con dicho antibiótico y con risperidona 1 mg cada 12 horas. Hoy la familia lo trae a su consulta porque a pesar de mejorar la infección de orina, está muy enlentecido, necesitando ayuda para comer y vestirse, no es capaz de deambular sin ayuda, duerme de día y presenta insomnio de madrugada. Ante esta situación clínica señale la respuesta CORRECTA:

1. Probablemente se trata de un efecto secundario de la risperidona, por lo que se debe retirar.
2. Se debe tratar el insomnio de madrugada añadiendo benzodiacepinas.
3. Hay que esperar a que se resuelva totalmente la infección urinaria para cambiar la medicación actual.
4. Ha empeorado la demencia y se debe añadir memantina al tratamiento de base con donepezilo.

El caso describe a un hombre de 85 años con enfermedad de Alzheimer tratado con donepezilo, que, tras una infección urinaria y el inicio de risperidona por un trastorno de conducta agudo, presenta enlentecimiento, dependencia funcional, somnolencia diurna e insomnio nocturno. Nos dicen asimismo que la infección urinaria ha mejorado y a pesar de ello persiste el cuadro descrito.

Por ello, lo más probable es que se trate de un efecto adverso de la risperidona, que es un antipsicótico sedativo y que puede acarrear sintomatología extrapiramidal. No tendría sentido esperar a que se resolviera completamente la infección de orina para retirar el fármaco dado que los síntomas son compatibles con efectos secundarios de la risperidona y porque actualmente los síntomas conductuales graves parecen haberse resuelto. Añadir benzodiacepinas agravaría la confusión y el riesgo de caídas y tampoco añadir memantina, dado que la progresión de la demencia sería un cuadro gradual e insidioso.

Respuesta: 1

152. Los criterios STOPP/START tienen el objetivo de optimizar la medicación y minimizar las reacciones adversas a los medicamentos durante la revisión de la medicación en adultos mayores. En cuanto a los criterios START (versión 3, última versión), ¿cuál deberíamos valorar indicar?:

1. Estrógenos tópicos vaginales en la vaginitis atrófica sintomática.
2. Vacuna antitetánica ante una herida abierta.
3. Parche de lidocaína tópica para el dolor articular generalizado.
4. Corticoesteroides inhalados en el EPOC estadio GOLD 1-2.

Estrógenos tópicos vaginales en la vaginitis atrófica sintomática es un criterio START. Las opciones 2 y 3 son claramente falsas.

La duda podría ser con la opción 3, sin embargo el criterio START correcto es: Corticosteroides inhalados pautados (p.ej., beclometasona, budesonida, ciclesonida, fluticasona, mometasona) para el asma moderado-grave o EPOC estadio GOLD 3 o 4, con FEV1 < 50% del valor predicho y exacerbaciones de repetición que requieran corticosteroides orales

Respuesta: 1

153. En la actualidad se definen varios estadios o etapas de la diabetes tipo 1 autoinmune. Señale cuál es la definición CORRECTA:

1. El estadio o etapa 3 se caracteriza por la autoinmunidad y tolerancia alterada de la glucosa (ya sea basal o tras test de sobrecarga con glucosa oral).
2. El estadio o etapa 1 se caracteriza por presencia única de autoinmunidad contra las células de los islotes sin aparición de alteraciones de la glucosa.
3. El estadio o etapa 2 se caracteriza por hiperglucemia con cifras que definen diabetes.
4. La luna de miel aparece en el estadio 2, con la hiperglucemia.

La etapa 3 de la diabetes tipo 1 se caracteriza por la aparición de hiperglucemia sintomática y el diagnóstico clínico de diabetes, no solo por autoinmunidad y alteración de la tolerancia a la glucosa (opción 1 incorrecta).

La etapa 1 se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos contra las células de los islotes sin alteraciones en la glucosa y es presintomática (opción 2 correcta).

La etapa 2 se caracteriza por la presencia de autoinmunidad con disglucemia (alteración de la glucosa en ayunas o intolerancia a la glucosa) y es presintomática, no por niveles de hiperglucemia que definan diabetes (opción 3 incorrecta).

La fase de luna de miel generalmente ocurre después del diagnóstico inicial de diabetes tipo 1 (etapa 3) (opción 4 incorrecta), cuando los niveles de glucosa pueden mejorar temporalmente debido a una recuperación parcial de la función de las células beta.

La clasificación de las etapas de la diabetes tipo 1 según la American Diabetes Association y otras sociedades relevantes es la siguiente:

- Etapa 1: Presencia de dos o más autoanticuerpos con normoglucemia y sin síntomas.
- Etapa 2: Presencia de dos o más autoanticuerpos con disglucemia (IFG y/o IGT) y sin síntomas.
- Etapa 3: Aparición de hiperglucemia sintomática y diagnóstico clínico de diabetes.

Respuesta: **2**

154. Mujer que acude a consulta de endocrino por secreción láctea por el pezón y una cifra de prolactina en sangre de 45 µg/L (normal <20 µg/L). ¿Cuál es la actitud diagnóstica más apropiada?:

1. La primera medida a realizar es una resonancia cerebral porque lo más probable es que sea un macroadenoma secretor de prolactina.
2. Se debe interrogar sobre la toma de fármacos antagonistas del receptor de dopamina o un posible embarazo.
3. Las pruebas de laboratorio para su correcta caracterización consisten en la medición aislada de prolactina.
4. Se debe descartar un hipertiroidismo primario.

La evaluación inicial de la hiperprolactinemia debe incluir una historia clínica detallada para identificar posibles causas secundarias, como el uso de medicamentos que pueden elevar los niveles de prolactina (por ejemplo, antagonistas de los receptores de dopamina) y la posibilidad de embarazo (opción 2 correcta). Además, se deben evaluar las funciones tiroidea y renal, ya que el hipotiroidismo y la insuficiencia renal también pueden causar hiperprolactinemia. La resonancia magnética cerebral (opción 1) se reserva para casos en los que no se identifica una causa obvia de la hiperprolactinemia después de la evaluación inicial. La medición aislada de prolactina (opción 3) no es suficiente sin una evaluación clínica completa. La opción 4 menciona el hipertiroidismo, pero es más relevante descartar el hipotiroidismo en este contexto.

Respuesta: **2**

155. La estrategia de cribado de diabetes gestacional en un solo paso consiste en:

1. Test de sobrecarga oral de glucosa con 50 gr de glucosa.
2. Test de sobrecarga oral de glucosa con 75 gr de glucosa.
3. Test de sobrecarga oral de glucosa con 90 gr de glucosa.
4. Test de sobrecarga oral de glucosa con 100 gr de glucosa.

La estrategia de un solo paso para el cribado de la diabetes gestacional implica: Prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 gramos de glucosa (opción 2 correcta). Según las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA), la estrategia de un solo paso consiste en realizar una prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT) con 75 gramos de glucosa, midiendo la glucosa plasmática en ayunas y a las 1 y 2 horas, entre las 24 y 28 semanas de gestación en mujeres que no han sido previamente diagnosticadas con diabetes.

Respuesta: **2**

156. Está de guardia en urgencias y valora a un hombre de 45 años que consulta por vómitos de 2-3 días de evolución con disconfort abdominal y astenia intensa desde hace 1 mes. La presión arterial en triaje es

85/40 mmHg. Cuando lo explora objetiva hiperpigmentación parcheada en la cavidad oral y en la analítica destaca sodio de 134 mEq/L. ¿Cuál es su primera opción diagnóstica de las expuestas a continuación?:

1. Hemocromatosis.
2. Síndrome de Peutz Jeghers.
3. Enfermedad de Addison.
4. Síndrome Stevens-Johnson.

El diagnóstico más probable para un hombre de 45 años que presenta vómitos durante 2-3 días, malestar abdominal, astenia intensa durante el último mes, hipotensión (85/40 mmHg), hiperpigmentación en la cavidad oral e hiponatremia (134 mEq/L) es enfermedad de Addison.

La enfermedad de Addison, o insuficiencia suprarrenal primaria, se caracteriza por síntomas como fatiga, hiperpigmentación (particularmente en áreas expuestas al sol, pliegues de la piel y membranas mucosas), hipotensión y desequilibrios electrolíticos como hiponatremia e hiperkalemia. La hiperpigmentación es un signo específico de la insuficiencia suprarrenal primaria debido al aumento de la producción de melanina en respuesta a niveles elevados de ACTH. La American Association for Clinical Chemistry, la European Society for Endocrinology y The Endocrine Society han publicado guías clínicas que destacan estos síntomas y signos como característicos de la insuficiencia suprarrenal primaria. Las otras opciones diagnósticas (hemocromatosis, síndrome de Peutz-Jeghers y síndrome de Stevens-Johnson) no explican adecuadamente la combinación de síntomas y signos presentados por el paciente.

Respuesta: **3**

157. ¿Qué fármaco de los mencionados a continuación ha de tenerse en cuenta cuando se evalúa a un paciente con hiperparatiroidismo?:

1. Hidroclorotiazida.
2. Losartán.
3. Amlodipino.
4. Doxazosina.

Hidroclorotiazida es el fármaco que debe considerarse al evaluar a un paciente con hiperparatiroidismo. La hidroclorotiazida, un diurético tiazídico, puede causar hipercalcemia al disminuir la excreción urinaria de calcio. Esto puede llevar a una elevación intermitente y leve del calcio sérico, lo cual puede ser indicativo de un hiperparatiroidismo oculto. Por lo tanto, se recomienda suspender los tiazidas antes de realizar pruebas de función paratiroidea para evitar resultados falsamente elevados. Los otros medicamentos mencionados (losartán, amlodipina y doxazosina) no tienen un impacto directo en el metabolismo del calcio o en la función paratiroidea y, por lo tanto, no son relevantes en la evaluación de un paciente con hiperparatiroidismo.

Respuesta: **1**

158. ¿Cuál de las siguientes causas de hipertiroidismo puede cursar con TSH normal o elevada?:

1. Tirotoxicosis facticia.
2. Struma ovarii.
3. Adenoma hipofisario productor de TSH.
4. Hipertiroidismo por beta-HCG durante la gestación.

El adenoma hipofisario productor de TSH es la causa de hipertiroidismo que puede presentarse con niveles normales o elevados de hormona estimulante de la tiroides (TSH). Este tipo de adenoma es una causa rara de hipertiroidismo y se caracteriza por la secreción inapropiada de TSH, lo que resulta en niveles elevados de T4 libre y T3 total, generalmente asociado con un tumor hipofisario visible en la resonancia magnética (RM) o en la tomografía computarizada (TC). Las otras causas mencionadas, como la tirotoxicosis facticia, el struma ovarii y el hipertiroidismo debido a la beta-hCG durante el embarazo típicamente se presentan con niveles suprimidos de TSH debido a la retroalimentación negativa de los niveles elevados de hormonas tiroideas.

Respuesta: **3**

159. Hombre de 58 años, fumador de 30 cigarrillos diarios desde los 19 años, con antecedentes de hipertensión arterial mal controlada, diabetes mellitus tipo 2 y obesidad grado I. En estudio por disnea de 5 meses de evolución, asociando pérdida de peso, astenia e hiporexia. Como parte del estudio se realiza TC toracoabdominal describiéndose la presencia de un nódulo pulmonar inespecífico de 1,1 cm en lóbulo superior derecho sin datos de malignidad y un nódulo en la glándula suprarrenal derecha de 1,9 cm. ¿Qué pruebas complementarias habría que solicitar para el estudio del incidentaloma suprarrenal?:

1. Test de supresión con 8 mg de dexametasona (DXM) nocturno, metanefrinas libres plasmáticas y resonancia magnética centrada en suprarrenales.
2. Metanefrinas fraccionadas en orina de 24 horas, test de supresión con 1 mg DXM nocturno, ratio renina/aldosterona y PET-TC con 18FDG.
3. Metanefrinas fraccionadas en orina de 24 horas, test de supresión con 1 mg DXM nocturno,

ratio aldosterona/renina y TC centrada en adrenales.
4. Cortisol libre urinario, metanefrinas fraccionadas en muestra aislada de orina, ratio aldosterona/renina y resonancia magnética centrada en suprarrenales.

Para el estudio de un incidentaloma adrenal, las guías de la Canadian Urological Association y la American Urological Association recomiendan realizar una serie de pruebas específicas. En este caso, se debe considerar la siguiente opción: metanefrinas fraccionadas en orina de 24 horas, prueba de supresión con 1 mg de dexametasona por la noche, relación aldosterona/renina y tomografía computarizada enfocada en las suprarrenales. Las guías indican que todos los pacientes con incidentalomas adrenales deben ser evaluados para la secreción autónoma de cortisol utilizando la prueba de supresión con 1 mg de dexametasona. Además, los pacientes con hipertensión deben ser evaluados para hiperaldosteronismo primario mediante la relación aldosterona/renina. Para descartar feocromocitoma, se recomienda medir metanefrinas fraccionadas en orina de 24 horas en pacientes con incidentalomas que presenten más de 10 unidades Hounsfield en la TC sin contraste o síntomas de exceso de catecolaminas. Finalmente, una TC enfocada en las adrenales es adecuada para caracterizar mejor la lesión. Estas pruebas permiten una evaluación integral del incidentaloma adrenal, identificando posibles secreciones hormonales autónomas y caracterizando la naturaleza de la masa adrenal.

Respuesta: **3**

160. Mujer de 25 años, sin enfermedades previas conocidas, que consulta por lesión en labio inferior. No es la primera vez que le sucede desde la adolescencia, siempre en la misma zona, inicia dolor y aparece una lesión vesiculosa que se autolimita en una semana aproximadamente. Respecto al abordaje de la enfermedad de esta paciente, es INCORRECTO que:

1. Si presenta más de tres episodios anuales está indicado realizar profilaxis con un antiviral como valaciclovir 500 mg cada 12 horas o 1 g al día, durante seis meses.
2. Si es una única lesión y es un cuadro leve puede no realizarse ningún tratamiento o bien realizar tratamiento tópico con fomentos de sulfato de zinc o de cobre.
3. Si existe riesgo de afectación oftálmica estaría indicado tratar con un antivírico como valaciclovir a razón de 1 g cada 8 horas durante 7 días vía oral.
4. Es necesario recomendarle una adecuada protección solar pues la exposición solar puede motivar recurrencias.

La indicación para realizar tratamiento supresor antiviral es > 6 episodios/año (por ello la respuesta 1 es falsa). Si el cuadro es leve, es razonable no iniciar tratamiento e indicar únicamente fomentos secantes (respuesta 2 verdadera). La exposición solar es un desencadenante conocido de los brotes de herpes (respuesta 4 verdadera). La respuesta 3 intenta confundir con la afectación oftálmica del herpes zóster.

Respuesta: **1**

161. Hombre de 50 años que presenta una erupción generalizada especialmente en el tronco. Refiere malestar general desde hace pocos días. Hoy acude porque ha tenido fiebre la noche anterior y se ha visto una mancha negra en la zona abdominal. A la exploración física, la mancha negra corresponde a una pequeña escara. El paciente es cazador y acudió recientemente a una batida. Sobre el abordaje del caso es cierto que:

1. Es una enfermedad de declaración obligatoria.
2. El tratamiento de elección es la amoxicilina, un gramo cada 8 horas durante 7 días.
3. Debe derivarse a un centro hospitalario.
4. En la mayoría de los casos, la fiebre precede al exantema y la escara.

El antecedente de ser cazador y contacto con naturaleza ya nos da una pista de probable enfermedad vectorial por picadura de artrópodos. Se le añade la característica mancha negra en el lugar de la picadura junto a rash generalizado. El diagnóstico de sospecha está claro que es una rickettsiosis. Se trata de una Enfermedad de Declaración Obligatoria (EDO), su tratamiento es con doxicilina, se puede manejar de forma ambulatoria y habitualmente la mancha negra y el rash preceden a la fiebre y a otras afectaciones sistémicas. La correcta es la 1.

Respuesta: **1**

162. Respecto al tratamiento de la foliculitis, es correcto que:

1. El tratamiento de elección incluso en formas localizadas es la cloxacilina vía oral.
2. En caso de alergia a la penicilina, la opción más adecuada sería el ciprofloxacino oral.
3. Debe realizarse tratamiento oral en pacientes con valvulopatía reumática por el riesgo de endocarditis.
4. Es una infección fundamentalmente estreptocócica por Streptococcus pyogenes.

Pregunta que fue finalmente anulada. Respuesta 1, falsa: Las formas localizadas pueden tratarse de forma tópica y las graves con antibiótico oral. Respuesta 2, falsa: En caso de alergia a la penicilina, la opción más adecuada sería clindamicina oral. Respuesta 3, falsa. La profilaxis para endocarditis no es necesaria para la foliculitis en pacientes con valvulopatía reumática. Respuesta 4, falsa: Es una infección fundamentalmente estafilocócica.

Respuesta: **Anulada**

163. Hombre de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y en tratamiento con infliximab por artritis reumatoide, se presenta en urgencias con fiebre, tos seca, mialgias y disnea leve de 5 días de evolución. A la exploración física, la saturación de oxígeno es del 90% con aire ambiente. Se realiza una radiografía de tórax que muestra opacidades en vidrio deslustrado bilaterales. La PCR en frotis nasofaríngeo para SARS-CoV-2 resulta positiva. ¿Cuál de las siguientes opciones es la conducta más apropiada?:

1. Administrar plasma de convaleciente y anticoagulación profiláctica.
2. Iniciar tratamiento con antibióticos de amplio espectro y corticoides a dosis altas.
3. Monitorización ambulatoria con seguimiento telefónico y tratamiento sintomático.
4. Ingreso hospitalario para tratamiento con remdesivir y dexametasona.

Se trata de un paciente inmunodeprimido con neumonía viral bilateral por SARS-CoV2 e hipoxemia según la saturación capilar de oxígeno. La terapia actual aceptada en una infección moderada/grave (por la hipoxemia) es un antiviral (remdesivir o nirmaltrelvir/ritonavir) y además dexametasona (los esteroides demostraron mejoría de mortalidad en estos pacientes). La opción correcta es la 4.

Respuesta: **4**

164. Hombre de 56 años, nacido en Paraguay, acude a consulta, remitido por su médico de familia, por disnea progresiva y palpitaciones. Tiene un ECG en el que se observa extrasístoles ventriculares y bloqueo completo de rama derecha. Aporta una serología por ELISA IgG positiva frente a Trypanosoma cruzy. ¿Cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA?:

1. Se debe realizar una prueba serológica con inmunofluorescencia para detectar IgG frente a T. cruzy.
2. La prueba de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) tiene un valor diagnóstico limitado en esta fase de la enfermedad.
3. Debe iniciar tratamiento con benznidazol para modificar la evolución de la enfermedad.
4. Si se confirma el diagnóstico, debe estudiar a los familiares cercanos para identificar otros casos.

La terapia para la enfermedad de Chagas se basa en el benznidazol y el nifurtimox, que son fármacos generalmente mal tolerados. La terapia no cambia el curso de la fase sintomática crónica con complicaciones cardíacas y gastrointestinales. Es cierto que se debe diagnosticar por dos métodos serológicos diferentes y que la PCR no es fiable. Si el resto de familiares provienen de la misma zona endémica de riesgo deben estudiarse, especialmente las mujeres en edad fértil.

Respuesta: **3**

165. Una mujer de 45 años con antecedentes de pleuritis hace 3 años y episodios ocasionales de poliartritis en los últimos 8 meses, fue diagnosticada de LES hace un mes tras un ingreso por fatiga y dolor torácico opresivo de esfuerzo, donde se objetivó una Hb de 5,8 g/dL y VCM de 109 fL por una anemia hemolítica autoinmune. El resto de la analítica mostró una linfopenia de 900/mm3, plaquetas en rango de normalidad, función hepática, creatinina y ionograma normales, tiempo de protrombina 85%, TTPA se muestra prolongado (ratio de 1,8). Existe hipocomplementemia C3 y C4, ANA 1/640, con Anti-DNA +. Fue dada de alta con corticoides, hidroxicloroquina y belimumab semanal subcutáneo. A las tres semanas del alta refiere sensación disneica de 48 horas de evolución sin otros síntomas acompañantes, la Hb de urgencias es de 10,2 gr/dL. ¿Cuál de las siguientes determinaciones de laboratorio deberíamos realizar en primer lugar?:

1. Dímero D.
2. Proteínas en orina.
3. NT-proBNP.
4. Test de Coombs.

En la primera parte de la pregunta nos presentan el antecedente más importante de la paciente, que es el lupus eritematoso sistémico (LES), que además le causa una anemia hemolítica autoinmune, de la que es dada de alta recibiendo tratamiento. En la segunda parte de la pregunta nos presentan el cuadro actual, disnea de 48 horas de evolución, y la determinación de laboratorio para orientar el diagnóstico. Los pacientes con enfermedades autoinmunes como el LES tienen un elevado riesgo de presentar trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar, siendo esta la principal sospecha en la paciente, por

lo que debemos plantear solicitar dímero-D para iniciar el proceso diagnóstico (opción 1 correcta). Desde luego que el tratamiento está haciendo efecto puesto que la cifra de hemoglobina prácticamente se ha duplicado, por lo que no parece que sea la anemia hemolítica la causa (opción 4 incorrecta), y en una mujer joven es muy poco probable que presente insuficiencia cardíaca (opción 3 incorrecta). No es tampoco prioritario descartar un síndrome nefrótico por nefritis lúpica (opción 2 incorrecta.)

Respuesta: 1

166. **Mujer de 72 años, procedente del medio rural que acude al servicio de urgencias por un cuadro de dolor abdominal, vómitos y diarrea líquida, que posteriormente se hace sanguinolenta, de 6 días de duración. No refiere fiebre ni tratamiento antibiótico previo. Se toman muestras para hemocultivo y estudio microbiológico de las heces y se inicia tratamiento con fluidoterapia intensiva. 48 horas después se observa disminución del nivel de conciencia y la presencia de anemia (hematocrito de 25%, hemoglobina de 7,9 g/dL), trombopenia (plaquetas de 60.000/mL), creatinina de 3,2 mg/dL, hematuria y hemoglobinuria. En el estudio de sangre periférica se aprecian abundantes esquistocitos circulantes (más del 10%). Señale la respuesta INCORRECTA:**

1. Debe tratar de identificar infección por E. coli, serotipo 0157:H7 y detección por PCR de toxina Shiga (Stx1 y/o Stx2) y genes relacionados.
2. Debe iniciar tratamiento antibiótico.
3. El cuadro clínico y analítico descarta la posibilidad de infección por Clostridium diffícile.
4. La plasmaféresis no es útil en esta paciente.

Nos presentan un caso de diarrea enteroinvasiva con complicaciones compatibles con un Síndrome Urémico Hemolítico (anemia, trombopenia, fracaso renal agudo, hematuria). Esta situación está provocada principalmente por E. coli O157:H7 (E. coli Enterohemorrágico) siendo además más frecuente en medio rural. No hay antecedente de toma de antibiótico ni detección de toxina de Cl. difficile como para pensar en esta entidad. Es importante en la infeción por E. coli productor de toxina Shiga evitar la administración de antibióticos, especialmente bactericidas como las quinolonas o los betalactámicos, ya que eso puede producir lisis bacteriana y mayor liberación de toxina. El tratamiento de elección del SUH es la plasmaféresis o el uso de eculizumab.

Respuesta: 2

167. **Mujer de 54 años de edad que acude a su consulta para estudio y evaluación del riesgo vascular. Entre sus antecedentes más relevantes, destacan un infarto agudo de miocardio a los 51 y a los 53 años de edad, hipertensión arterial controlada y un perfil lipídico con tratamiento hipolipemiante de alta intensidad de: colesterol total 120 mg/dL, cHDL 60 mg/dL cLDL 50 mg/dL, TG 128 mg/dL. HB1AC de 5.2% y glucemia plasmática en ayunas normal. Nunca ha fumado. Índice de masa corporal de 23 Kg/m2. De las siguientes pruebas o determinaciones que se exponen a continuación, ¿qué es más útil para determinar el riesgo y la etiología de eventos recurrentes en esta paciente?:**

1. Determinación de ApoB.
2. Determinación de ApoA.
3. Determinación de Lp(a) o lipoproteína a.
4. Determinación de proteína C reactiva.

La prueba más útil en esta paciente para determinar el riesgo y la etiología de eventos cardiovasculares recurrentes es la determinación de lipoproteína(a) o Lp(a) (opción 3). La paciente tiene un perfil lipídico óptimo con tratamiento hipolipemiante intensivo (LDL 50 mg/dL, HDL 60 mg/dL, TG 128 mg/dL), no presenta diabetes, no fuma y tiene un IMC normal (23 kg/m^2). Sin embargo, a pesar de estos factores favorables, ha sufrido dos infartos de miocardio a una edad temprana (51 y 53 años), lo que sugiere una etiología aterotrombótica no explicada por los factores de riesgo convencionales.

La Lp(a) es una lipoproteína rica en colesterol unida a una apolipoproteína(a), estructuralmente similar al plasminógeno, lo que le confiere propiedades proaterogénicas y protrombóticas. Su elevación se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular prematura e infarto de miocardio recurrente, especialmente en pacientes sin dislipidemia tradicional. Además, la Lp(a) tiene una fuerte determinación genética, por lo que su valor es estable a lo largo de la vida y no se modifica con estatinas, lo que la hace un biomarcador crucial en la evaluación del riesgo cardiovascular residual.

Se descarta la determinación de ApoB (opción 1), ya que aunque la ApoB refleja el número total de partículas aterogénicas (incluyendo LDL, VLDL y Lp(a)), en este caso su utilidad es limitada porque la paciente ya tiene un cLDL muy bajo (50 mg/dL) bajo tratamiento intensivo, lo que sugiere que el número de partículas aterogénicas no es el factor determinante de sus eventos recurrentes.

También se excluye la determinación de ApoA (opción 2), que es el principal componente de las partículas de HDL. Aunque un ApoA bajo podría sugerir disfunción del HDL, la paciente ya tiene un HDL alto (60 mg/dL), por lo que esta medición no aportaría información adicional relevante.

Por último, la proteína C reactiva (PCR) (opción 4) es un marcador de inflamación sistémica y riesgo cardiovascular, pero su determinación no es específica para eventos recurrentes inexplicados. La PCR puede estar elevada en diversas condiciones, y aunque valores persistentemente elevados podrían indicar riesgo inflamatorio residual, no

explicaría por sí sola la enfermedad prematura en esta paciente con un perfil lipídico óptimo.

Respuesta: 3

168. **Mujer de 28 años sin enfermedades previas, recién llegada de los Estados Unidos de América, donde ha estado practicando espeleología en el valle del Ohio durante un par de semanas, presenta clínica de infección respiratoria consistente en tos, fiebre, sensación disneica y artralgias, lesiones cutáneas nodulares y dolorosas, eritematosas y calientes en la zona pretibial. ¿En qué enfermedad hay que pensar?**

1. Aspergilosis pulmonar.
2. Esporotricosis.
3. Criptococosis pulmonar.
4. Histoplasmosis.

En una paciente inmunocompetente que proviene de América del Norte con un cuadro agudo respiratorio y lesiones pretibiales que nos describen como eritema nodoso, no podemos dudar en contestar histoplasmosis. Es la forma aguda típica de esta infección por el hongo dimórfico. Las formas crónicas son más similares a la tuberculosis.

Respuesta: 4

169. **Hombre de 53 años, sin antecedentes patológicos, acude al hospital por fiebre de 10 días de evolución, con intensa cefalea retroorbitaria y una importante sensación de fatiga. No refiere dolor musculoesquelético, lesiones cutáneas ni ningún otro síntoma acompañante. A lo largo de 15 días de ingreso se objetiva fiebre persistente y la aparición de discreta ictericia conjuntival. La exploración respiratoria, cardíaca, abdominal y neurológica es normal. La analítica muestra VSG 97 mm/h, PCR 24,5 mg/dL, GOT 156 U/L, GPT 148 U/L, FA 410 U/L, GGT 794 U/L, bilirrubina total 5,5 mg/dL a expensas de la bilirrubina directa, hemoglobina 11,5 g/dL, recuento leucocitario normal, plaquetas 648.000/mm3, función renal e ionograma normales, tiempo de protrombina normal pero TTPA ratio 1,8. Los anticuerpos antinucleares (ANA) son positivos a títulos 1/160. Una ecografía abdominal no muestra ninguna alteración destacable. Desde el punto de vista clínico y a la vista de los datos analíticos, ¿cuál de las siguientes enfermedades es la que se ajusta mejor con nuestro paciente?:**

1. COVID-19.
2. Fiebre Q aguda.
3. Leptospirosis grave (enfermedad de Weil).
4. Colangitis esclerosante primaria.

Nos presentan un caso de fiebre subaguda, cefalea, astenia y una clara hepatitis aguda. El cuadro clínico nos debe hacer dudar en la respuesta 2, Fiebre Q, y la 3, Leptospirosis grave. La ecografía normal y unos ANA inespecíficos, no deben confundirnos con la colangitis esclerosante primaria, siendo además un cuadro agudo y con fiebre que tampoco se asocia a esta entidad. Entre la respuesta 2 y la 3, el dato clave es que nos especifican que la función renal es normal. En el MIR estos datos que parecen superfluos siempre son relevantes y sería lo único que nos decantaría por la Fiebre Q.

Respuesta: 2

170. **Hombre de 38 años con dependencia alcohólica grave. Ha tenido varios ingresos por pancreatitis aguda en el contexto de ingesta de alcohol e hipertrigliceridemia grave. Acude a consulta 12 meses después del último episodio de pancreatitis. No presenta clínica que sugiera insuficiencia pancreática exocrina. Niega reiteradamente ingesta de alcohol. Sigue tratamiento con estatinas y fibratos que asegura tomárselos. Aporta un análisis básico reciente de su empresa con los siguientes datos: colesterol 300 mg/dL, cHDL 42 mg/dL, TG 1102 mg/dL, cLDL no calculable por Friedewald. Colesterol no-HDL 258 mg/dL, ApoB 90 mg/dL, Lp(a) 38 nmol/L (normal <125 nmol/L). En dicho análisis hay un dato, además de la hipertrigliceridemia, que sugiere que el paciente continúa ingiriendo alcohol. Señálelo.**

1. ApoB.
2. cHDL.
3. Lp(a).
4. Colesterol total.

Pregunta muy díficil y a medio camino entre Digestivo y Endocrinología. El paciente presenta una historia de dependencia alcohólica grave, con episodios previos de pancreatitis aguda asociada a hipertrigliceridemia y consumo de alcohol. Aunque niega actualmente la ingesta de alcohol y sigue tratamiento con estatinas y fibratos, su análisis de laboratorio revela hipertrigliceridemia grave (TG 1102 mg/dL) y un dato sugestivo de consumo persistente de alcohol. El parámetro que indica esta posibilidad es el colesterol HDL (cHDL). El consumo crónico de alcohol puede elevar los niveles de colesterol HDL, lo que en este contexto no representa un efecto cardioprotector, sino un posible marcador indirecto de ingesta alcohólica mantenida. Otros valores del análisis no sugieren consumo de alcohol. La ApoB refleja la cantidad de partículas aterogénicas y se encuentra dentro de valores normales. La Lp(a) es un marcador genético independiente del consumo de alcohol. El colesterol total puede estar elevado por diversas razones, pero no es un indicador específico de la ingesta alcohólica.

Respuesta: 2

171. **Respecto a las infecciones de las heridas quirúrgicas, señale la respuesta INCORRECTA:**

1. Diabetes mellitus, malnutrición, obesidad e inmunosupresión son factores de riesgo del paciente para desarrollar infecciones de las heridas quirúrgicas.
2. El control intensivo perioperatorio de la glucemia es una buena práctica de prevención de las infecciones de herida quirúrgica.
3. La mayoría de las recomendaciones sobre profilaxis antibiótica en cirugía cardíaca aconsejan mantener los antibióticos al menos 48 horas tras el procedimiento quirúrgico.
4. La antibioterapia local se emplea como método de profilaxis antimicrobiana y tratamiento antibiótico, sobre todo en la sustitución de prótesis articulares infectadas.

La mayoría de las recomendaciones sobre profilaxis antibiótica en cirugía cardíaca aconsejan mantener los antibióticos al menos 48 horas tras el procedimiento quirúrgico (opción 3 falsa). Esto es incorrecto porque, en general, las recomendaciones suelen sugerir que la profilaxis antibiótica se administre durante un tiempo más corto, normalmente solo durante el procedimiento y, en algunos casos, hasta 24 horas después, pero no necesariamente 48 horas. El resto de las opciones son correctas.

Respuesta: **3**

172. **Hombre de 37 años con infección VIH ha dejado de tomar el tratamiento por razones personales hace 3 meses; estaba tomando una combinación de dos inhibidores de transcriptasa inversa y un inhibidor de la integrasa. En la evaluación llevada a cabo en este momento tiene 120 linfocitos CD4/mm3 y una carga viral de VIH-1 de 80.000 copias/mL. Estamos pendientes del estudio de resistencias. ¿Qué debemos recomendarle en este momento?:**

1. Reiniciar el tratamiento con lo mismo con lo que estaba previamente.
2. Esperar a tener el resultado del estudio de resistencias para orientar el tipo de tratamiento en función de las mutaciones identificadas.
3. Prescribir a partir de ahora un régimen basado en inhibidores de proteasa por su mayor barrera genética a las resistencias.
4. Iniciar doble terapia con inhibidores de integrasa.

Nos presentan un caso de abandono voluntario del TAR, por tanto no se trata de un caso de fracaso virológico ni deberíamos sospechar resistencia en un régimen de tratamiento con inhibidor de la integrasa (tienen barrera genética muy alta, similar a los inhibidores de la proteasa). Tampoco tiene sentido demorar el reinicio del TAR teniendo una situación inmunovirológica precaria. Con las recomendaciones hasta 2024, no estaría indicada la doble terapia por presentar <250 CD4. La opción más correcta es la 1.

Respuesta: **1**

173. **Hombre de 55 años con antecedentes de cáncer de pulmón (estadio IV). Su madre murió a los 65 años por un episodio de broncoaspiración. Consulta por debilidad muscular en los muslos y disfagia. Exploración física: fuerza en psoas 4+/5, cuádriceps 3/5, deltoides 5/5. Presenta ptosis palpebral bilateral y no tiene diplopía. Los valores de CPK eran 900 UI/L (normal <150 UI/L) y los de aldolasa, 7 UI/L (normal <6 UI/L). Se practicó una biopsia en el músculo vasto lateral externo del muslo derecho, en la cual se objetivó variabilidad en el tamaño de fibras, aumento del tejido conectivo, imágenes de pseudodivisión celular y vacuolas ribeteadas; no se observó infiltrado inflamatorio. ¿Qué es lo más probable que le suceda al paciente?:**

1. Distrofia oculofaríngea.
2. Miopatía mitocondrial.
3. Miastenia gravis.
4. Miositis con cuerpos de inclusión.

Pregunta muy compleja y mal planteada. El paciente presenta una debilidad de cinturas con ptosis palpebral sin diplopia, hiperCKemia y una biopsia con vacuolas ribeteadas y aumento de tejido conectivo sin infiltrado inflamatorio. El diagnóstico más probable es el de una distrofia oculofaríngea (respuesta 1 correcta). Una miopatía mitocondrial suele asociar oftalmoparesia grave y diplopia binocular, y nos pondrían otras pistas en el enunciado típicas de patología mitocondrial (hipoacusia neurosensorial, atrofia óptica, diabetes mellitus 1 a edad precoz...) (respuesta 2 incorrecta). La miastenia gravis se caracteriza por fatigabilidad (no referida en el caso) y no suele elevar la CK, que es algo que nos orienta más a una miopatía (respuesta 3 incorrecta). El gran diferencial del caso lo supone la miositis con cuerpos de inclusión (MCI), que en biopsia también presenta -aunque no patognomónicas como podemos comprobar- la presencia de vacuolas ribeteadas. En contra de una MCI tenemos la presencia de un antecedente familiar (la broncoaspiración de la madre probablemente se deba a disfagia secundaria a la distrofia oculofaríngea), la presencia de ptosis y la ausencia de infiltrado inflamatorio en la biopsia (respuesta 4 incorrecta). El mal planteamiento de la pregunta se debe a que, en la práctica clínica actual, si tenemos una alta sospecha de distrofia oculofaríngea iremos dirigidos inicialmente al estudio genético de su expansión (gen PABPN1) y no a una biopsia.

Respuesta: **1**

174. **Mujer de 81 años consulta por cuadro de 1 mes de duración de astenia, febrícula, pérdida de unos 4 kg de peso, cefalea hemicraneal izquierda y dolor en la zona de los hombros y de las caderas, que le dificulta los movimientos después de estar en reposo. Se palpa una zona engrosada y dolorosa en el territorio de la arteria temporal izquierda. Respecto al proceso diagnóstico de esta paciente, señale la opción INCORRECTA:**

1. La vasculitis sistémica que se sospecha con mayor probabilidad es una vasculitis de gran vaso.
2. En el análisis, la normalidad de la velocidad de sedimentación globular apoya el diagnóstico de esta vasculitis.
3. Es frecuente observar afectación de la pared arterial de la aorta y sus ramas principales mediante pruebas de imagen.
4. Una biopsia de la arteria temporal que muestre un infiltrado inflamatorio en la pared arterial confirmaría el diagnóstico de arteritis de células gigantes.

La paciente presenta síntomas que sugieren fuertemente una arteritis de células gigantes, es decir, una forma de vasculitis de grandes vasos. En esta patología la la velocidad de sedimentación globular (VSG) suele estar elevada. Una VSG normal sería inusual y cuestionaría el diagnóstico. Puede afectar la aorta y sus ramas principales, y las pruebas de imagen pueden revelar engrosamiento o inflamación de estos vasos. Y la biopsia de la arteria temporal es el estándar de oro para confirmar el diagnóstico de ACG. Por lo que la opción incorrecta es la número 2.

Respuesta: 2

175. **¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas es la más característica de la miopatía de la dermatomiositis?:**

1. Dificultad para andar.
2. Dificultad para subir escaleras.
3. Dificultad para abrocharse los botones.
4. Dolor muscular.

La respuesta correcta es la 2. Dificultad para subir escaleras. La dermatomiositis es una enfermedad inflamatoria que causa debilidad muscular y erupción cutánea. La debilidad muscular en la dermatomiositis afecta principalmente a los músculos proximales, es decir, los músculos más cercanos al centro del cuerpo. Subir escaleras requiere la fuerza de los músculos proximales de las caderas y los muslos. Por lo tanto, la dificultad para subir escaleras es una manifestación muy característica de la debilidad muscular proximal en la dermatomiositis. Con respecto a la dificultad para andar: si bien la debilidad muscular puede afectar la marcha, la dificultad para subir escaleras es una manifestación más temprana y específica de la debilidad proximal. Con respecto a la dificultad para abrocharse los botones, esta dificultad sugiere debilidad muscular distal (en las manos), que es menos común en las etapas iniciales de la dermatomiositis. Y el dolor muscular puede estar presente en la dermatomiositis, pero la debilidad muscular es la característica predominante.

Respuesta: 2

176. **Mujer de 38 años que consulta por la presencia de dolor ocular, ojo rojo bilateral, hipersensibilidad a la luz y disminución de la agudeza visual. La historia clínica se completa con antecedentes de aftas bucales dolorosas y recidivantes y un diagnóstico previo de eritema nodoso hace 2 años. En la exploración oftalmológica se observa panuveitis bilateral con signos de vasculitis retiniana bilateral. Señale la respuesta correcta sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad que sospecha en esta paciente:**

1. El hallazgo de HLA B*51 confirma el diagnóstico de sospecha.
2. Las úlceras bucales dejan cicatriz en la mayoría de los casos.
3. Debe instaurar tratamiento precoz e intensivo con glucocorticoides sistémicos e inmunosupresión con azatioprina.
4. La adición al tratamiento de anticuerpos monoclonales anti TNF alfa o ciclosporina no mejora el control de la uveítis.

El caso clínico nos expone un claro síndrome de Behçet: la paciente presenta ojo rojo doloroso con hipersensibilidad a la luz y disminución de la agudeza visual, es decir, una uveítis. Y además se añaden aftas orales dolorosas y recidivantes y eritema nodoso. Con respecto al caso clínico: El HLA-B*51 se asocia fuertemente con la enfermedad de Behçet, que es el diagnóstico más probable en esta paciente. Sin embargo, es una predisposición genética, no un criterio diagnóstico definitivo. Las úlceras bucales en la enfermedad de Behçet suelen ser dolorosas pero generalmente curan sin dejar cicatriz. Con respecto al tratamiento, se debe instaurar tratamiento precoz e intensivo con glucocorticoides sistémicos e inmunosupresión con azatioprina, ya que en este caso la panuveitis y la vasculitis retiniana en la enfermedad de Behçet son manifestaciones graves que amenazan la visión. Requieren un tratamiento agresivo y temprano. Los glucocorticoides sistémicos son la base del tratamiento para controlar la inflamación aguda, y los inmunosupresores como la azatioprina se utilizan para el control a largo plazo y para prevenir recurrencias. Los anticuerpos monoclonales anti-TNF alfa (como infliximab o adalimumab) y la ciclosporina son agentes inmunomoduladores que han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la uveítis refractaria o grave asociada a la enfermedad de Behçet. Pueden ser utilizados cuando la

terapia convencional no es suficiente o cuando hay efectos secundarios inaceptables.

Respuesta: 3

177. **Mujer de 80 años que ingresa en el hospital para estudio de anemia tras ser llevada por sus hijos a urgencias por rectorragia y decaimiento físico. Clínicamente se encuentra estable. Está diagnosticada de un deterioro cognitivo, con ideación y juicio frecuentemente incoherentes y alteraciones conductuales para lo que toma risperidona. Se sospecha neoplasia maligna de colon y se plantea realizar una colonoscopia. Usted verifica que la paciente es incapaz de entender adecuadamente lo que se le explica sobre tal prueba, su naturaleza, objetivos, posibles complicaciones, o sus consecuencias diagnósticas y eventualmente terapéuticas. En tal caso, ¿cuál de las siguientes respuestas es correcta?:**

1. El médico queda eximido de plantear un proceso de consentimiento informado a la paciente, y se considera suficiente su criterio como médico para que se realice la colonoscopia.
2. El médico deberá solicitar la comparecencia del Juez, para que autorice la prueba, ante la incapacidad intelectual de la enferma para decidir convenientemente por sí misma.
3. Por no tener la paciente capacidad para decidir, deben hacerlo por ella sus familiares, debiendo quedar constancia escrita en el impreso de consentimiento informado.
4. Es jurídicamente aceptable un acuerdo entre el médico y los familiares de la enferma basado en un consentimiento informado verbal para que se practique la colonoscopia.

La ley de autonomía del paciente es clara: mayor de edad, incapaz, procedimiento invasivo no emergente-> si tenemos acceso a sus familiares serán ellos quienes otorguen el consentimiento informado, por escrito.

Respuesta: 3

178. **Atiende a una paciente ingresada desde hace tres semanas en la unidad de cuidados intensivos por un cuadro de shock séptico respiratorio. Su evolución durante el ingreso no ha sido favorable y todavía continúa dependiente de ventilación mecánica invasiva. En los últimos días, tras recibir la información de que probablemente precise ventilación mecánica a medio-largo plazo, durante los periodos en que la paciente ha estado despierta, ha manifestado de forma clara su deseo de no continuar utilizando el ventilador. La paciente afirma comprender las consecuencias de esta decisión. Este caso habla de:**

1. Rechazo al tratamiento.
2. Limitación del esfuerzo terapéutico o adecuación de medidas de tratamiento.
3. Suicidio asistido.
4. Eutanasia.

La paciente ha expresado su deseo de no continuar con la ventilación mecánica, lo que indica que está tomando una decisión informada sobre su tratamiento en el contexto de su situación médica. Es importante respetar su autonomía y deseos, siempre asegurándose de que comprenda las implicaciones de su decisión. Esto no se clasifica como suicidio asistido o eutanasia, ya que la paciente no está solicitando activamente la muerte, sino que está eligiendo no continuar con un tratamiento que considera no deseado. Es la definición de un rechazo al tratamiento propuesto.

Respuesta: 1

179. **Respecto al tratamiento del dolor en cuidados paliativos, indique, de las siguientes afirmaciones, cuál es correcta:**

1. En la actualidad existen comercializados diferentes fármacos opioides para el tratamiento del dolor moderado o grave en personas que reciben cuidados paliativos, superando en perfil de efectos adversos y en efectividad a la morfina y relegándola a un papel testimonial.
2. La adicción es un problema creciente en pacientes que precisan morfina en su fase final de vida y es más frecuente cuando se emplean fármacos con efecto de larga duración (metadona o morfina de liberación prolongada).
3. El fentanilo oral transmucoso tiene un perfil de acción que lo hace útil en el dolor crónico no irruptivo y de carácter crónico.
4. La metadona es un fármaco analgésico con escasa excreción renal por lo que es útil en personas con aclaramiento renal disminuido.

Vamos a analizar las afirmaciones sobre el tratamiento del dolor en cuidados paliativos.

La primera afirmación sugiere que hay fármacos opioides que superan a la morfina en efectos adversos y efectividad, relegándola a un papel testimonial. Esto no es del todo correcto, ya que la morfina sigue siendo el estándar de referencia en el tratamiento del dolor moderado a grave.

La segunda afirmación menciona que la adicción es un problema creciente en pacientes que requieren morfina

en su fase final de vida, especialmente con fármacos de larga duración. Esto es cierto, aunque la adicción es menos común en este contexto, ya que el enfoque en cuidados paliativos es el alivio del dolor y no la búsqueda de efectos recreativos.

La tercera afirmación sobre el fentanilo oral transmucoso es un poco engañosa. Este fármaco es más adecuado para el manejo del dolor irruptivo en pacientes que ya están en tratamiento con opioides, en lugar de ser utilizado para el dolor crónico no irruptivo.

La última afirmación sobre la metadona es correcta. La metadona tiene un perfil de excreción renal que la hace útil en pacientes con función renal disminuida, lo que la convierte en una opción valiosa en cuidados paliativos.

Respuesta: 4

180. **En relación con la atención en urgencias al paciente menor de edad y de acuerdo con la Ley de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, cuando el profesional sanitario advierta indicios de una situación de violencia ejercida sobre un menor, en un contexto en el que no exista una amenaza evidente sobre su salud o seguridad, tendrá obligación de comunicarlo de forma inmediata:**

1. A los servicios sociales competentes.
2. Al juzgado de guardia mediante parte de lesiones.
3. A las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
4. Al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de su demarcación.

Pregunta difícil sobre un aspecto puramente legal: cuando existan indicios de violencia sin existir amenaza debe comunicarse a servicios sociales; en el caso de que existiera amenaza, la comunicación debe hacerse a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Respuesta: 1

181. **En relación con la marca producida por el paso de la corriente eléctrica a través de la piel (también conocida como lesión electroespecífica o "marca de Jellinek"), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?:**

1. La mayor parte de las lesiones producidas por la corriente eléctrica en medio doméstico y laboral proceden de fuentes de alto voltaje.
2. Las lesiones dérmicas dependen del efecto de un aumento de la temperatura generado sobre la dermis.
3. La corriente de bajo voltaje produce lesiones profundas, mientras que la de alto voltaje da lugar a lesiones superficiales adyacentes al punto de contacto con la corriente eléctrica.
4. La marca eléctrica es diagnóstica del lugar en el que se ha producido el contacto y, por tanto, el punto de entrada de la corriente en el cuerpo.

Pregunta muy compleja y con poco interés en la actualidad. Recuerda que la opción correcta es la 2.Las lesiones dérmicas dependen del efecto de un aumento de la temperatura generado sobre la dermis.

Respuesta: 2

182. **Hombre de 85 años con enfermedad de Alzheimer de 6 años de evolución, actualmente en estadio GDS-FAST 7c. Está institucionalizado en centro sociosanitario desde hace 1 año. En los últimos 6 meses tiene frecuentes episodios de broncoaspiración por los que ha acudido a Urgencias y han sido tratados con antibioterapia de amplio espectro con mejoría clínica. Acude nuevamente a urgencias por disnea en relación con nuevo episodio de broncoaspiración y negativa a la ingesta. ¿Cuál debe ser la actitud a seguir?:**

1. Evitar ingreso. Indicar sonda nasogástrica (SNG) con el fin de prevenir nuevas broncoaspiraciones y facilitar ingesta. Antibioterapia empírica con amoxicilina-clavulánico por SNG.
2. Ingresar para colocación de gastrostomía (PEG) con el fin de evitar nuevas broncoaspiraciones y facilitar ingesta. Antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam iv.
3. Evitar ingreso. No está indicada la colocación de sonda para nutrición enteral. Considerar adecuación del esfuerzo terapéutico evitando antibioterapia y dando cuidados de confort.
4. Ingresar para antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam, pero evitar la colocación de sonda para nutrición enteral. La curación del proceso infeccioso mejorará casi siempre la ingesta.

En este caso, la situación del hombre de 85 años con enfermedad de Alzheimer y recurrentes episodios de broncoaspiración es bastante delicada. Dada su condición y el estadio avanzado de la enfermedad, es fundamental considerar la calidad de vida y el enfoque en el confort. La opción más adecuada podría ser "Considerar adecuación del esfuerzo terapéutico evitando antibioterapia y dando cuidados de confort". Esto implica priorizar su bienestar y evitar intervenciones invasivas que podrían no mejorar su calidad de vida. La colocación de sondas o la hospitalización para tratamientos agresivos pueden no ser lo más apropiado en este contexto, especialmente si su estado general es frágil y su capacidad para recuperarse es

limitada. Es importante que el equipo médico y la familia discutan las opciones, teniendo en cuenta los deseos del paciente y su situación actual. La atención paliativa y el enfoque en el confort pueden ser la mejor manera de abordar su cuidado en esta etapa.

Respuesta: 3

183. **La telemonitorización domiciliaria ha demostrado beneficios en pacientes con insuficiencia cardíaca. Una mujer de 82 años con insuficiencia cardíaca y diabetes tratada con insulina está en programa de telemonitorización y remite cada semana una serie de parámetros a su médico de familia. La semana pasada presentaba presión arterial 140/85 mmHg. Glucemia capilar basal 120 mg/dL. Glucemia postprandial 2 h tras la comida 160 mg/dL. Peso 83 kg. Frecuencia cardíaca 72 lpm. Al recibir los parámetros de esta semana que se exponen a continuación, su médico decide citar a la paciente en consulta. ¿Cuál de los siguientes parámetros ha motivado dicha decisión?:**

1. Presión arterial 135/82 mmHg.
2. Peso 85 Kg.
3. Glucemia capilar basal 130 mg/dL.
4. Glucemia capilar postprandial 190 mg/dL.

El parámetro que ha motivado la decisión del médico de citar a la paciente en consulta es el aumento de peso de 2 kg en una semana (opción 2). En el contexto de un paciente con insuficiencia cardíaca, un incremento rápido de peso es un indicador temprano de retención hídrica y descompensación cardíaca, lo que requiere una evaluación clínica inmediata para prevenir una posible hospitalización por insuficiencia cardíaca descompensada. En la telemonitorización domiciliaria de la insuficiencia cardíaca, el cambio en el peso corporal es uno de los parámetros más sensibles y específicos para detectar empeoramiento clínico, ya que refleja acumulación de líquido antes de que aparezcan otros síntomas como disnea, edema periférico o fatiga. Un aumento de 2 kg en una semana se considera clínicamente significativo y suele indicar sobre carga de volumen, lo que justifica la revisión médica para evaluar la necesidad de ajuste en el tratamiento diurético y descartar signos de insuficiencia cardíaca aguda. Se descartan las otras opciones porque no representan cambios críticos en la evolución del paciente:

- Presión arterial 135/82 mmHg (opción 1): Este valor es estable y adecuado para una paciente con insuficiencia cardíaca y diabetes, sin cambios relevantes con respecto a la semana anterior (140/85 mmHg).
- Glucemia capilar basal 130 mg/dL (opción 3): Aunque hay un ligero aumento con respecto al valor previo (120 mg/dL), sigue siendo un nivel aceptable en un paciente diabético y no justificaría una cita urgente.
- Glucemia capilar postprandial 190 mg/dL (opción 4): Aunque está algo elevada respecto al valor previo (160 mg/dL), sigue dentro de los valores esperados en pacientes diabéticos tratados con insulina y no indica una urgencia clínica.

Respuesta: 2

184. **En un paciente con diabetes y obesidad en prevención secundaria cardiovascular, tratado con metformina y iSGLT2, que presenta mal control glucémico, ¿cuál es el fármaco de elección para mejorar dicho control?:**

1. Insulina.
2. Análogos del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1).
3. Sulfonilurea.
4. Repaglinida.

En un paciente con diabetes y obesidad en prevención cardiovascular secundaria, tratado con metformina e inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (SGLT-2), que presenta un control glucémico deficiente, la elección preferida de fármaco para mejorar dicho control es un análogo del receptor del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1 RA). La Asociación Americana de Diabetes (ADA) recomienda los GLP-1 RAs debido a su eficacia en la reducción de la glucosa, su bajo riesgo de hipoglucemia y sus beneficios adicionales en la pérdida de peso y en los resultados cardiovasculares y renales. En comparación con la insulina, los GLP-1 RAs tienen una eficacia similar o mayor en el control glucémico, con menos riesgo de hipoglucemia y efectos beneficiosos sobre el peso corporal. Además, los GLP-1 RAs son preferidos sobre las sulfonilureas y la repaglinida debido a su perfil de seguridad y beneficios adicionales. Por lo tanto, en este contexto clínico, los GLP-1 RAs son la opción más adecuada para mejorar el control glucémico en pacientes con diabetes y obesidad que ya están siendo tratados con metformina e inhibidores de SGLT-2.

Respuesta: 2

185. **Mujer de 61 años con adenocarcinoma rectal avanzado. Presenta dolor neuropático con irradiación perineal y molestias urinarias en relación con masa presacra. Mejoró con tratamiento con opioides (morfina 60 mg cada 12h) pero no tolera más aumento de dosis ni fármacos adyuvantes. ¿Cuál es el tratamiento de elección?:**

1. Bloqueo del plexo celiaco.
2. Bloqueo del ganglio impar.

3. Bloqueo de nervios esplácnicos.
4. Bloqueo del nervio pudendo.

La paciente presenta dolor neuropático y ha mejorado con opioides pero no puede tolerar un aumento de dosis ni fármacos adyuvantes, el tratamiento de elección sería el bloqueo de ganglio impar. Este tipo de bloqueo puede ayudar a aliviar el dolor perineal y las molestias urinarias asociadas con la masa presacra. El ganglio impar, situado en el espacio presacro a nivel del espacio discal sacrocoxígeo, es la estructura nerviosa en la confluyen las cadenas simpáticas espinales, y que transmite el dolor de las estructuras pélvicas-perineales. De las patologías benignas la coccigodinia o dolor coxígeo es la más frecuente, aunque proctalgias, dolor vulvar, prostático etc son también susceptibles de tratamiento, especialmente si se ha realizado un bloqueo anestésico con resultado positivo. La destrucción del ganglio impar resuelve de forma habitual el dolor con un procedimiento ambulante y de corta duración.

Respuesta: **2**

186. En una guardia de centro de salud avisan para atender a un hombre de 63 años, que ha sido sometido a bajas temperaturas, sin precisar cuánto tiempo ha estado en exposición. A su llegada, tiene una temperatura corporal de 28ºC. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO cabría esperar en este cuadro?:

1. Taquipnea.
2. Fibrilación ventricular.
3. Alucinaciones.
4. Pupilas mióticas.

En el caso que se describe, un hombre de 63 años con una temperatura corporal de 28ºC, que indica una hipotermia severa, hay ciertos hallazgos que podrías esperar:

- Taquipnea: Es posible que se presente, ya que el cuerpo intenta compensar la falta de oxígeno.
- Fibrilación ventricular: También es un riesgo en casos de hipotermia severa, así que podría esperarse.
- Alucinaciones: Pueden ocurrir debido a la confusión mental que puede acompañar a la hipotermia.
- Pupilas mióticas: Este hallazgo no es típico en la hipotermia. En general, las pupilas pueden estar dilatadas o normales, pero no mióticas. Sin embargo, una miosis puede traducir un síndrome hipnótico-sedante, y este es una de las causas más frecuentes de que un paciente se quede inconsciente y entre en hipotermia, por lo que la pregunta se anuló.

Respuesta: **Anulada**

187. En cuanto al uso de anticonceptivos en mujeres jóvenes en las consultas de Atención Primaria, es importante tener en cuenta diversos aspectos para la prescripción. ¿Cuál de las siguientes es INCORRECTA?:

1. Se ha de ofrecer consejo contraceptivo estructurado según los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), e información tanto para la prevención de embarazos no planificados, como de enfermedades de transmisión sexual (ETS).
2. Como método anticonceptivo de urgencias, las opciones recomendadas son la toma de levonorgestrel, de acetato de ulipristal o la inserción de un DIU de cobre.
3. Ante la indicación de anticonceptivos orales se recomienda el cribado rutinario de trombofilia y dislipemia y citologías de control anuales.
4. El riesgo de tromboembolia venosa con el consumo de anticonceptivos orales es bajo, siendo el riesgo menor en los de segunda generación, frente al mayor riesgo en los de tercera y cuarta generación.

Antes de la prescripción de anticonceptivos orales sólo se consideran requisitos imprescindibles:

- Anamnesis orientada a conocer el estado de salud y la existencia de factores de riesgo o patologías, valorando en ella si existen contraindicaciones para el uso del método (interacciones, factores de riesgo cardiovascular, migrañas..).
- Toma de tensión arterial cuando se va a prescribir un anticonceptivo combinado.

El resto de las opciones son correctas.

Respuesta: **3**

188. ¿Cuál de los siguientes fármacos debería evitarse en un paciente que presenta diabetes y obesidad por ser un fármaco que puede inducir aumento de peso?

1. Metformina.
2. Sitagliptina.
3. Semaglutida.
4. Pioglitazona.

La pioglitazona, un miembro de la clase de las tiazolidinedionas, se asocia con un aumento de peso significativo. Según la Asociación Americana del Corazón y la Sociedad de Insuficiencia Cardíaca de América, la pioglitazona puede causar aumento de peso y retención de líquidos, lo que puede exacerbar la insuficiencia cardíaca. Además, la Asociación Americana de Diabetes también menciona que la pioglitazona causa un aumento de peso dependiente de la dosis. En contraste, metformina es generalmente neutra en cuanto al peso o puede inducir una ligera pér-

dida de peso. Sitagliptina tiene un efecto neutro sobre el peso, y semaglutida se asocia con pérdida de peso. Por lo tanto, pioglitazona es el fármaco que debe evitarse en pacientes con diabetes y obesidad debido a su potencial para inducir aumento de peso.

Respuesta: **4**

189. **Hombre de 69 años con adenocarcinoma de páncreas avanzado que presenta como principal sintomatología dolor de características mixtas tratado desde hace 3 meses con opioides con buen control (morfina 60 mg cada 12 horas) + adyuvantes (duloxetina 60 mg/día). Asocia astenia e hiporexia graves tratadas con corticoides desde hace 2 semanas (dexametasona 8 mg/día). Acude a consulta refiriendo somnolencia intensa y alucinaciones táctiles. En la analítica presenta como datos más destacables anemia de trastornos crónicos (Hb 10,6 g/dL) y empeoramiento de la función renal (CKD-EPI 26 mL/min). ¿Cuál es el diagnóstico más probable y la actitud a seguir?:**

1. Clínica neurológica por metástasis cerebrales. Realizar TC cerebral y aumentar dosis de corticoides.
2. Psicosis inducida por corticoides. Retirar corticoides.
3. Síndrome confusional agudo hipoactivo. Iniciar tratamiento con neurolépticos.
4. Neurotoxicidad por opioides. Reducir la dosis de morfina a la mitad.

El cuadro clínico y los datos analíticos del paciente son altamente sugestivos de una toxicidad por acumulación de metabolitos opioides en el contexto de insuficiencia renal crónica. El paciente presenta adenocarcinoma de páncreas avanzado, enfermedad oncológica que suele cursar con dolor mixto (nociceptivo y neuropático) de difícil control, por lo que lleva tratamiento con morfina de liberación prolongada (60 mg/12 h) desde hace tres meses, y adyuvantes como duloxetina. Aunque el control del dolor ha sido adecuado, el paciente ahora desarrolla síntomas neurológicos compatibles con neurotoxicidad opioide, incluyendo somnolencia intensa y alucinaciones táctiles, en el contexto de una insuficiencia renal significativa (CKD-EPI 26 mL/min). La morfina es metabolizada en el hígado a morfina-3-glucurónido y morfina-6-glucurónido, compuestos activos que se eliminan principalmente por vía renal. En caso de insuficiencia renal, estos metabolitos se acumulan en el sistema nervioso central y pueden producir un espectro de síntomas neurológicos, desde letargo hasta delirium, alucinaciones, mioclonías, convulsiones o coma, sin necesariamente alterar el nivel de conciencia de forma abrupta.

En este caso, la sospecha de metástasis cerebrales (opción 1) es poco probable porque el adenocarcinoma de páncreas rara vez metastatiza al SNC, y el paciente no presenta signos focales neurológicos ni clínica progresiva que lo justifique; además, aumentar la dosis de corticoides en este contexto sería contraproducente.

La psicosis inducida por corticoides (opción 2) suele aparecer con dosis altas mantenidas, típicamente superiores a 40 mg/día de prednisona o equivalentes, y aunque 8 mg/día de dexametasona es una dosis moderadamente alta (equivalente a 53 mg de prednisona), el uso de corticoides ha sido reciente (solo 2 semanas), lo que hace menos probable esta causa en comparación con la morfina crónica acumulada.

La opción 3, síndrome confusional hipoactivo, no es el diagnóstico de base, sino una manifestación clínica sindrómica que puede tener múltiples etiologías, entre ellas la neurotoxicidad por opioides, y aunque puede utilizarse haloperidol u otros neurolépticos, aquí el tratamiento etiológico adecuado es ajustar la dosis de opioide.

Respuesta: **4**

190. **Hombre de 36 años sin antecedentes de interés que ingresa en observación de urgencias en espera de intervención quirúrgica por fractura de fémur a nivel diafisario por accidente de tráfico. El paciente llega algo taquicárdico 102 lpm, con gafas nasales para mantener saturación de oxígeno en torno al 96%, 20 respiraciones por minuto y presión arterial 100/60 mmHg. Se procede a ajuste de analgesia y a las 20 horas de estancia en observación indican que el paciente puede ir a quirófano pero presenta un aumento de disnea con saturación del 89% con mascarilla tipo Venturi, 28 respiraciones por minuto, taquicardia a 110 lpm, fiebre de 38ºC y se encuentra algo obnubilado. En la analítica destaca anemia y trombocitopenia. No presenta aumento de volumen en ninguna de las 2 piernas. ¿Qué prueba complementaria tiene mayor sensibilidad y especificidad para la sospecha diagnóstica de este paciente?**

1. AngioTC helicoidal con contraste.
2. Gammagrafía pulmonar de perfusión.
3. Radiografía de tórax.
4. Ecocardiografía.

El paciente de 36 años con fractura diafisaria de fémur presenta síntomas y signos clínicos que sugieren una embolia grasa pulmonar (EGP), incluyendo disnea, taquicardia, fiebre, hipoxemia y alteraciones en el estado mental, junto con anemia y trombocitopenia. Para confirmar el diagnóstico de EGP, la prueba complementaria con mayor sensibilidad y especificidad es la tomografía computarizada helicoidal con contraste (CTPA). La American College of Radiology (ACR) recomienda la CTPA como la modalidad de imagen inicial para confirmar o excluir la EP en pacientes con sospecha clínica de esta condición, debido a su alta resolución y capacidad para detectar defectos de llenado en arterias pulmonares distales. La CTPA ha demostrado ser más sensible y específica que la gammagra-

fía de perfusión pulmonar y otras modalidades de imagen. En resumen, la tomografía computarizada helicoidal con contraste es la prueba de elección para el diagnóstico de embolia grasa pulmonar en este paciente, debido a su alta sensibilidad y especificidad.

Respuesta: 1

191. **Hombre de 72 años sin alergias medicamentosas, no fumador y con antecedentes de hipertensión, dislipemia y diabetes. En tratamiento con ácido acetilsalicílico, atorvastatina, enalapril y metformina. Acude a urgencias por agudización de lumbalgia crónica de meses de evolución. Refiere que el dolor no es irradiado, y no mejora mucho en reposo. Ha tomado varios analgésicos sin ninguna mejoría. A la exploración no presenta dolor en espinosas dorsolumbares, el signo de Lasegue es negativo, no presenta limitación a la movilidad, reflejos normales y no hay alteración de sensibilidad o fuerza. Pulsos pedios ausentes y tibiales débiles. No edemas de miembros inferiores. Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué prueba nos daría el diagnóstico más rápidamente con mayor sensibilidad y especificidad?:**

1. Ecografía abdominal.
2. TC toraco-abdominal.
3. Resonancia magnética.
4. Radiografía de columna lumbosacra.

Dado el cuadro clínico del paciente de 72 años con exacerbación del dolor lumbar crónico, sin signos de radiculopatía ni déficits neurológicos, pero con pulsos pedales ausentes y pulsos tibiales débiles, se debe considerar la posibilidad de una enfermedad vascular periférica. La prueba que proporcionaría el diagnóstico más rápidamente con la mayor sensibilidad y especificidad en este contexto es la tomografía computarizada (TC) toracoabdominal. La TC toracoabdominal es altamente sensible y específica para detectar patologías vasculares, como la enfermedad arterial periférica, que podría explicar la ausencia de pulsos pedales y los pulsos tibiales débiles. Además, puede identificar otras posibles causas de dolor lumbar, como aneurismas de la aorta abdominal, que también pueden presentarse con dolor lumbar y alteraciones vasculares en las extremidades inferiores. La resonancia magnética (RM), aunque es excelente para evaluar patologías de tejidos blandos y estructuras neurales, no es la modalidad de elección en este caso específico donde se sospecha una etiología vascular. La radiografía de la columna lumbar y la ecografía abdominal no proporcionarían la información diagnóstica necesaria con la misma rapidez y precisión que la TC toracoabdominal. Por lo tanto, la TC toracoabdominal es la prueba más adecuada para este paciente, dado su cuadro clínico y los hallazgos en el examen físico.

Respuesta: 2

192. **Acude a urgencias un hombre de 34 años, sin diagnósticos previos, con antecedente de consumo de drogas por vía parenteral, con fiebre, tos no productiva y disnea progresiva de varias semanas de evolución. Se realiza radiografía de tórax que muestra infiltrado intersticial bilateral. En analítica sanguínea destaca linfopenia y lactato deshidrogenasa elevada. La saturación de oxígeno es del 88% respirando aire ambiente en reposo. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones le parece INCORRECTA?:**

1. Iniciaría tratamiento de soporte, oxigenoterapia y ceftriaxona.
2. Iniciaría tratamiento con Trimetropim/sulfametoxazol, corticoides y oxigenoterapia.
3. Solicitaría serología del virus de la inmunodeficiencia humana.
4. Solicitaría estudio microbiológico de esputo.

Este caso es un paciente en riesgo de contagio del VIH por ser usuario de drogas por vía parenteral, además nos indican linfopenia en la analítica. Presenta un proceso respiratoria subagudo con neumonía intersticial bilateral, insuficiencia respiratoria y LDH elevada. Todo ello nos debería hacer sospechar una infección oportunista como es la neumonía por P. jirovecii. Por tanto debemos solicitar la serología del VIH, análisis microbiológico del esputo y tendríamos datos suficiente como para iniciar tratamiento empírico con cotrimoxazol (trimeroprim/sulfametoxazol) y corticoides (indicados al presentar insuficiencia respiratoria. La opción 1, solo nos cubriría la neumonía típica neumocócica, que no parece cuadrar con los datos que nos dan.

Respuesta: 1

193. **Hombre de 46 años sufre accidente de tráfico a alta velocidad con varios vuelcos del vehículo y necesidad de extracción por parte del equipo de bomberos. El paciente es trasladado en una UVI móvil al servicio de urgencias más próximo, con inmovilización en colchón de vacío. A su llegada al hospital se encuentra inestable a pesar de sueroterapia intensiva. A la exploración presenta los siguientes signos vitales: frecuencia respiratoria 35 rpm. Saturación de oxígeno 100% con mascarilla reservorio. Frecuencia cardíaca 140 lpm. Presión arterial 60/30 mm Hg. Temperatura 35,5ºC y glucemia 110 mg/dL. De las siguientes, indique la exploración o prueba complementaria clave del árbol de decisión en este paciente:**

1. Hemograma y bioquímica.
2. TC abdominal.
3. e-FAST (Extended Focused Abdominal Sonography for Trauma).
4. Punción lavado peritoneal.

En el caso de un paciente hemodinámicamente inestable con trauma abdominal contuso, la prueba complementaria clave en el árbol de decisiones es la Extended Focused Abdominal Sonography for Trauma (e-FAST). La American College of Emergency Physicians recomienda el uso de ultrasonido a pie de cama (e-FAST) como la modalidad diagnóstica de elección en pacientes hemodinámicamente inestables con trauma abdominal contuso. El e-FAST permite una evaluación rápida y no invasiva para detectar la presencia de líquido libre intraperitoneal, lo cual es indicativo de hemorragia interna que puede requerir intervención quirúrgica inmediata. Además, el e-FAST es una herramienta diagnóstica eficaz y rápida que no expone al paciente a radiación ionizante ni a nefropatía inducida por contraste, lo cual es particularmente importante en situaciones de emergencia. La sensibilidad y especificidad del e-FAST para detectar hemoperitoneo en pacientes con trauma abdominal contuso son altas, lo que lo convierte en una opción confiable para la evaluación inicial. Por lo tanto, en este contexto clínico, la e-FAST es la prueba complementaria más adecuada para guiar la toma de decisiones y el manejo inmediato del paciente.

Respuesta: 3

194. En un paciente diagnosticado de una lesión tumoral ósea maligna que ha recibido tratamiento neoadyuvante, se realiza resección de la pieza y posterior biopsia para su análisis anatomopatológico. Indique, de las siguientes, ¿cuál es la información más relevante para el pronóstico del paciente?:

1. Tasa de necrosis en la pieza por efecto de terapia neoadyuvante.
2. Número de células tumorales en fase G0 de no división o interfase.
3. Porcentaje de células gigantes que se encuentran en la lesión.
4. Cantidad de células no estromales que componen el tumor.

Pregunta muy dificil sobre oncología. En tumores óseos malignos, especialmente en osteosarcoma, el principal factor pronóstico tras el tratamiento neoadyuvante es el porcentaje de necrosis tumoral observado en la pieza quirúrgica (opción 1 correcta) dado que una necrosis ≥90% se asocia a MEJOR supervivencia y MENOR riesgo de recaída. Las otras opciones (fase G0, células gigantes, células no estromales) no tienen valor pronóstico reconocido y son distractores MIR clásicos, que no aportan valor.

Respuesta: 1

195. Mujer de 60 años que acude al hospital por hematuria, mal estado general y fiebre. Se orienta clínicamente de insuficiencia renal progresiva y se decide realizarle una biopsia renal donde se observa una glomerulonefitis necrotizante con reacción extracapilar (semilunas) que afecta a más del 50% de los glomérulos. La inmunofluorescencia directa es negativa. Hay un dato del laboratorio de inmunología que nos ayudará a confirmar el diagnóstico, pero ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Glomerulonefritis pauciinmune.
2. Nefritis tubulointersticial.
3. Síndrome de Goodpasture.
4. Nefropatía IgA.

El caso clínico describe a una mujer de 60 años que presenta hematuria, mal estado general, fiebre y insuficiencia renal progresiva, lo que sugiere una glomerulonefritis activa. La biopsia renal muestra glomerulonefritis necrotizante con reacción extracapilar (semilunas) que afecta a más del 50% de los glomérulos, lo que es característico de una glomerulonefritis rápidamente progresiva. La inmunofluorescencia directa negativa es una pista clave para el diagnóstico. Con respecto a la primera respuesta, la glomerulonefritis pauciinmune es una de las causas más comunes de glomerulonefritis rápidamente progresiva. Se caracteriza por la ausencia de depósitos inmunes en la inmunofluorescencia (lo que explica la negatividad en este caso) y por la presencia de semilunas extracapilares. Esta forma de glomerulonefritis se asocia con vasculitis ANCA positiva (aunque la prueba de ANCA no se menciona explícitamente, la negatividad en inmunofluorescencia es indicativa). En este tipo de GNRP no hay depósitos de inmunoglobulinas ni complemento, lo que justifica la ausencia de fluorescencia en la inmunofluorescencia directa.

Respuesta: 1

196. Niño de 3 años de edad con antecedentes de dermatitis atópica leve, sin alergias conocidas. Acude a la consulta con su madre quien comenta que en la última semana le han aparecido unas lesiones en la piel de la cara y la región glútea. Estas lesiones comenzaroncomo pequeñas máculas eritematosas que en pocos días pasaron a vesículas y erosiones superficiales cubiertas por costras amarillentas y que han ido aumentando en número y tamaño, extendiéndose rápidamente a la piel de alrededor. Ha estado rascándose las lesiones, lo que parece haberlas empeorado. También comenta que en la guardería hay otros niños que han presentado lesiones similares en la piel. El niño tiene buen estado general y no tiene fiebre, sólo se queja de picor en las lesiones. Ante este cuadro clínico, ¿cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Impétigo contagioso.
2. Molluscum contagioso.

3. Infección por herpes virus.
4. Candidiasis mucocutánea.

El cuadro clínico que se describe en el enunciado es sugestivo de impétigo contagioso (respuesta 1 correcta). El impétigo es una infección superficial causada por Staphylococcus aureus y en menor medida por Streptococcus pyogenes. Se caracteriza por la presencia de costras melicéricas localizadas en las zonas periorificiales de la cara y en las zonas fotoexpuestas.

En cuanto a las otras opciones:

- Respuesta 2: Molluscum contagioso: infección por poxvirus caracterizada por pápulas del color de la piel, umbilicadas en el centro, dispersas por todo el cuerpo, con predominio en los pliegues, el tronco y las extremidades.
- Respuesta 3: Infección por herpes virus: suele presentarse con vesículas agrupadas que secundariamente pueden dar lugar a erosiones y costras, dolorosas en lugar de pruriginosas.
- Respuesta 4: Candidiasis mucocutánea: suele presentarse como placas blanquecinas que desprenden al rascado en áreas húmedas: mucosas o zonas intertriginosas, donde típicamente suelen presentar lesiones satélite.

Respuesta: 1

197. Hombre de 50 años que acude a la consulta por una lesión pigmentada en su pierna derecha que ha cambiado de tamaño y color en los últimos 4 meses. La lesión es de 8 mm de diámetro, asimétrica, con bordes irregulares y con varias tonalidades de marrón y negro. Además, refiere prurito ocasional en la zona. No tiene antecedentes personales de cáncer, ni otros de interés, pero su madre fue diagnosticada de melanoma a los 60 años. Se realiza una dermatoscopia que revela un patrón de red irregular, puntos negros, áreas de regresión y vasos sanguíneos irregulares. ¿Cuál es el manejo más apropiado?:

1. Biopsia mediante punción de la parte más pigmentada de la lesión para confirmar el diagnóstico.
2. Biopsia mediante escisión completa con márgenes quirúrgicos de 2 mm y estudio histopatológico.
3. Monitorización de la lesión con dermatoscopia digital y seguimiento en 3 meses.
4. Terapia fotodinámica para reducir el tamaño de la lesión antes de realizar una biopsia.

La descripción clínica y dermatoscópica de la lesión es altamente sugestiva de melanoma, por lo que el manejo más apropiado es una biopsia mediante escisión completa con márgenes quirúrgicos de 2 mm y estudio histopatológico. La lesión cumple con los criterios ABCDE de melanoma y la dermatoscopia muestra hallazgos sugestivos de melanoma: red irregular, puntos negros, áreas de regresión y vasos sanguíneos irregulares (respuesta 2 correcta). No se recomiendan las biopsias parciales de lesiones melanocíticas (respuesta 1 incorrecta). El seguimiento clínico-dermatoscópico sólo se recomienda si no hay criterios claros de melanoma (respuesta 3 falsa). La terapia fotodinámica es un tratamiento que se usa en lesiones premalignas (queratosis actínicas) o cáncer de piel no melanoma de bajo riesgo, en ningún caso en el melanoma (respuesta 4 incorrecta).

Respuesta: 2

198. Una lactante prematura de 32 semanas, consulta al mes de nacimiento por 3 hemangiomas infantiles superficiales que han crecido en las 2 últimas semanas en el antebrazo derecho, en el tórax y en la espalda. Respecto a los hemangiomas infantiles que presenta la paciente, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Tienen 3 fases evolutivas: una fase proliferativa en la que la lesión crece aceleradamente, un periodo de estabilidad y una fase involutiva.
2. Suponen la única lesión positiva para el marcador GLUT-1 (proteína transportadora de glucosa).
3. Es necesario realizar estudios de imagen (la ecografía sería la técnica de elección) por el riesgo aumentado de hemangiomas a nivel visceral.
4. La mayoría de los hemangiomas infantiles tiene un curso clínico predecible por lo que, si no hay compromiso funcional ni estético, una opción válida es no tratar a estos pacientes.

Los hemangiomas infantiles son los tumores vasculares benignos comunes en la infancia. Siguen un curso clínico característico con fases de proliferación, estabilidad e involución (respuesta 1 verdadera). La mayoría no requieren tratamiento, especialmente si no causan problemas funcionales o estéticos (respuesta 4 verdadera). La proteína transportadora de glucosa (GLUT-1) es un marcador característico de los hemangiomas infantiles (respuesta 2 verdadera, aunque controvertida: no son la ÚNICA lesión positiva para GLUT-1).

Respuesta: 3

199. Hombre de 45 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, hígado graso y esclerosis múltiple y en tratamiento con fingolimod, enalapril y simvastatina, presenta una psoriasis con

afectación de más del 10% de la superficie corporal y un índice de la severidad del área de psoriasis (PASI) de 14. Había realizado previamente tratamiento con acitretina durante 15 meses con escasa mejoría. El paciente pregunta por otra alternativa terapéutica que consiga mejorar su psoriasis. ¿Cuál considera que es la mejor opción de tratamiento?:

1. Fototerapia.
2. Biológico con mecanismo de acción anti-TNF (factor de necrosis tumoral).
3. Ciclosporina.
4. Biológico con mecanismo de acción anti- Interleucina 23.

Pregunta de dificultad moderada sobre el tratamiento de la psoriasis. La mejor opción de tratamiento para este paciente es la opción 4: Biológico con mecanismo de acción anti-Interleucina 23. Estos medicamentos (guselkumab, risankizumab y tildrakizumab) son muy eficaces y tienen un buen perfil de seguridad, lo cual les hace idóneos para pacientes con comorbilidades.

La fototerapia podría ser una opción a considerar, si bien es cierto que el tratamiento con fingolimod puede aumentar la aparición de cáncer de piel no melanoma, por lo cual no sería la mejor opción (respuesta 1 incorrecta).

Biológico con mecanismo de acción anti-TNF (factor de necrosis tumoral): Aunque los anti-TNF son efectivos, no deberían considerarse en un paciente con una enfermedad desmielinizante como la esclerosis múltiple (respuesta 2 incorrecta).

La ciclosporina no es una opción ideal ya que puede causar hipertensión y nefrotoxicidad, y el paciente es hipertenso (opción 3 incorrecta).

Respuesta: **4**

200. Indique, de los siguientes, ¿cuál es un criterio de malignidad radiológica de los tumores óseos?:

1. Esclerosis perilesional reactiva.
2. Presencia de calcificaciones puntiformes en el interior de la estructura ósea.
3. Rotura de la cortical ósea.
4. Localización epifisaria del tumor por la posibilidad de afectación de la articulación.

El criterio radiológico de malignidad para tumores óseos entre las opciones proporcionadas es 3. Ruptura del hueso cortical. La ruptura del hueso cortical es un signo radiológico altamente sugestivo de malignidad en los tumores óseos. Según las guías de la American College of Radiology (ACR), la identificación de una ruptura cortical asociada con una masa de tejido blando extraóseo es un hallazgo extremadamente preocupante que debe elevar la sospecha de malignidad. Este hallazgo es típico de neoplasias óseas agresivas que han invadido el tejido circundante, lo cual es un indicativo claro de comportamiento maligno. Las otras opciones no son criterios radiológicos de malignidad:

1. La esclerosis perilesional reactiva generalmente se asocia con procesos benignos.
2. Las calcificaciones puntiformes dentro de la estructura ósea pueden estar presentes en tumores benignos y malignos, pero no son un criterio específico de malignidad.
3. La localización epifisaria del tumor no es un criterio de malignidad, ya que los tumores malignos raramente se presentan en la epífisis.

Por lo tanto, la ruptura del hueso cortical es el criterio radiológico que indica malignidad en los tumores óseos.

Respuesta: **3**

201. En la enfermedad por arañazo de gato, señale la INCORRECTA:

1. En los casos sin manifestaciones sistémicas de la enfermedad es suficiente con tratamiento tópico.
2. Para el diagnóstico es necesaria la práctica de una serología.
3. Si se precisa tratamiento antibiótico, se recomienda azitromicina 500 mg. en una dosis inicial y 250 mg cada 24 horas durante 4 días más.
4. La mayoría de los casos curan de forma espontánea en semanas o meses sin tratamiento de ningún tipo.

Esta es una pregunta con dos respuestas ambiguas, la 1 y la 2. No hay descrito la necesidad de tratamiento tópico específico para la enfermedad por arañazo de gato a no ser que se refieran a medidas generales como limpieza de la herida con antiséptico. El Ministerio lo asumió así y es cierto que la opción 2 es más incorrecta, ya que en la mayoría de los casos el diagnóstico es clínico, también se puede realiza con serología e incluso con estudio histológico de tejidos afectos. El tratamiento si debe realizarse es con azitromicina y la mayoría de los casos se autolimitan.

Respuesta: **2**

202. Hombre de 45 años que refiere desde hace 3 meses dolor en codo derecho irradiado a antebrazo, no asociado a parestesias ni sensación subjetiva de pérdida de fuerza. La intensidad del dolor va empeorando a lo largo del día, principalmente con trabajo de ordenador y con actividades deportivas. A la exploración física

no se observan signos inflamatorios externos, presenta dolor a la palpación de epitróclea humeral y se reproduce su dolor al distender y resistir la musculatura flexora de antebrazo y mano. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Epicondilopatía medial.
2. Epicondilopatía lateral.
3. Síndrome compartimental crónico.
4. Neuropatía cubital por atrapamiento en canal epitrócleo-olecraniano.

La localización del dolor en la epitróclea y su reproducción al estirar y resistir la contracción de los músculos flexores de antebrazo y mano son característicos de la epicondilopatía medial (también conocida como "codo de golfista"). Por tanto, la respuesta correcta es la 1: Epicondilopatía medial.

El resto de opciones no son correctas:

- Epicondilopatía lateral: Corresponde al "codo de tenista" y se caracteriza por dolor en la cara lateral del codo, con afectación de los músculos extensores de la muñeca y dedos. En este caso, el dolor se localiza en la epitróclea (medial) y se reproduce con maniobras que involucran a los flexores.
- Síndrome compartimental crónico: Suele aparecer sobre todo en deportistas tras ejercicio intenso y repetitivo. Se asocia a aumento de la presión en los compartimentos musculares, con dolor, sensación de tensión y a veces déficit neurológico. No se circunscribe únicamente al epicóndilo medial ni se reproduce específicamente al resistir la flexión de muñeca.
- Neuropatía cubital por atrapamiento en canal epitrócleo-olecraniano: Aunque la zona implicada es medial, suelen existir síntomas neurológicos como parestesias o hipoestesia en el territorio del nervio cubital (borde cubital de la mano y dedos anulares y meñique), y a menudo se objetiva algún grado de debilidad o cambios en la movilidad de la mano. En este caso, no hay referidos signos sensitivos ni motores específicos del nervio cubital.

Respuesta: **1**

203. Hombre de 57 años con buen estado general, tiene un PSA de 13 ng/mL y tacto rectal pétreo. El estudio diagnóstico revela cáncer de próstata de alto riesgo, Gleason 9, metastásico, con afectación ósea (más de 8 lesiones en el esqueleto axial) y metástasis hepáticas. ¿Cuál de los siguientes es el tratamiento inicial indicado en la actualidad?:

1. Prostatectomía radical con linfadenectomía extendida y resección de las metástasis.
2. Radioterapia externa pélvica y radioterapia estereotáxica de las metástasis.
3. Braquiterapia pélvica de alta tasa.
4. Antiandrógenos inicialmente más análogos de la LHRH + enzalutamida + docetaxel.

Caso clínico sobre cáncer de próstata metastásico. El cáncer de próstata metástasico puede dividirse en bajo volumen y alto volumen según la cantidad de metástasis: cuando son 4 o más metástasis óseas o la presencia de metástasis viscerales. En estos casos, como el del paciente que se nos presenta, el tratamiento consiste en bloqueo androgénico (antiandrógenos más análogos de LHRH) + Docetaxel + Darolutamida/Abiraterona. La enzalutamida según guías no esta aprobado como tal, pero podría aprobarse en triplete pronto. A pesar de esto, la respuesta es correcta porque en un metastásico de alto volumen NUNCA se trata la próstata: no se hace ni radioterapia ni cirugía. El cáncer de próstata metastásico de bajo volumen (no metas viscerales, menos de 4 óseas) se trata con bloqueo hormonal y radioterapia de la próstata.

Respuesta: **4**

204. Gestante de 36 años primigesta sin factores de riesgo excepto índice de masa corporal de 32 pregestacional, que acude a urgencias a las 28 semanas y presenta una rotura prematura de membranas. En el momento del ingreso la analítica es normal, no presenta dinámica uterina y la longitud cervical es de 38 mm. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

1. Iniciaremos maduración pulmonar fetal con corticoides.
2. Se realizará profilaxis de corioamnionitis mediante antibioterapia endovenosa.
3. Se iniciará neuroprotección fetal.
4. Se iniciará profilaxis tromboembólica con heparina de bajo peso molecular.

Se trata de una rotura prematura de membranas pretérmino. Debido al incremento de riesgo de parto pretérmino en estas situaciones se administra antibioticoterapia profiláctica para dar tiempo a la administración de los corticoides antenatales y alcanzar su pico de máxima eficacia. La administración de sulfato de magnesio está indicada como neuroprotección fetal hasta la semana 31+6 pero sólo si se prevé un parto inminente. En este caso, como la paciente no tiene contracciones y tiene un cérvix largo (>25 mm) no nos encontramos en esa situación. La administración de heparina se puede recomendar en pacientes embarazadas que vayan a estar hospitalizadas, y más en el caso de esta paciente que presenta un IMC elevado.

Respuesta: **3**

205. ¿Qué autoanticuerpos en las miopatías inflamatorias debería alertarnos de un curso agresivo de una neumonía intersticial asociada?:

1. Anti-TIF-1.
2. Anti MDA-5.
3. Anti-Mi2.
4. Anti-PM/SCL.

En las miopatías inflamatorias, la presencia de ciertos autoanticuerpos puede predecir un curso más agresivo de la neumonía intersticial asociada (NIA). De las opciones proporcionadas, el autoanticuerpo que más debería alertarnos de un curso agresivo de NIA es: La respuesta correcta es la número 2, los anticuerpos Anti-MDA-5. Estos anticuerpos, que aparecen en pacientes con dermatomiositis, especialmente la dermatomiositis amiopática (sin debilidad muscular evidente), se asocia fuertemente con un riesgo elevado de desarrollar una NIA rápidamente progresiva y grave. Esta NIA puede ser muy difícil de tratar y tiene una alta mortalidad. Además, los pacientes con anti-MDA-5 pueden presentar otras manifestaciones clínicas distintivas, como úlceras cutáneas dolorosas, artritis y fiebre.

Las otras opciones son menos específicas para predecir un curso agresivo de NIA:

1. Anti-TIF-1: Los anticuerpos anti-TIF-1 (transcription intermediary factor 1) se asocian con dermatomiositis, especialmente en adultos, y se relacionan con un mayor riesgo de cáncer asociado a miopatía inflamatoria.
3. Anti-Mi-2: Los anticuerpos anti-Mi-2 son específicos de dermatomiositis y se asocian con la forma clásica de la enfermedad, que suele responder bien al tratamiento.
4. Anti-PM/Scl: Los anticuerpos anti-PM/Scl se asocian con el síndrome de superposición de polimiositis/dermatomiositis y esclerosis sistémica. Pueden estar relacionados con NIA, pero no son tan fuertemente predictivos de un curso agresivo como los anti-MDA-5.

Respuesta: **2**

206. Avisan de paritorio por recién nacido pretérmino tardío (35+3 semanas de edad gestacional) sin otros factores de riesgo. Al nacimiento no presenta esfuerzo respiratorio y se decide monitorización con pulsioximetría. No inicia esfuerzo por lo que a los 30 segundos se ventila con presión positiva intermitente (VPPI) (presión inspiratoria 20 cm H20 y PEEP 6 cm H20 y FiO2 0,21) durante 1 minuto. Inicia llanto y esfuerzo respiratorio pero con signos de dificultad respiratoria en torno a los 3 minutos de vida con cianosis asociada. En la monitorización presenta frecuencia cardíaca de 170 lpm y Sat O2 del 75%. ¿Cuál es su actuación en este momento?:

1. Retirar soporte respiratorio y aumento aporte de oxígeno.
2. Mantener VPPI y fracción inspirada de oxígeno al 21%.
3. Pasar a modalidad presión positiva continua y aumento aporte de oxígeno.
4. Pasar a modalidad presión positiva continua y fracción inspirada de oxígeno al 21%.

Pregunta difícil sobre el manejo de la RCP neonatal, que requiere bastante conocimiento del algoritmo de RCP, tras estabilizar parcialmente al paciente con la PPI inicia llanto y esfuerzo, pero con dificultad respiratoria. La SO2 para el tiempo de vida es adecuada, por lo que no habría que aumentar la FiO2. Sin embargo, sí que debe cambiarse el modo de ventilación, disminuyendo el soporte de VPPI a CPAP.

Respuesta: **4**

207. En relación con el estudio de la causalidad en epidemiología, solo uno de los siguientes es un criterio o consideración causal de Bradford Hill. Señálelo:

1. Gradiente biológico (relación dosis-respuesta).
2. Ausencia de sesgos.
3. Ausencia de confusión.
4. Significación estadística de la asociación.

Pregunta fácil de respuesta directa. Los criterios de Bradford Hill (1965) son 9: fuerza de asociación, secuencia temporal (ÚNICO CRITERIO IMPRESCINDIBLE), gradiente dosis-respuesta o gradiente biológico (respuesta 1 correcta), consistencia, coherencia, plausibilidad biológica, especificidad de la asociación, analogía y evidencia experimental.

Respuesta: **1**

208. Hombre de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como un accidente isquémico cerebral transitorio 2 años antes. Hospitalizado actualmente tras presentar un infarto de miocardio sin elevación del segmento ST (IAMSEST). En la coronariografía se observa enfermedad arterial coronaria multivaso no revascularizable. En la analítica la función renal es normal, sin anemia. ¿Cuál es el tratamiento antiagregante que debiera recomendarse como primera opción?:

1. Ácido acetil salicílico 100 mg/día de forma indefinida.

2. Ácido acetil salicílico 100 mg/día de forma indefinida y clopidogrel 75 mg/día durante 1 año.
3. Ácido acetil salicílico 100 mg/día de forma indefinida y ticagrelor 90 mg/día durante 1 año.
4. Ácido acetil salicílico 100 mg/día de forma indefinida y prasugrel 5 mg/día durante 1 año.

El tratamiento antiagregante de elección en este paciente con infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) y enfermedad arterial coronaria multivaso no revascularizable es la doble antiagregación plaquetaria con ácido acetilsalicílico (AAS) 100 mg/día de forma indefinida y clopidogrel 75 mg/día durante 1 año (opción 2). En pacientes con IAMSEST, las guías recomiendan doble antiagregación (DAPT) con AAS y un inhibidor del P2Y12 durante 12 meses, incluso en aquellos no revascularizados, ya que reduce significativamente el riesgo de eventos trombóticos recurrentes. Clopidogrel es la mejor opción en este caso porque el paciente tiene 80 años y antecedentes de un accidente isquémico transitorio (AIT), lo que aumenta el riesgo de sangrado con antiagregantes más potentes como ticagrelor o prasugrel.

Se descarta la monoterapia con AAS (opción 1) porque no proporciona una protección suficiente en pacientes con síndromes coronarios agudos recientes, ya que la activación plaquetaria persiste incluso después del evento inicial.

También se descarta el uso de ticagrelor (opción 3) porque, aunque es más potente que clopidogrel, tiene mayor riesgo hemorrágico, especialmente en ancianos, y en este paciente no se ha realizado revascularización, lo que reduce el beneficio neto de su uso.

Finalmente, se excluye prasugrel (opción 4) porque está contraindicado en pacientes con antecedentes de accidente cerebrovascular o AIT, debido a un riesgo significativamente mayor de hemorragia cerebral.

Respuesta: 2

209. Hombre de 34 años con poliposis intestinal y manifestaciones extraintestinales como hipertrofia congénita de retina y osteomas mandibulares. Para hacer el diagnóstico genético se debe analizar el gen:

1. Gen MYH.
2. Gen PTEN.
3. Gen APC.
4. Gen p53.

El caso sugiere síndrome de Gardner, una variante de poliposis adenomatosa familiar, con poliposis intestinal, retinoblastomas y osteomas mandibulares, causado por mutaciones en el gen APC, que regula la proliferación celular.

- Gen MYH (incorrecta): Asociado a poliposis MAP, pero no a retinoblastomas u osteomas.
- Gen PTEN (incorrecta): Relacionado con síndrome de Cowden, no con poliposis ni osteomas mandibulares.
- Gen p53 (incorrecta): Vinculado a Li-Fraumeni, no a poliposis ni anomalías descritas.

Respuesta: 3

210. Acude por primera vez a la consulta una paciente de 17 años con anorexia nerviosa de un año de evolución. En la exploración física y analítica son característicos los siguientes signos EXCEPTO:

1. Lanugo.
2. Taquicardia.
3. Hipopotasemia si existen conductas purgativas como los vómitos o el uso de laxantes.
4. Disminución de hormonas gonadotróficas.

En la anorexia nerviosa, se presentan múltiples alteraciones físicas y analíticas debido a la desnutrición y los mecanismos compensatorios del organismo. Los signos característicos incluyen la presencia de lanugo, una respuesta del cuerpo para conservar calor ante la pérdida extrema de grasa corporal. También es frecuente la hipopotasemia, especialmente si hay conductas purgativas como el vómito o el uso excesivo de laxantes. Además, se observa una disminución de hormonas gonadotróficas (LH y FSH) debido a la disfunción hipotalámica, lo que puede llevar a amenorrea y alteraciones hormonales. Sin embargo, la taquicardia no es un hallazgo característico en la anorexia nerviosa. Por el contrario, lo más común es la bradicardia, ya que el metabolismo basal disminuye como una adaptación a la desnutrición severa.

Respuesta: 2