

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018
Erabakiaren bidez, egindako
Oposaketa-Lehiaketarako deia
(EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren
19koa)

Concurso-Oposición convocado por
Resolución 111/2018 de 7 de febrero
de 2018 (B.O.P.V. N° 35 de 19 de
febrero de 2018)

KATEGORIA:

FAK. ESP. ERREUMATOLOGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO REUMATOLOGÍA

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

2 ariketa / 2 ejercicio

CASO 1

Mujer de 50 años remitida a Reumatología por tumefacción en rodillas y tobillos, afectación del estado general, pérdida de peso, cefalea intensa y dolor abdominal. No refería xerostomía ni xeroftalmia. En la exploración física destacaba una TA 170/96, 114 pulsaciones/minuto, las glándulas lacrimales estaban tumefactas y las arterias temporales se apreciaban induradas y engrosadas pero con buen pulso y no dolorosas. Se observó lesiones purpúricas en piernas. La rodilla derecha y el tobillo izquierdo estaban tumefactos, dolorosos y con derrame.

La paciente refería haber comenzado 24 meses antes con tos no productiva, anorexia, dolor abdominal y lesiones cutáneas en piernas. Durante estos 2 años ha continuado con tos persistente, mal estado general, artromialgias y pérdida de peso. Valorada en Dermatología, Alergia, Gastroenterología, Neumología y Hematología. Un TAC torácico realizado 12 meses antes de acudir a Reumatología mostró engrosamiento moderado y difuso de la pared bronquial sugestivo de inflamación crónica. Las pruebas de laboratorio mostraron: Hb 10 g/dl, 4.410 leucocitos/mm³ con 25% de eosinófilos, 199.000 plaquetas/mm³, VSG 131, PCR 7,9 mg/litro (normal <8), perfil bioquímico con ASAT, ALAT, fosfatasa alcalina y creatinina con valores normales, ácido úrico 9,1 mg/dl (2,3-6,6), proteínas 13,6 g/dl (6-8,3), albumina 2,5 g/dl (3,3-5), globulinas 11,1 g/dl (1,9-4,1), inmunoelectroforesis de proteínas con hipergammaglobulinemia policlonal, ANA, ENA, DNA, ANCA, FR, serología hepatitis B y C negativos. C3 70 mg/dl (81-157), C4 6 (12-39), Ig E 301 (normal 0-100), viscosidad 3,6 centipoises (1,4-1,8).

TAC, Resonancia y PET mostraron adenopatías generalizadas y hepatoesplenomegalia. Una biopsia de un ganglio axilar mostro hiperplasia folicular y paracortical con infiltrado de linfocitos y plasmocitos con fibrosis estoriforme compatible con adenopatía reactiva, descartándose un proceso neoplásico. La biopsia de medula ósea fue también compatible con un proceso reactivo. La biopsia hepática mostro un síndrome de entrecruzamiento entre hepatitis autoinmune y colangitis esclerosante focal.

PREGUNTAS

1. **Los hallazgos de la biopsia ganglio linfático sugieren una enfermedad multicéntrica de Castleman. Cuál de los siguientes aspectos hacen improbable este diagnóstico.**
 - a) La presencia de hipergammaglobulinemia policlonal.
 - b) Los niveles normales de PCR.
 - c) La afectación multisistémica extraganglionar.
 - d) Las respuestas b y c son ciertas.

2. En unos análisis realizados en la consulta de Reumatología, un estudio de proteínas mostro una Ig E 301 (normal 0-100), IgA 84 (69-309), Ig M 33 (53-334), Ig G 7961 (614-1295) con Ig G1 4560 (382-928), Ig G2 2053 (241-700), IG G3 185 (21-176), Ig G4 32 (4-86). Después de una dilución 1/8000 de la muestra el nivel de Ig G4 era de 2075 mg/dl. ¿Tiene algún significado este dato?

- a) Ninguno. Es habitual.
- b) Es sugestivo de un mieloma
- c) Refleja unos niveles falsamente bajos de Ig G4, denominado efecto prozona
- d) Las respuesta b y c son ciertas.

3. Se realizó una biopsia de las lesiones cutáneas de la región pretibial, sin evidencia de vasculitis de los capilares, pero mostrando una arteriola de medio tamaño en la dermis profunda con infiltrado intenso linfoplasmocitario y eosinófilico, sin ningún otro hallazgo histológico relevante, si bien quedo pendiente de un estudio inmunohistoquímico. Junto con el resto de los datos del paciente, ¿Qué significado tiene los datos de la biopsia cutánea?

- a) Que el paciente tiene probablemente una poliangeítis granulomatosa con eosinofilia.
- b) Es urgente realizar una biopsia pulmonar trasbronquial para buscar inflamación granulomatosa.
- c) El paciente tiene una vasculitis leucocitoclástica asociada a hepatitis autoinmune.
- d) Este dato histológico no permite diagnosticar el tipo de vasculitis que presenta la paciente

4. Se realizó una biopsia de arteria temporal que mostró un intenso infiltrado inflamatorio compuesto de linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos, afectando a la adventicia y la media. ¿Cuál de los siguientes hallazgos histológicos fue fundamental para el diagnóstico?

- a) Una tinción para CD68 no mostro infiltración granulomatosa.
- b) La tinción para CD138 mostro una población predominante de células plasmáticas con inmunoreactividad para Ig G.
- c) En el estudio inmunohistoquimico la relación de las células plasmáticas que expresaban Ig G4 con respecto a Ig G era 0,6.
- d) Ninguno de estos datos fue fundamental para el diagnóstico.

5. Cuál sería el tratamiento adecuado en este paciente

- a) Prednisona 1mg/Kg al día de forma continuada.
- b) Azatioprina 2 mg/Kg al día y prednisona.
- c) Rituximab y prednisona.
- d) Metotrexato 50 mg/semana y prednisona.

CASO 2

Paciente varón de 64 años

Antecedentes:

- Diagnosticado de fibromialgia hace seis años
- Radiculopatía L5 por estenosis foraminal hace dos años
- Hace unos seis meses visto en Reumatología y se reporta que presenta pie caído derecho (se relaciona con el antecedente previo) y parestesias en manos (lo relaciona con un posible STC)
- Hace unos 5 meses el paciente fue visto en Alergología por presentar cuadros de disnea con tos seca y sibilancias objetivándose datos de hiper-reactividad bronquial en las PFR. Las pruebas epicutáneas fueron negativas. Algunas pruebas de imagen revelaron datos de sinusitis crónica y el paciente mejoró con broncodilatadores

Enfermedad actual:

El paciente ingresa desde urgencias por disnea, sibilancias, tos no productiva, cefalea, y sudoraciones nocturnas.

Desde hacía dos semanas el paciente refería artralgias y mialgias, astenia marcada, hiporexia, cefalea bi-temporal en banda así como dolor mandibular, tos seca y sudoraciones nocturnas

A la exploración presentaba como hallazgos positivos:

- Fiebre de 38.7
- Auscultación pulmonar con algunos sibilantes
- Se observaba una moderada proptosis ocular izda
- Sinovitis en muñecas y en alguna MCF
- A nivel neurológico mantenía una disminución de la dorsiflexión del pie derecho siendo el resto normal
- Resto normal

Resultados de pruebas complementarias realizadas en el servicio de urgencias:

ANALITICA:

- Hemograma: Hb 14.7, Htco 44.5; Lec 21.130 (N: 80.2%; L: 7.4%; M: 7.0%; E: 4.6%; B: 0.4%); Plq 368000
- Perfil BQ: Normal
- VSG: 98; PCR: 76
- Orina: Normal

IMAGEN

- Rx Tórax: Infiltrados bilaterales (uno en LSD, uno en LID y uno en LII)
- TAC craneal: sinusitis crónica con opacificación del seno frontal y etmoidal

PREGUNTAS

6. Que prueba inmunológica le parece la más adecuada e informativa en este caso:

- a) ANA
- b) ANCA
- c) Factor reumatoide
- d) ACPA

7. Que prueba de imagen solicitaría en primer lugar:

- a) Ecografía de arterias temporales
- b) Ecografía abdominal
- c) PET
- d) TAC torácico

8. Que dato analítico de los que presenta el paciente te parece el más llamativo para conducir el diagnóstico diferencial

- a) Leucocitosis
- b) Aumento de los reactantes de fase aguda
- c) Eosinofilia
- d) Linfopenia

9. Si valorara la realización de una biopsia en este caso haría como primera opción:

- a) Biopsia de arteria temporal
- b) Biopsia pulmonar abierta
- c) Biopsia muscular
- d) Biopsia de nervio y músculo

10. Descartada patología infecciosa cual sería tu opción diagnóstica y terapéutica de entrada

- a) Arteritis de células gigantes y corticoides
- b) Enfermedad relacionada con IgG4 y Rituximab
- c) Granulomatosis con poliangeitis eosinofílica y corticoides
- d) Artritis reumatoide y metotrexato

CASO 3

Varón de 66 años, metalúrgico jubilado. Ex bebedor y ex fumador. Alérgico a penicilina y tetraciclinas. Ingresos previos: hace 6 años por síndrome febril intermitente prolongado (12 meses), sin diagnóstico etiológico. Hace 2 años ingresa por hemoptisis y fiebre, con condensación en LSD.

Acude por fiebre vespertina intermitente (38-39°) de un mes de evolución, con artralgias en codos, hombros, en extremidades inferiores (refiere hinchazón en tobillo izquierdo y rodilla derecha). Pérdida de 5 kgs, con astenia y anorexia, sin otra sintomatología.

Exploración física normal salvo: adenopatía supraclavicular izda de 1,5 cm no adherida e indolora. Dolor a la exploración de tobillo izquierdo y rodilla derecha sin derrame articular.

Analítica: HRF 19900 leucocitos (85%PMN), Hb 10 grs/dl, VCM 71fl, plaquetas 528000, VSG 56 mm 1° hora. BIOQ UGI, CPK, LDH, bilirrubina normal, GOT 47 U/L, GPT 85 U /L, GGT 105 U/l, F alcalina 655 U/l. Ferritina 1242 ng/ml, transferrina 200 mgs/dl, fe 10 microgrs/dl, I sat Fe 3,9%. Proteinograma descenso de albúmina (2,59 grs/dl), y elevación de alfa globulinas. FR, PCC, C3 y C4, ANAs, ANCAs, ECA normales o negativos. Vit D: 25 OH 6 ngs/ml (12-96), 1,25 di OH vit D 8 picogr/ml (18-78). PPD y Quantiferón negativos. Hemocultivos, urocultivo, y serologías habituales negativas. Estudio radiológico simple y ecocardiograma normales-anodinos

Tc tórax: engrosamiento pleuroapical y tractos fibrosos en vértice pulmonar izdo. Adenopatía calcificada en ventana aortopulmonar, y adenopatías mediastínicas menores de 1 cm . TC abdominal: múltiples adenopatías retroperitoneales con centro hipodenso, algunas superiores a 2 cms

Biopsia de adenopatía supraclavicular: linfadenitis crónica granulomatosa. Tinción Ziehl Neelsen negativa.

Se añade un procedimiento diagnóstico, que confirma la sospecha clínica.

PREGUNTAS

11. En relación a la enfermedad descrita, es cierto que

- a) En el 75% de los casos se presenta en la infancia
- b) La positividad de la PCR en saliva, sangre o heces es diagnóstica de enfermedad
- c) Existe aumento de la respuesta Th1-Th17
- d) Se asocia con HLA B27 DRB1*13, y DQB1*06

12. Las manifestaciones articulares pueden ser las siguientes excepto

- a) Oligo o poliartritis intermitente
- b) Poliartritis crónica con afectación de pequeñas articulaciones
- c) Afectación axial con sindesmofitos
- d) Monoartritis crónica

13. Está descrita sobre todo en fases tardías y en recidivas de la enfermedad

- a) Rash asalmonado
- b) Eritema nodoso
- c) Afectación neurológica
- d) Enfermedad pulmonar intersticial

14. Con respecto a los hallazgos analíticos, te parece cierto

- a) la hiperferritinemia es típica de la enfermedad
- b) la leucocitosis orienta al diagnóstico
- c) la disminución de hierro y albúmina es frecuente
- d) la afectación hepática es un marcador de la enfermedad

15. En esta enfermedad es falso que:

- a) Puede ser mortal si no se diagnostica y se le administra tratamiento adecuado
- b) Tras inicio del tratamiento se consigue desaparición precoz de las artralgiyas y la fiebre
- c) Ocasionalmente se produce lesión articular estructural
- d) Pautas de 6 meses de tratamiento combinado son suficientes para el control de la enfermedad

CASO 4

Varón de 56 años de edad con hipofosfatemia recurrente.

Paciente con los siguientes antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No fumador ni bebedor. Nefrolitiasis asintomática. Mastocitosis a los 30 años de edad. Fractura de stress del metatarsiano del pie. Intervenido para la extirpación de una lesión lítica, con márgenes bien definidos, de mandíbula, de 1,2 cm de diámetro. En la biopsia se describe una proliferación atípica de células epiteliales y mesenquimales, sin criterios de malignidad.

Antecedentes familiares: madre fallecida con cáncer de pulmón y padre con cáncer de próstata. Hermano diagnosticado de melanoma.

Ingresa por hipofosfatemia persistente, con dolor mecánico de ambas caderas, astenia y dolor muscular generalizado. A la exploración física llama la atención la presencia de lesiones infiltrativas de 5-10 mm en tronco y espalda; y un abultamiento en cara anterior de mandíbula derecha. En la analítica realizada el hemograma completo, glucosa, función renal y hepática, electrolitos, bicarbonato, magnesio, proteínas totales, albúmina, globulina y coagulación son normales. Calcio sérico 9,5 mg/dl, fósforo 1,8 mg/dl(2,5-4,5), fosfatasa alcalina 102 U/L(20-125), PTH 58 pg/ml(10-65), 25OHvitD 39 ng/ml(20-100), 1,25diOHvitD 29 pg/ml(15-60), Calcio en orina 289 mg/24 h(100-300), fósforo en orina 1596 mg/24 h(340-1000).

PREGUNTAS

16. Son causa de hipofosfatemia sérica, todas las siguientes a excepción de:

- a) Déficit de vitamina D
- b) Acidosis metabólica
- c) Hiperpotasemia
- d) Hipomagnesemia

17. En este paciente hay que considerar todos los diagnósticos diferenciales que se detallan, menos uno, señálelo:

- a) Mastocitosis
- b) Hiperparatiroidismo
- c) Hipotiroidismo
- d) Síndrome de Cushing

18. En el caso que nos ocupa, sería interesante solicitar la siguiente prueba analítica:

- a) OGF21, en suero (osteoclast growth factor)
- b) OGF23, en suero
- c) FGF21, en suero (fibroblast growth factor)
- d) FGF23, en suero

19. Es importante interrogar sobre la toma de fármacos, ya que podrían estar implicados, a excepción de:

- a) Diuréticos
- b) Tetraciclinas
- c) Insulina
- d) Antiácidos

20. El régimen de tratamiento con suplementos de fosfato es de fosfato elemento, a la siguiente dosis diaria:

- a) 100-200 ng por Kg de peso corporal, repartida en dos dosis
- b) 100-200 mg por Kg de peso corporal, repartida en dos dosis
- c) 5-25 mg por Kg de peso corporal, en dosis única
- d) 25-60 mg por Kg de peso corporal, repartida en cuatro dosis

CASO 5

Varón de 65 años que realiza controles periódicos en consultas de reumatología por enfermedad de Paget.

Desde el punto de vista clínico refiere astenia y sensación de leve pérdida de fuerza en miembros inferiores al ejercicio físico de tiempo de evolución. También, refiere lumbalgia.

La exploración física se caracteriza por limitación funcional a la flexo-extensión de columna lumbar con maniobras radiculares negativas y el balance muscular es normal.

Desde el punto de vista analítico se objetiva un aumento progresivo de CPK elevado.

Analítica: CPK 5027 un/L (0-189), Aldolasa 19`2. (0-11`4)`. FA 210 (40-129). GOT 31 (0-37), gpt 32 (0-41). GGT 58 (10-71), Creatinina 0`75. Filtrado glomerular 104, Na 141. K 4`03. Calcio 9`7. 25Oh vit D: 23. Calcio 9`7. Hierro 140 (59-158). Saturación 31`2% (15-50). ferritina 385 (30-400). VSG 14. PCR 5`5 mg /l. proteinograma normal. TSH 5`52 (0`3-4`2), T4 libre 0`92 (0`7-1`24), T3 libre 3`5 (2`4-4`2). Hemograma: Linfocitos 700 con 5590 leucos y resto de formula leucocitaria normal. HB 13`6. Plaquetas 177000. VHC, VIH, VHB negativo. Quantiferon negativo. ANA negativo.

PREGUNTAS

21. Dentro del diagnóstico diferencial, las siguientes causas podrían producir un aumento de CPK, excepto una:

- a) Hipopotasemia.
- b) Enfermedad Hers-Fanconi.
- c) Hipotiroidismo.
- d) Antagonistas del receptor de la angiotensina II.

22. En el caso expuesto, en la inmunohistoquímica: la biopsia muscular evidencia una “ausencia total de miosfosforilasa”.Cuál sería el diagnóstico :

- a) Miopatía por estatinas.
- b) Enfermedad de McArdle
- c) Miopatía de cuerpos de inclusión
- d) Enfermedad de Pompe.

23. ¿Qué esperarías encontrar en la Anatomía patológica, en la biopsia muscular en el caso expuesto?

- a) Múltiples vacuolas de contenido granular basófilo y localización endomisial . Infiltrado de fibras musculares por células mononucleares: linfocitos T CD8. Depósitos granulares PAS positivos de glucógeno.
- b) Infiltrado de fibras musculares no necróticas con células mononucleares: linfocitos TCD8. Fibras musculares con vacuolas. Infiltrado endomisial de células mononucleares. Regeneración pero no mionecrosis.
- c) Múltiples vacuolas de contenido granular eosinofílico y localización subsarcolémica. Tinción de PAS con presencia de depósitos granulares PAS positivos de glucógeno en el interior de vacuolas.
- d) Infiltrado endomisial de células mononucleares: T CD8. Invasión de fibras no necróticas por células mononucleares: macrófagos y linfocitos TCD8. Mionecrosis y regeneración.

24. ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado según el diagnóstico del caso expuesto?

- a) Dieta con carbohidratos: sacarosa oral, previo al ejercicio.
- b) Tratamiento de reemplazo enzimático.
- c) Corticoides y/o inmunosupresores.
- d) No hay tratamiento específico.

25. Cuál sería el patrón electromiográfico en una “miopatía”:

- a) Patrón miopático en el EMG: En reposo, potenciales de fibrilación y con actividad ligera, duración medio de los potenciales aumentado y disminuidos los potenciales polifásicos.
- b) Patrón miopático en el EMG: En reposo, potenciales de fibrilación y con actividad ligera , duración medio de los potenciales disminuidos y disminuidos los potenciales polifásicos
- c) Patrón miopático en el EMG: En reposo, potenciales de fibrilación y con actividad ligera , duración medio de los potenciales aumentados y aumentados los potenciales polifásicos
- d) Patrón miopático en el EMG: En reposo, potenciales de fibrilación y con actividad ligera, duración medio de los potenciales disminuido y aumentados los potenciales polifásicos

CASO 6

VARON DE 32 AÑOS CON DOLOR LUMBAR IRRADIADO POR LA PIERNA IZQUIERDA AL QUE SE HACE UNA RNM



Las siguientes preguntas tienen relación con la nomenclatura de la patología discal lumbar cuya referencia se aporta en la primera pregunta.

PREGUNTAS

26. Según la nomenclatura recomendada por la Asociación Norteamericana de Columna, la Asociación Americana de Radiología de Columna y la Sociedad Americana de Neuroradiología (The Spine Journal 2014;14:2525-2545), la imagen que se observa es:

- a) Una protrusión discal.
- b) Una extrusión discal.
- c) Una fisuración anular.
- d) Un quiste de Tarlov.

27. En dicha imagen la región que se observa ocupada preferentemente en el plano axial (horizontal) es la:

- a) Foraminal.
- b) Extraforaminal.
- c) Subarticular.
- d) Central.

28. En el plano cráneo-caudal el espacio que con menor probabilidad se consideraría ocupado por la imagen sería el:

- a) Infrapedicular.
- b) Discal.
- c) Pedicular.
- d) Suprapedicular.

29. Según dicha nomenclatura un fragmento discal secuestrado nunca puede corresponder a:

- a) Una protrusión discal.
- b) Una extrusión discal.
- c) Una hernia migrada.
- d) Una hernia no contenida.

30. La clasificación de Dallas mencionada en dicho artículo se refiere a:

- a) Hallazgos en tomografía computerizada tras discografía.
- b) Hallazgos de RNM en el plano horizontal.
- c) Hallazgos en teleradiografía.
- d) Grado de migración discal en el plano sagital.