

# OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 171/2018  
Erabakiaren bidez, egindako  
Oposaketa-Lehiaketarako deia  
(EHAA 45 Zkia. 2018ko  
martxoaren 5ekoa)

Concurso-Oposición convo-  
cado por Resolución 171/2018  
de 14 de febrero de 2018  
(B.O.P.V. N° 45 de 5 de marzo  
de 2018)

## KATEGORIA:

**FAK. ESP. DERMATOLOGIA MEDIK. KIRURGIKOA**  
**ETA BENEREOLOGIAKO MEDIK.**

## CATEGORÍA:

**FAC. ESP. MÉDICO DERMATOLOGÍA MEDICINA**  
**QUIRÚRGICA Y VENEREOLOGÍA**

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 27a**  
Fecha prueba: **27 de mayo de 2018**

*2 ariketa / 2 ejercicio*

## CASO N° 1

Varón de 45 años

A Personales:

Alergia a: Codeína y Tramadol

Abuso de alcohol

Asma

Depresión

Dolor crónico de espalda

En tratamiento crónico habitual con Citalopram, Omeprazol, Budesonida inhalador y alprazolam según ansiedad.

A Familiares: padre y madre fallecidos de infarto agudo de miocardio.

MC: acude al Servicio de Urgencias del Hospital, por notar la aparición de manchas en la piel de ambos antebrazos, piernas y abdomen.

Refiere que el día anterior ha tenido náuseas, vómitos y dolor abdominal y una semana antes le ha mordido en la mano su perro, mientras le bañaba.

La exploración general es normal, está afebril, taquicárdico, taquipneico y Tensión arterial de 154 /95 mm de Hg.

Exploración Dermatológica: (Imágenes).

Durante su estancia en Urgencias empeora su estado general y aumentan en extensión las lesiones cutáneas (Imágenes), con deterioro del estado general.

Análisis: CK 3342, Troponina T < 0.01, Ácido láctico 5.3 NT- BNP 23059, PT 16.7, INR 1.4, Dímero D 4310, Fibrinógeno 219, PCR 141.9. En el hemograma 2600 leucocitos con 21% bandas y resto normal.

Hemocultivos: Fueron positivos en anaerobiosis y pendientes de tipificación.

Biopsia cutánea: (Imágenes)

### **Cuál es el diagnóstico más probable**

- a) Lesiones cutáneas por émbolos de colesterol
- b) Vasculitis leucocitoclástica
- c) Púrpura Fulminans
- c) Déficit de proteínas S y C

## CASO N° 2

Mujer de 51 años.

A personales:

Tiroiditis de Hashimoto

Hiperlipemia

Accidente Isquémico Transitorio (afasia, tinnitus, pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo).

En tratamiento crónico con: Ácido acetil salicílico, Simvastatina, Atenolol, Cyclobenzaprina, Levotiroxina sódica y Prednisona oral.

A Familiares: Madre y hermana con Enfermedad Celiaca.

MC: úlceras dolorosas en mucosa bucal y lengua.

Tres años antes consultó por episodios de epíxtasis bilateral, costras intranasales, esputos manchados de sangre y dolor de garganta. Fue diagnosticada de Rinitis crónica y tratada con corticoides intranasales junto a intervención quirúrgica de estenosis vestibular bilateral. La biopsia de dicha intervención fue de: Mucosa escamosa con moderada atipia, hiperqueratosis, prominente capa granular y sin evidencia de cáncer, diagnosticándose de “Criptitis aguda”.

Un año antes, consultó por úlceras dolorosas en mucosa bucal y lengua que mejoraban transitoriamente con Prednisona oral. Los episodios de epixtasis cada vez eran más frecuentes. ANA y ANCA fueron negativos.

(Imágenes histológicas).

La clínica previa persiste, añadiéndose pérdida de peso de 7 Kg, artralgias, fatiga y disnea junto con episodios de sangrado rectal encontrando en la colonoscopia 2 úlceras a 25 cm del ano sin inflamación. La biopsia de estas úlceras no mostró vasculitis y sólo un leve infiltrado linfocitario. Tratada con Colchicina oral, Vitamina B oral y esomeprazol no mejoría. Es vista por Reumatología.

Exploración general: Sin hallazgos patológicos.

Exploración Dermatológica: úlceras en lengua, paladar blando, mucosa bucal y orofaringe enrojecida.

(Fotos clínicas)

Análisis:

Hemograma: Normal

Bioquímica y iones: Normal

PCR <8 mg / L, (VN 0-7)

VSG 17 mm/hr (VN hasta 20 mm/hr)

ANA Negativo

Anti DNA ds Positivo 1/40

ENA : Negativo

ANCA : Negativo

RPR : Negativo

PCR para virus herpes: Negativo

Se realiza biopsia de mucosa oral (Imágenes)

**Cuál es el diagnóstico más probable**

- a) Enfermedad de Béchét
- b) Pénfigo
- c) Pénfigoide
- d) Eritema multiforme

### **CASO N° 3**

Mujer de 69 años.

A Personales:

Carcinoma epidermoide cutáneo (Piel de cara).

Carcinoma Basocelular (cara)

Queratosis actínicas (cara)

Hipertension arterial

Artritis

Obesidad

Hipercolesterolemia

En tratamiento con: Aspirina, pravastatina, gemfibrozilo, diclofenaco, omeprazol y ácido ascórbico.

A Familiares: Hermano varón, con cáncer de piel no melanoma.

MC: Lesiones cutáneas papulosas y asintomáticas que aparecen de modo progresivo en los últimos 6 meses, en mama izda, torax y espalda, que se biopsian encontrando una proliferación celular atípica CD30 Positiva y ALK negativa.

No refiere fatiga, pérdida de peso, fiebre ni sudoración nocturna. En la prueba de imagen PET-CT: se encuentra aumento de tamaño de adenopatías inguinales, pélvicas y retroperitoneales .

Se remite a oncología estableciéndose un diagnóstico de “Linfoma anaplásico de células grandes ALK negativo”.

Se inicia tratamiento con Quimioterapia, seis ciclos de CHOP (Ciclofosfamida, hidroxidaunorubicina, vincristina, prednisona), con desaparición de las lesiones cutáneas en su totalidad en el cuarto ciclo.

Repetida prueba de imagen (PET –CT), se objetivó ausencia de adenopatías.

Dos meses después de terminada la quimioterapia, aparecen nuevas pápulas en espalda y flanco dcho. Se realiza biopsia siendo el informe “linfoma anaplásico de células grandes CD30 positivo”.

Imágenes clínicas

Imágenes histológicas

**Cuál es el diagnóstico más probable**

- a) Papulosis Linfomatoide
- b) Linfoma de Hodking con lesiones cutáneas
- c) Linfoma anaplásico de célula grande CD 30 + sistémico
- d) Linfoma anaplásico de célula grande CD 30 + cutáneo

#### **CASO N° 4**

Mujer de 24 años con lesiones marronáceas de 2-4 mm, hiperpigmentadas, maculosas de un año de evolución en extremidades inferiores. Las lesiones eran asintomáticas, negaba historia previa de traumatismo, tenía buen estado general, no fiebre, no artralgias, no mialgias ni otros síntomas. No tomaba medicamentos.

Biopsia: En dermis profunda vasos dérmicos depósito de fibrina perivascular e infiltrado linfocitario alrededor.

**¿Cuál es el diagnóstico?**

- a) Liquen plano pigmentoso
- b) Vasculitis leucocitoclástica
- c) Arteritis macular linfocítica
- d) Eritema discrómico perstans

## **CASO N° 5**

Mujer de 60 años con placa eritematosa en axila derecha de 5x3 cm. que crecía progresivamente en el último año. Como antecedentes reseñables refería episodios de inflamación en axila derecha durante su embarazo (20 años antes) que desaparecieron durante la lactancia y dolor en axila derecha durante ciclos menstruales.

Biopsia: A) Células tumorales epitelioides con núcleos basófilos dispersos entre fibras de colágenos en fila india.

B) Glándulas apocrinas separadas de las células tumorales que infiltran de manera difusa el tejido.

C) Inmunohistoquímica: GATA3-positivo estructuras glandulares apocrinas.

### **¿Cuál es el diagnóstico?**

- a) Adenocarcinoma apocrino
- b) Cicatriz queloidea secundaria a hidradenitis supurativa
- c) Carcinoma de mama primario heterotópico
- d) Carcinoma de células de Merkel



## **CASO N° 6**

Varón de 55 años con lesión ulcerada en ala nasal izquierda de crecimiento progresivo en los últimos 18 meses. Refería 6 años antes accidente de automóvil con múltiples heridas y fracturas faciales. En los dos últimos años el paciente refería alteraciones de la sensibilidad en la piel de hemicara izquierda previamente afectada por el accidente.

Biopsia: No se observan nidos tumorales en la muestra.

**¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

- a) Infección crónica por herpes simple
- b) Leishmaniasis
- c) Síndrome trófico trigeminal
- d) Granulomatosis de Wegener

## **CASO N° 7**

Un varón de 40 años con antecedentes de ileítis terminal leve de origen indeterminado consultó por presentar desde hacía 6 meses lesiones asintomáticas permanentes en las 4 extremidades.

En la exploración física se observaron múltiples máculas hipopigmentadas (fig. 1 y 2). El signo de la uñada de Besnier fue negativo. Las lesiones no se realzaban con la luz de Wood, desaparecían con la elevación de los miembros y se acentuaban al disminuir el retorno venoso con un torniquete (fig 3). El paciente no presentaba otras lesiones cutáneas ni afectación de mucosas. El estudio analítico, incluyendo crioglobulinas, anticuerpos antinucleares y anticuerpos extraíbles del núcleo, no mostró alteraciones. Se solicitó una tomografía computarizada aórtica en la que se objetivó una discreta ectasia aórtica al nivel de los senos de Valsalva, pero no se encontraron datos compatibles con coartación aórtica.

### **¿Cuál es el diagnóstico?:**

- a) Vitíligo en gotas
- b) Hipomelanosis macular progresiva
- c) Manchas de Campbell-De Morgan
- d) Manchas de Bier

## **CASO N° 8**

Mujer de 54 años natural de China, con antecedentes de un meningioma ya intervenido, que consultó por una lesión en la región cervical posterior de 2 meses de evolución, que ocasionalmente le causaba prurito (fig. 1). No lo relacionaba con traumatismos ni con picaduras. La lesión nunca se había ulcerado ni había presentado episodios de sangrado ni supuración. El cuadro no se acompañaba de malestar general, ni fiebre, ni síndrome constitucional. No se observaban lesiones similares en el resto del tegumento y no presentaba adenopatías palpables. Se realizó una biopsia demostrándose en el estudio histológico las características de las fig. 2 y 3.

### **¿Cuál es el diagnóstico?:**

- a) Liquen simple
- b) Linfoma cutáneo B centrofolicular
- c) Lupus túmidus
- d) Alopecia mucinosa

## **CASO N° 9**

Un varón de 57 años de edad, de profesión agricultor, sin antecedentes personales ni familiares de interés y sin enfermedades conocidas, consultó por una lesión en la cara interna de la pierna izquierda de aproximadamente 10 años de evolución. La lesión era asintomática, nunca le había ocasionado sangrado y había experimentado un crecimiento lento y progresivo durante estos años (fig. 1). En la biopsia se observaron los hallazgos histológicos mostrados en la fig. 2.

### **¿Cuál es el diagnóstico?**

- a) Carcinoma verrucoso
- b) Fibroepitelioma de Pinkus.
- c) Hiperplasia pseudoepiteliomatosa
- d) Poroma ecrino.

## **CASO N° 10**

Varón de 84 años. Antecedentes Personales de HTA, ACFA, Hipertrofia Benigna de Próstata y Alcoholismo crónico en tratamiento médico. Presenta lesiones cutáneas de 5-10 mm diámetro en varios dedos de mano izqda. de 2-3 meses evolución. Son lesiones de aparición espontánea, blandas a la palpación y dolorosas al roce. El paciente se encuentra en buen estado general sin presentar otra clínica cutánea, articular o sistémica acompañante. En la analítica general destaca únicamente la presencia de hiperuricemia.

La biopsia cutánea de una de las lesiones muestra la presencia de depósitos de material amorfo en dermis; estos depósitos contienen hendiduras tipo agujas y están rodeados por un infiltrado mixto.

**A la hora de realizar una biopsia de una de estas lesiones cutáneas, ¿en qué material deberíamos fijar la muestra para que el estudio anatomopatológico fuese lo más específico posible?**

- a) En formol
- b) En suero fisiológico
- c) En alcohol absoluto
- d) En glutaraldehído

## **CASO N° 11**

Una niña de 3 años de edad de origen sudamericano, presenta desde hace 2 años unas lesiones cutáneas asintomáticas en el tronco. Se trata de unas 30 lesiones hipopigmentadas de pocos mm de diámetro agrupadas en piel suprapúbica sin cambios inflamatorios ni descamación perilesional.

Tanto el KOH como los cultivos bacterianos, fúngicos y el PCR para HPV son negativos. La analítica general es asimismo normal

La biopsia de una de las lesiones muestra unas células claras dispersas por la epidermis sobre todo en su mitad inferior. Estas células son positivas para el antígeno epitelial de membrana, citokeratina 7 y antígeno carcinoembrionario. No se observaban cambios inflamatorios.

### **¿Cuál es el diagnóstico?**

- a) Acantoma de células claras
- b) Papulosis de células claras
- c) Hidradenoma de células claras
- d) Disqueratosis pagetoide de células claras

## **CASO N° 12**

Mujer de 36 años, gestante de 32 semanas en su tercer embarazo, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, acude a consulta por una lesión en la espalda de 3 años de evolución, de crecimiento progresivo coincidiendo con el inicio de su gestación actual. No refiere dolor o sangrado. Niega traumatismos, picaduras o aplicación de vacunas previamente sobre la zona. El embarazo transcurre sin incidencias.

En región escapular derecha se observa una lesión tumoral eritematoviolácea, bien definida, de 2,5 × 2 cm, de consistencia firme y superficie no ulcerada. No se palpan adenopatías locorregionales.

Se realizó exéresis de la lesión, observándose en el estudio anatomopatológico un nódulo circunscrito en dermis formado por una proliferación de vasos sanguíneos de pequeño calibre revestidos por células endoteliales prominentes y un estroma compuesto por un intenso infiltrado linfocitario y algún eosinófilo aislado. La epidermis no muestra alteraciones.

En la analítica sanguínea, los parámetros de coagulación, bioquímica general y hemograma (incluyendo recuento de eosinófilos), ofrecieron resultados normales. Las serologías de VIH, VHB y VHC fueron negativas.

### **¿Cuál es el diagnóstico?**

- a) Hiperplasia angiolinfoide con eosinofilia
- b) Granuloma piógeno
- c) Hemangioendotelioma epiteliode
- d) Sarcoma de Kaposi

### **CASO N° 13**

Una mujer de 18 años ingresó en el hospital con un cuadro clínico de 2 semanas de evolución con fiebre persistente, dolor de cabeza y mialgias. La paciente había participado en un safari en Sudáfrica, del que había vuelto a España hacía 10 días.

En la fosa poplíteica izquierda presentaba una lesión dolorosa solitaria, ulcerada costrosa, con un halo eritematoso periférico. A la palpación una linfadenopatía inguinal asociada. (*figuras 1 y 2*).

La úlcera había comenzado como una pápula eritematosa asintomática 1 semana antes.

Se tomó una biopsia punción de la lesión:

Las pruebas histopatológicas de la primera muestra revelaron una “vasculitis de pequeño vaso con infiltrado extenso de células inflamatorias mononucleares y neutrófilos dispersos”.

Se solicitaron estudios complementarios que confirmaron el diagnóstico.

#### **¿Cuál es el diagnóstico?**

- a) Loxoscelismo
- b) Meningococemia
- c) Rickettsiosis, transmitida por picadura de garrapata.
- d) Gonococemia.



## **CASO N° 14**

Un hombre de 31 años acudió al Servicio de Urgencias por presentar dolor e inflamación en la oreja izquierda de 2 semanas de evolución. Refería un historial de 6 meses de pérdida de peso, fatiga y dolores generalizados.

Durante los 2 años anteriores a la presentación, había sido tratado varias veces con antibióticos para episodios recurrentes de dolor en ambas orejas.

El examen físico reveló una oreja izquierda sensible, eritematosa y edematosa, con preservación del lóbulo (*figura 1*).

Asimismo tenía una deformidad nasal que se había desarrollado durante el año anterior (*figura 2*).

Los estudios de laboratorio mostraron una tasa de sedimentación de eritrocitos de más de 120 mm por hora (rango de referencia, 0 a 15).

### **¿Cuál es el diagnóstico?**

- a) Sarcoidosis
- b) Consumo de cocaína y otros tóxicos
- c) Linfoma
- d) Policondritis recidivante

## **CASO N° 15**

Un hombre de 89 años de edad acude por presentar en zona inguinal unas lesiones cutáneas de más de 1 año de evolución. Refería que no tenía dolor ni picor.

Anteriormente había sido tratado empíricamente con antibióticos orales y tópicos, agentes antifúngicos tópicos y glucocorticoides tópicos sin mejoría.

El examen físico reveló unas lesiones cutáneas. *Figura 1.*

Los resultados de una biopsia cutánea incisional mostraron “infiltración epidérmica por células atípicas grandes que tenían citoplasma eosinófilo y núcleos prominentes”.

*Figura 2.*

### **¿Cuál es el diagnóstico?**

- a) Enfermedad de Paget extramamaria
- b) Enfermedad de Haley Haley
- c) Psoriasis
- d) Síndrome del glucagonoma

### **CASO N° 16**

Mujer de 65 años con antecedentes personales de polimialgia reumática en tratamiento con corticoide sistémico, desde hace aproximadamente 1 año.

A posteriori, comenzaron a aparecer lesiones papulosas en frente y mentón.

Se aprecian múltiples pápulas de color blanquecino-grisáceo en mentón y frente.

**¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

- a) Osteoma miliar cutis
- b) Quistes de milium
- c) Tricoepiteliomas múltiples
- d) Comedones

## **CASO N° 17**

Varón de 54 años, sin antecedentes personales o familiares de interés.

Presenta una erupción cutánea de varias semanas de evolución que inicialmente se localizó en el dorso de los pies y que posteriormente se ha ido extendiendo a las piernas y región inguinal.

Se trata de una erupción pruriginosa que no responde a tratamiento con corticoides ni antibióticos tópicos.

En la analítica de rutina se aprecia anemia.

El paciente refiere pérdida de peso de 5 kg.

**¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

- a) Acrodermatitis enteropática
- b) Eritema necrolítico migratorio
- c) Eritema anular centrífugo
- d) Dermatofitosis

## **CASO N° 18**

Niña de 6 días de edad enviada desde neonatología por presentar en la cara interna de su antebrazo derecho lesión de aspecto angiomatoso de: 5x7x9,5 centímetros.

Las técnicas inmunohistoquímicas han mostrado positividad de los endotelios lesionales para WT1 y negatividad para GLUT1.

**¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

- a) Hemangioma en penacho
- b) Hemangioma infantil
- c) Malformación venosa
- d) Hemangioma congénito rápidamente involutivo

### **CASO N°19**

Varón de 80 años con psoriasis de muy larga evolución, cuyas lesiones faciales trataba tópicamente con tacrolimus 0,1%. Consultaba por una placa anular infiltrada en la mejilla derecha de unas dos semanas de evolución, que no había mejorado con la aplicación de una crema de ácido fusídico. Se realizó una biopsia (fig.2).

**¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

- a) Demodicidosis,
- b) Picaduras de insectos
- c) Foliculitis herpética
- d) Foliculitis bacterianas

## **CASO N°20**

Varón 81 años con historia de un año evolución de lesiones purpúricas inicialmente en área periorbitaria y posterior extensión a otras áreas del cuerpo, equimosis, anorexia y pérdida de peso. Análisis: anemia enzimas hepáticas elevados e insuficiencia renal con proteinuria moderada.

Biopsia: Depósito de materia amorfo eosinofílico en dermis.

**¿Qué tinción solicitarías para el diagnóstico definitivo?**

- a) Rojo Congo
- b) Orceína
- c) Tricrómico Masson
- d) Giemsa