

1. SE DENOMINA CIR INTRÍNSECO O ARMÓNICO AQUÉL QUE SE PRODUCE EN LAS PRIMERAS 20 SEMANAS DE GESTACIÓN. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ETIOLOGÍAS NO DA LUGAR A UN CIR ARMÓNICO?:

1. AUSENCIA DE PÁNCREAS.
2. DIABETES MELLITUS TRANSITORIA.
3. GALACTOSEMIA.
4. GESTACIÓN MÚLTIPLE.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta difícil sobre el crecimiento fetal. Para esta pregunta es interesante conocer las causas de CIR simétrico o de tipo I o armónico. Las cromosomopatías pueden ser agentes causales, a destacar las trisomías 13, 18, 21 y el síndrome de Turner (45 X0). También las enfermedades metabólicas como la diabetes, galactosemia y las alteraciones derivadas de ausencia de páncreas, causan CIR simétrico. Obviamente, la gestación múltiple no causa CIR, ya que no es una patología asociada al embarazo; lo que sí puede causar es un feto pequeño para la edad gestacional (feto pequeño pero sano), pero no un CIR. (R4)

2. Respecto al trastorno esquizoafectivo, señale la FALSA:

1. El pronóstico suele ser peor que el de la esquizofrenia o el de los trastornos afectivos.
2. El paciente presenta una mezcla de síntomas psicóticos y afectivos.
3. Precisa para su tratamiento una combinación de antipsicóticos, antidepresivos y estabilizadores.
4. Son frecuentes los delirios de control y las alucinaciones auditivas.

Gráfico de respuestas

Comentario

El trastorno esquizoafectivo combina episodios esquizofrénicos con episodios afectivos (depresivos o maníacos). Para su tratamiento, es necesario combinar antipsicóticos con el medicamento específico para el componente afectivo (litio u otros estabilizadores en las formas esquizobipolares, antidepresivos en las formas esquizodepresivas).

Su pronóstico es intermedio entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos (respuesta 1 falsa). Las formas esquizobipolares están mucho más cerca de la enfermedad bipolar que de la esquizofrenia, mientras que las formas esquizodepresivas se parecen mucho más a la esquizofrenia que a la depresión mayor recurrente.

En cualquier caso, su definición no está nada clara y no se mantienen criterios similares en todos los países. (R1)

3. Paciente de 37 años, diagnosticado de tromboembolismo pulmonar y de trombosis venosa profunda mediante gammagrafía de ventilación-perfusión y eco-Doppler de miembros inferiores, tras fractura de fémur derecho que requirió cirugía. Se inicia tratamiento con heparina en las dosis habituales. A los 4 días de iniciar el tratamiento, presenta episodio brusco de disnea y dolor pleurítico. Se le realiza nueva gammagrafía donde se observa un aumento en el número de defectos de perfusión respecto a la exploración previa, compatible con tromboembolismo múltiple bilateral. El paciente había



permanecido correctamente anticoagulado durante los 4 días. En el momento actual se encuentra estable hemodinámicamente. ¿Qué actitud adoptaría usted?:

1. Suspender la heparina y administrar dicumarínicos.
2. Suspender la heparina y administrar trombolíticos.
3. Mantener la heparina y colocar filtro de cava.
4. Mantener la heparina y añadir dicumarínicos.

Gráfico de respuestas

Comentario

El TEP es una enfermedad muy preguntada en el ENARM y debe estudiarla con mucha atención. No obstante, esta pregunta encierra cierta dificultad. En ocasiones, es necesario recurrir a tratamientos invasivos, como la ligadura de la cava inferior o la colocación de filtros. Las indicaciones del filtro de cava inferior son:

Contraindicaciones o complicaciones de la anticoagulación en pacientes con TVP o alto riesgo de la misma

- TEP recurrente a pesar de anticoagulación adecuada
- Gran trombo flotante en vena cava inferior
- Realización simultánea de embolectomía o tromboendarterectomía
- Profilaxis en pacientes con riesgo extremo.

La ligadura rápida se reserva para casos de tromboflebitis séptica de origen pélvico. (R3)

4. La neutropenia se debe a distintas causas. La cantidad de neutrófilos puede disminuir debido a una inadecuada producción de la médula ósea o bien por una elevada destrucción de glóbulos blancos en la circulación. La anemia aplásica, así como las deficiencias de otros tipos de células sanguíneas, causa neutropenia. Ciertas enfermedades hereditarias poco comunes, como la agranulocitosis genética infantil y la neutropenia familiar, también reducen la cantidad de glóbulos blancos. En la neutropenia cíclica, trastorno infrecuente, la cantidad de neutrófilos fluctúa entre normal y baja cada 21 a 28 días; la cantidad de neutrófilos puede llegar a casi cero y espontáneamente volver a la cantidad normal al cabo de 3 o 4 días. Las personas que padecen neutropenia cíclica tienden a sufrir infecciones cuando la cantidad de neutrófilos es baja. Algunas personas que padecen cáncer, tuberculosis, mielofibrosis, deficiencia de vitamina B12 o de ácido fólico desarrollan neutropenia. Ciertos fármacos, sobre todo los quimioterápicos, comprometen la producción de los neutrófilos en la médula ósea. En algunas infecciones bacterianas, trastornos alérgicos, enfermedades autoinmunes y tratamientos con ciertos fármacos, los neutrófilos se destruyen con más rapidez de lo que tardan en producirse. Las personas con esplenomegalia e hiperesplenismo (por ejemplo, síndrome de Felty, paludismo o sarcoidosis) pueden presentar cantidades bajas de neutrófilos porque el bazo agrandado los atrapa y destruye. Respecto a las neumonías en neutropénicos, es cierto:

1. La existencia de un derrame pleural sugiere una etiología tuberculosa.
2. Los infiltrados nodulares sugieren etiología micótica.
3. Es la infección más frecuente en neutropénicos, aunque no suele ser grave.
4. La ausencia de signos de neumonía en una Rx de tórax descarta dicho diagnóstico.

Gráfico de respuestas

Comentario

Una pregunta difícil, por hacer referencia a aspectos que no parecen en el Manual.

En pacientes neutropénicos, puede ser complicado el diagnóstico de la neumonía, por la falta de signos clínicos. Por ello, a veces son necesarios procedimientos diagnósticos más agresivos, llegando incluso a la biopsia pulmonar.

El patrón radiográfico puede orientarnos al diagnóstico etiológico: un patrón localizado en las neumonías bacterianas; nodular para hongos; difuso para virus, micobacterias, Pneumocystis, etc. No obstante, un patrón nodular no siempre indica infección, ya que las recidivas tumorales, hemorragias o fármacos habitualmente utilizados en estos pacientes pueden producir infiltrados con fiebre y anomalías radiológicas. (R2)

5. De los siguientes supuestos, sólo uno permite la inserción de un DIU:

1. Tratamiento con inmunosupresores.
2. Prótesis valvular cardíaca.
3. Malformación uterina.
4. Frecuente candidiasis vulvovaginal.

Gráfico de respuestas

Comentario

El DIU produce una reacción inflamatoria aséptica en el endometrio que evita la implantación, debido a la introducción de un cuerpo extraño. También provoca una alteración de la respuesta inmunológica sistémica (aumento de IgA, G, M). Los DIUs que contienen progesterona provocan atrofia endometrial y cambios en el moco cervical. Las contraindicaciones absolutas son el embarazo confirmado o sospechado, la infección pélvica aguda reciente o recurrente, el sangrado uterino anormal o tratamiento con anticoagulantes (por ejemplo como el que se tendrá en una prótesis) y el tumor maligno cervical o uterino. La inmunosupresión es una contraindicación relativa al igual que las malformaciones uterinas dependiendo de cuales sean. (R4)

6. Una de las siguientes afirmaciones sobre la función suprarrenal de la mujer embarazada es FALSA; ¿cuál?

1. Existe un aumento importante de las cifras de cortisol en plasma.
2. La transcortina se encuentra disminuida durante el embarazo.
3. Está ligeramente incrementada la producción de androstenediona.
4. Está elevada la secreción de renina y angiotensina.

Gráfico de respuestas

Comentario

Una pregunta complicada sobre los cambios hormonales en la gestante.

Durante el embarazo, se produce un aumento del nivel de cortisol, por una mayor síntesis y una menor eliminación de esta hormona. Por otra parte, aumentan los niveles de renina y angiotensina, con lo que también van en aumento los niveles de aldosterona.

En el embarazo, existe un incremento de las globulinas transportadoras de hormonas sexuales (SHBG), lo que se traduce en una mayor síntesis de testosterona y androstendiona. Al igual que la SHBG, está aumentado el nivel de transcortina, que es la hormona encargada del transporte del cortisol, con lo que la respuesta falsa es la 2. (R2)

7. Señale la opción que considere INCORRECTA sobre el hepatocarcinoma fibrolamelar:

- 1. Es un tumor típico de pacientes jóvenes.
- 2. Tiene mal pronóstico.
- 3. La mayoría son resecables al diagnóstico.
- 4. Suele ser un tumor encapsulado.

Gráfico de respuestas

Comentario

Se trata de un tumor típico de la juventud (2^a- 3^a década) con buen pronóstico ya que al diagnóstico la mayoría son resecables y es excepcional las metástasis al inicio. Sólo en el 10% hay aumento de alfafetoproteína.

Debe notar que la respuesta 2 (mal pronóstico) se podría contraponer a la respuesta 3 (resecable) y 4 (encapsulado), por lo que si le indican que seleccione la respuesta incorrecta, debería elegir la 2, ya que no debería haber 2 respuestas incorrectas. (R2)

8. Ante una paciente con artritis reumatoide, la aparición de sensación de cuerpo extraño en la garganta, ronquera, dolor en la cara anterior del cuello y disfagia hace sospechar la presencia de:

- 1. Artritis cricoaritenoidea.
- 2. Nódulos reumatoides en laringe.
- 3. Tiroiditis autoinmune.
- 4. Afectación de la columna cervical.

Gráfico de respuestas

Comentario

La afectación cricoaritenoidea en pacientes con AR produce dolor en la cara anterior del cuello y ronquera. Aparece en un 30% de los casos. En fases avanzadas, la limitación de la movilidad puede favorecer la broncoaspiración. La obstrucción de la vía respiratoria superior también es posible si coexiste con infecciones respiratorias.

La tiroiditis de Hashimoto puede coexistir con otros procesos autoinmunes como la AR y especialmente con el Síndrome de Sjögren. La clínica podría ser parecida pero no encontraríamos ronquera y sí bocio palpable y doloroso.

La afectación de la columna cervical suele producir dolor en la parte posterior del cuello y puede dar lugar a síntomas de compresión medular o bien a disfunción de fosa posterior (síntomas cerebelosos, como disartria, etc...). Los nódulos reumatoides, que pueden localizarse (aunque infrecuentemente) en la laringe suelen ser indoloros. (R1)

9. La causa más frecuente de amenorrea secundaria es:

- 1. Amenorrea psíquica.
- 2. Síndrome de ovario poliquístico.
- 3. Síndrome de Asherman.
- 4. Prolactinoma.

Gráfico de respuestas

Comentario



En el tema de amenorreas debe tener claro el algoritmo diagnóstico podría salir en el ENARM en forma de casos clínicos en los que nos piden diagnósticos diferenciales de las patologías más frecuentes. La principal causa de amenorrea secundaria es el embarazo (aunque aquí no aparece como opción) por lo que cualquier diagnóstico comienza con un test de embarazo, seguido de determinaciones de TSH y PRL. El SOP es una afección muy frecuente que se caracteriza por LH aumentada con niveles de FSH bajos o inferiores a los normal, por lo que aumenta la relación LH/FSH. La LH estimula la teca en exceso provocando una hiperplasia tecal con sobreproducción de andrógenos que dan lugar a obesidad, hirsutismo y anovulación (que es la causa de la amenorrea, por tanto en el diagnóstico diferencial estas pacientes responderían con aparición de la regla tras el test con progestágenos). (R2)

10. Señale lo CIERTO con respecto a la exploración del pulso venoso yugular:

1. La onda a tiene lugar poco antes de la sístole.
2. La onda v tiene lugar durante la contracción auricular.
3. En la insuficiencia tricuspídea, la onda v es pequeña.
4. En la fibrilación auricular frecuentemente hay ondas a cañón.

Gráfico de respuestas

Comentario

Ésta es una pregunta de dificultad moderada acerca del pulso venoso yugular.

La onda “a” se debe a la contracción auricular, que tiene lugar al final de la diástole, por lo que es una onda presistólica. Es muy importante conocer las variaciones de las ondas del pulso en las distintas patologías.

En la fibrilación auricular, hay una actividad eléctrica desorganizada (sin ondas P). Por ello, en ella no existen ondas “a” (respuesta 1 correcta). En la insuficiencia tricuspídea, existe un volumen de sangre que pasa a la aurícula derecha durante la contracción ventricular, por lo que la onda “v” está aumentada. De la misma forma, la descendente “x” está invertida, ya que la válvula tricúspide no se desplaza hacia el ventrículo durante la relajación de la aurícula.

En condiciones normales, la presión venosa yugular disminuye durante la inspiración, al haber en el tórax presiones negativas. Si aumentara la presión venosa durante la inspiración, se habla de signo de Kussmaul, que aparece en situaciones de insuficiencia cardíaca derecha. (R1)

11. Niño de 6 años que desde los 9 meses de vida ha tenido infecciones bacterianas de repetición (dos neumonías, otitis supuradas, sinusitis). En los exámenes de laboratorio tenía una IgG de 103 mg/dl, IgA de 6mg/dl e IgM 25 mg/dl, linfocitos totales 2010/mm³, un número normal de linfocitos T y ausencia de linfocitos B. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico CORRECTO?

1. Síndrome variable común de inmunodeficiencia.
2. Inmunodeficiencia combinada severa.
3. Agammaglobulinemia ligada al sexo.
4. Hipogammaglobulinemia transitoria de la infancia.

Gráfico de respuestas

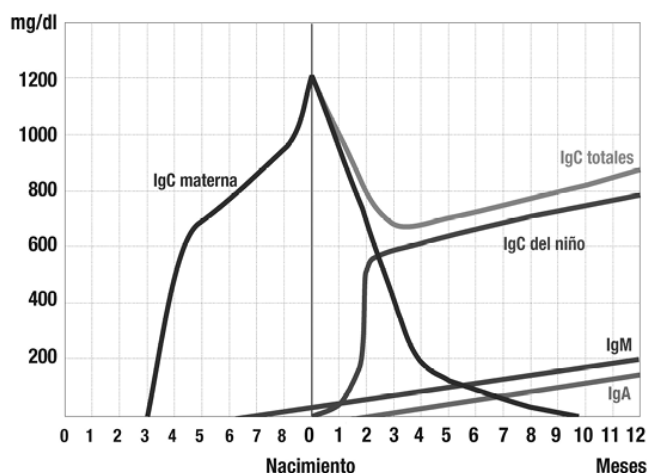
Comentario

Nos presentan el cuadro clínico de un niño de 6 años de edad con infecciones bacterianas de repetición desde los 9 meses de edad, destacando la presencia de IgA muy baja y la ausencia de linfocitos B con un número normal de células T.

La presencia de infecciones bacterianas de repetición es típico de situaciones que cursan con déficit de anticuerpos (durante los primeros meses de vida conserva anticuerpos maternos circulantes, como puede ver en la figura siguiente).

El dato de laboratorio clave para responder a esta pregunta es la ausencia de linfocitos B con número normal de células T, que es patognomónico de la agammaglobulinemia ligada al sexo o síndrome de Bruton.

Niveles de inmunoglobulinas durante el período fetal y la lactancia



12. Un trabajador de la construcción se cae desde un andamio desde un segundo piso, cayendo de pie. ¿Cuál de las siguientes es la lesión que con mayor probabilidad puede presentar el paciente?:

1. Esguince de tobillo.
2. Fractura de maléolo interno.
3. Fractura de calcáneo.
4. Fractura de la base del 5º metatarsiano.

Gráfico de respuestas

Comentario

Efectivamente la fractura mas frecuente del tarso, y la mas frecuente en precipitados de gran altura, es la fractura de calcáneo, se trata de un hueso eminentemente esponjoso, poco resistente

a la compresión, como las vertebrales (lesión asociada mas frecuente, 10% casos). Las fracturas de astrágalo se producen típicamente por un mecanismo de alta energía de hiperflexión dorsal, mas típico en accidentes de tráfico. El resto son fracturas y lesiones cuyo mecanismo de producción es de baja energía, bien en inversión del pie (esguince de tobillo y fractura de la base del 5º metatarsiano) o en eversión (fractura del maleolo interno aislada). (R3)

13. Una joven de 21 años acude por presentar una tumoración no dolorosa de 1 cm, móvil, lisa, sin fijación a la piel en el cuadrante superoexterno de la mama izquierda. No se palpan adenopatías. Indique el diagnóstico más probable:

1. Necrosis grasa.
2. Fibroadenoma.
3. Galactocele.
4. Ectasia del conducto mamario.

Gráfico de respuestas

Comentario

El fibroadenoma es un tumor benigno, siendo la patología más frecuente de la mama, tras la mastopatía fibroquística y el cáncer de mama. Su mayor incidencia se presenta entre los 15 y los 35 años, y son bilaterales en un 20% de los casos.

Parece ser un tumor estrógeno-dependiente, por lo que puede aumentar de tamaño en el embarazo. Es un nódulo de consistencia firme, bien delimitado y no adherido a planos superficiales ni profundos. No suele cursar con dolor. Ante su sospecha, la primera prueba diagnóstica debe ser el ultrasonido, en el que se presenta como nódulo ecogénico de estructura interna homogénea y de límites bien definidos. También se debe realizar una PAAF, ante todo posible fibroadenoma.

En mujeres menores de 30 años, o si el tumor no ha variado respecto a anteriores controles, la conducta puede ser expectante. Sin embargo, cuando exista alguna duda diagnóstica, aparezca por encima de los 40 años, o ha sufrido variación respecto a controles anteriores, es preferible su exéresis. (R2)

14. Niño de 8 años que acude a su médico por presentar orinas oscuras en los últimos 4 días, después de una faringitis. Tiene una TA de 150/100 mm de Hg y edema pretibial ligero. Los exámenes de laboratorio probablemente presentará:

1. Cilindros eritrocitarios en orina.
2. Hipercomplementemia.
3. Hipercolesterolemia.
4. Aumento del aclaramiento de creatinina.

Gráfico de respuestas

Comentario

Caso clínico de dificultad media de un síndrome nefrítico muy probablemente debido a una GN aguda post-estreptocócica, debido al antecedente de faringitis, orinas oscuras (hematuria macroscópica), hipertensión y edema pretibial (cuya causa más probable será la proteinuria). La RESPUESTA CORRECTA es la 1 ya que los cilindros eritrocitarios son un dato común en patología glomerular, y por supuesto, en el síndrome nefrítico que padece este niño. La GN post-estreptocócica cursa con hipocomplementemia e insuficiencia renal, es decir, con aclaramiento de

creatinina disminuido. La hipercolesterolemia es propia del síndrome nefrótico más que del nefrítico. (R1)

15. Un paciente politoxicómano de 28 años ingresó hace 3 días por fractura subtrocantérea de fémur izquierdo, fractura de rótula derecha y fractura diafisaria conminuta de tibia izquierda que se inmovilizaron provisionalmente en espera de cirugía de osteosíntesis. Bruscamente inicia un cuadro de estupor y obnubilación intensos acompañado de disnea y de aparición de petequias difusas. Debemos sospechar:

1. Neumonía nosocomial por encamamiento.
2. Choque hipovolémico.
3. Choque neurogénico por dolor.
4. Síndrome de embolia grasa.

Gráfico de respuestas

Comentario

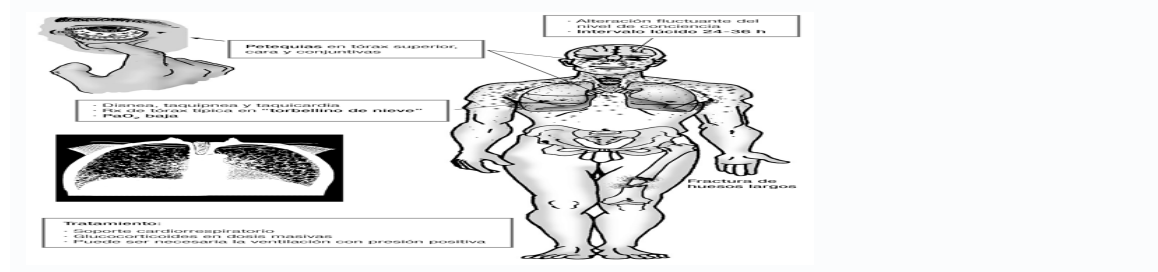
Después de fracturas de huesos largos o de traumatismos importantes de partes blandas, se pueden observar glóbulos microscópicos de grasa en la circulación. Aunque esta entidad ocurre en el 90% de los pacientes con lesiones esqueléticas graves, sólo un 1% presenta algún dato clínico (tiene que existir un paso significativo de grasa a sangre).

El síndrome de embolia grasa se caracteriza por dificultad respiratoria, síntomas neurológicos, anemia y trombocitopenia, y es mortal en casi un 10% de los casos. La aparición de petequias difusas es un dato muy característico y debe hacerte pensar en este cuadro, cuando aparezca en el contexto de un paciente politraumatizado. (Ver la figura de la columna siguiente).

El tratamiento se apoya en las medidas siguientes:

- Oxigenoterapia.
- Corticoides en altas dosis.
- Estabilización precoz de las fracturas asociadas. (R4)

Fisiopatología del síndrome de embolia grasa



16. ¿Cuál de los siguientes pólipos tiene mayor potencial de malignización?:

1. Pólipo hiperplásico.
2. Adenoma tubular.



3. Adenoma vellosos.
4. Pólipo inflamatorio.

Gráfico de respuestas

Comentario

El pólipo con mayor potencial de malignización es el adenomatoso que presentan cierto grado de displasia, dentro de los cuales se incluyen los tubulares, los vellosos y los mixtos. Los tubulares son los más frecuentes y generalmente son pequeños y pediculados. Los vellosos en cambio, son grandes y sésiles, siendo los de mayor potencial de malignización. **(R3)**

17. El estudio WHI (Momens Health Initiative) puso de manifiesto que la terapia de reemplazo con estrógeno/progesterona oral en la menopausia produce mayor riesgo de padecer:

1. Enfermedades vasculares.
2. Diabetes mellitus.
3. Aumento del colesterol LDL.
4. Síntomas vasomotores.

Gráfico de respuestas

Comentario

El estudio WHI mencionado en la pregunta se trata de un ensayo clínico aleatorizado para evaluar si la terapia con estrógenos (sólos o combinados con progestágenos) en mujeres postmenopáusicas era útil en la prevención de la enfermedad cardiovascular. En este estudio, al igual que en otros similares, se observó que el número de complicaciones cardiovasculares no disminuía en el grupo de tratamiento a pesar de observar una disminución del LDL y aumento del HDL. Además, no debes olvidar el efecto protrombótico de los estrógenos.

En la actualidad los estrógenos son la primera opción terapéutica para los síntomas vasomotores asociados a la menopausia si bien, dados los riesgos que presenta esta terapia (cáncer de mama, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria, enfermedad tromboembólica, accidente cerebrovascular...), se utilizará el menor tiempo y a la menor dosis posible. **(R1)**

18. En un paciente con clínica larvada de síndrome meníngeo y LCR con 150 células de predominio linfocítico, proteínas de 80 mg/dl, glucorraquia 40 mg/dl y ausencia de hallazgos bacteriológicos en tinciones habituales, resulta prudente administrar:

1. Cefalosporina de tercera generación.
2. Hidracidas más rifampicina y etambutol.
3. Retrovir.
4. Tratamiento sintomático.

Gráfico de respuestas

Comentario

El descenso de la glucosa haría pensar en una causa bacteriana o fúngica, pero no vírica. El predominio linfocítico iría en contra de bacterias como neumococo o meningococo, que se tratarían con ceftriaxona. Con esta combinación (**linfocitos, hipoglucorraquia y VIH**), habría que pensar en una meningitis por criptococo o tuberculosa. Entre las opciones que nos mencionan, la única coherente con esto es la 3. **(R2)**



19. ¿Cuál es la complicación más frecuente de las pacientes portadoras de DIU?:

1. Dismenorrea.
2. Metrorragias.
3. Embarazo ectópico.
4. Perforación uterina.

Gráfico de respuestas

Comentario

Debe tener ciertas cosas claras acerca del DIU, y siempre las preguntas en torno a las complicaciones más frecuentes, los efectos secundarios más frecuentes o las contraindicaciones son susceptibles de aparecer.

El DIU previene mejor el embarazo normal que el ectópico por lo que la frecuencia relativa de este último aumenta. El DIU favorece la EPI y esta es un factor de riesgo para el embarazo ectópico. La perforación uterina es una complicación muy poco frecuente. En algunos estudios se describe el dolor abdominal inespecífico como la complicación más frecuente. Todos los dispositivos salvo los que liberan gestágenos, aumentan la cuantía y la duración de la pérdida menstrual y pueden ocasionar dismenorrea. A veces ocurren mínimos sangrados intermenstruales que en ausencia de otra patología carecen de importancia. (R3)

20. Paciente de 65 años con cuadro de ictericia progresiva, coluria y dolor abdominal. En las últimas 48 horas se agregan fiebre y escalofríos. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Colangitis aguda.
2. Colecistitis aguda.
3. Hepatitis aguda.
4. Neoplasia de la vesícula biliar.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta muy sencilla que no puede fallar.

La triada de Charcot es: dolor abdominal, ictericia y fiebre, por lo que la respuesta correcta es colangitis aguda. (R1)

21. After 12 hours of knee swelling and pain, a 67-year-old man is brought to the emergency department. Past medical history is significant for type 2 diabetes mellitus and poor metabolic control. His temperature is 38.7 ° C. Which of the following is the most appropriate next step in management?

1. Ultrasound of the joint and immobilization.
2. Blood cultures and start intravenous broad-spectrum antibiotic therapy.
3. Arthrocentesis and synovial fluid Gram stain.
4. Start intravenous broad-spectrum antibiotic therapy.

Gráfico de respuestas

Comentario

Se trata de una pregunta fundamental en el manejo de las artritis sépticas. Nos presentan el caso tipo de monoartritis de

presumible origen infeccioso por la cronología del proceso y la fiebre acompañante. A partir del diagnóstico presuntivo de artritis infecciosa, debe recordar que la actitud inicial debe ser el estudio del líquido sinovial con tinción de Gram urgente para confirmar el diagnóstico y establecer la terapéutica adecuada. (R3)

22. Indique la afirmación INCORRECTA en relación con el linfoma y el estómago:

1. El aspecto endoscópico puede no ser suficiente para diferenciarlo del adenocarcinoma.
2. El estómago es el lugar más frecuentemente afectado cuando el linfoma es extraganglionar.
3. Es igual de frecuente el tipo Hodgkin que el tipo no Hodgkin.
4. Se suele tratar con cirugía y quimioterapia coadyuvante.

Gráfico de respuestas

Comentario

Se trata de una pregunta directa. Los linfomas gástricos son prácticamente siempre de tipo no Hodgkin. La estirpe celular suele ser B. Frecuentemente surgen sobre áreas de la mucosa con metaplasia intestinal o gastritis crónica. En los linfomas de bajo grado, en ocasiones, puede haber respuesta, con curación, al tratamiento erradicador del *Helicobacter pylori*, lo que les confiere un pronóstico mejor que al adenocarcinoma. (R3)

23. Acude a reanimar a un recién nacido, feto único, con APGAR de 2 al minuto. Tras conseguir estabilizarle y hacer desaparecer la cianosis, observa que persiste con una palidez intensa y muy taquicárdico. El hematocrito de urgencia fue de 24%. No presenta signos de sangrado y el ginecólogo de guardia asegura que no existió hemorragia importante durante el parto ni apareció hematoma retroplacentario. ¿Qué exploración realizada a la madre puede confirmar una posible causa?:

1. Test de Apt.
2. Test de Kleihauer.
3. Determinación de anticuerpos antiplaquetarios.
4. Hematocrito venoso.

Gráfico de respuestas

Comentario

Está más claro que el agua que este niño tiene un choque hipovolémico (palidez, taquicardia, hematocrito bajo). Posiblemente, lo más razonable hubiera sido que la hipovolemia fuera secundaria a un sangrado materno. Al descartarlo el obstetra, hemos de pensar en la posibilidad de una transfusión feto-materna; para confirmar ésta, hemos de solicitar un test de Kleihauer en sangre materna. Si hay transfusión feto-materna, en la sangre de la madre encontrará hemoglobina fetal. (R2)

24. ¿En qué enfermedad puede estar indicado el trasplante bipulmonar?:

1. Fibrosis quística.
2. Hipertensión pulmonar primaria con lesión cardíaca incorregible.
3. Melanoma maligno con metástasis pulmonares.
4. Asma bronquial.

Gráfico de respuestas

Comentario



Los receptores más frecuentes de trasplante bipulmonar son los enfermos con fibrosis quística (respuesta 1 verdadera). Otras enfermedades que se tratan con esta misma modalidad son las bronquiectasias generalizadas y algunos casos de hipertensión pulmonar primaria. El trasplante cardiopulmonar se emplea en la hipertensión pulmonar primaria con lesión cardíaca incorregible y en neumopatías con lesión cardíaca grave acompañante. Por último, la indicación más frecuente de trasplante unipulmonar es el EPOC tipo enfisema. (R1)

25. Señale de entre las siguientes, la opción CORRECTA:

1. El sostén cefálico se consigue a la semana de vida.
2. La sonrisa social está presente al nacimiento en todos los RN.
3. A los 4 meses, aproximadamente, el lactante inicia la sedestación.
4. Alrededor de los 18-22 meses puede hacer frases de dos palabras y apilar cubos.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta fácil sobre crecimiento y desarrollo, de un tema que con todo seguridad será preguntado.

Recuerde los siguientes datos importantes:

1.5 mes: inicia la sonrisa social.

2-3 meses: inicia el sostén cefálico.

4 meses: toma objetos grandes con la mano.

5 meses: prensión alternante de objetos.

6 meses: inicia la sedestación, que se completa a los ocho meses.

8-9 meses: oposición del pulgar.

9-10 meses: inicia la reptación.

10-11 meses: comienza la bipedestación.

12-15 meses: da los primeros pasos y emite su primera palabra real.

18-22 meses: realiza combinaciones de dos palabras.

2 4 meses: sube y baja escaleras, corre, apila cuatro o seis cubos para formar una torre.

5-10 años: el niño comprende que la muerte es un fenómeno permanente.

(R4)

26. De las siguientes alteraciones que pueden aparecer en la enfermedad renal crónica, ¿cuál no presentan típicamente los pacientes con enfermedad poliquística del adulto?



1. Hipertensión arterial.
2. Alteraciones del metabolismo calcio fósforo.
3. Riñones pequeños.
4. Alteraciones del metabolismo ácido-base.

Gráfico de respuestas

Comentario

Los riñones de la enfermedad poliquística son grandes, con quistes por todo el parénquima. Existen otras enfermedades que generan falla renal, con riñones aumentados de tamaño como: VIH, metástasis, diabetes mellitus. (R3)

27. Embarazada de 38 semanas en periodo de dilatación con antecedente de cesárea anterior por presentación podálica 2 años antes. Durante el periodo de dilatación comienza a presentar dolor en hipogastrio al mismo tiempo que aparece una pequeña hemorragia por vía vaginal. En la monitorización fetal comienzan a registrarse desaceleraciones tardías. ¿Cuál sería su diagnóstico?:

1. Rotura uterina.
2. Placenta previa.
3. Desprendimiento prematuro de placenta.
4. Corioamnionitis hemorrágica.

Gráfico de respuestas

Comentario

En el diagnóstico diferencial de las hemorragias del tercer trimestre hay datos que son muy útiles. En este caso la asociación de metrorragia, dolor abdominal y sufrimiento fetal nos permite diagnosticar una rotura uterina. Recuerde que el principal factor de riesgo es la presencia de una cicatriz uterina como es el caso de nuestra paciente que presenta una cesárea anterior. La actitud obstétrica más adecuada es la realización de cesárea urgente y posterior reparación de la lesión y si no fuera posible la realización de histerectomía obstétrica. (R1)

28. Embarazada de 37 semanas con antígeno de superficie del virus de la hepatitis B positivo. Consulta sobre la pauta a seguir con el recién nacido y si puede lactar. ¿Qué consejo le parece el adecuado?

1. Administrar vacuna frente a hepatitis B nada más al nacer. Lactancia artificial.
2. Inmunoglobulinas al nacer y lactancia artificial.
3. Vacuna e inmunoglobulinas al nacer. Alimentación materna.
4. Alimentación artificial y aislamiento durante 4 semanas.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta fácil de un tema importante y que hay que dominar.

Ante una madre HBsAg positiva, el riesgo de transmisión al feto es alto (sobre todo si también es HBeAg positiva), y la infección por VHB en el recién nacido se cronifica en el 90% de los casos aproximadamente. La actitud a tomar es la referida en la respuesta 3: poner en las primeras 12 horas tras el nacimiento la primera dosis de vacuna del VHB y la gammaglobulina hiperinmunitaria en sitios corporales diferentes del recién nacido. Tras estas actuaciones, los niños pueden recibir lactancia materna.



Esto es diferente en el VIH: en este caso, aunque la madre y el niño hayan sido correctamente tratados, no se recomienda la lactancia materna en los países desarrollados por el riesgo que supone.

El resto de las respuestas son incorrectas por estar incompletas (hay que poner las dos cosas: vacuna + Ig) y/o porque se propone lactancia artificial en lugar de la materna, que es lo deseable.

Tampoco es necesario el aislamiento como dice la respuesta 4. (R3)

29. ¿Cómo es la tasa de secreción gástrica ácida en la úlcera gástrica y en la úlcera duodenal?

1. Reducida en ambos.
2. Normal en ambos.
3. Alta en la duodenal y normal o baja en la gástrica.
4. Alta en la gástrica y normal o baja en la duodenal.

Gráfico de respuestas

Comentario

En la úlcera gástrica, el problema fundamental suele consistir en una debilidad de los factores defensivos (perfusión de la mucosa, bicarbonato, moco protector...). Sin embargo, en la úlcera duodenal es más habitual que la mucosa en sí esté sana, pero aumenta el poder de los factores agresivos, como la acidez gástrica. (R3)

30. El factor desencadenante del mecanismo etiopatogénico de la HTA del embarazo sería:

1. Alteración de los niveles renina angiotensina.
2. Alteración de las prostaglandinas.
3. Lesión vascular placentaria.
4. Vasoconstricción.

Gráfico de respuestas

Comentario

En la preeclampsia, se produce una alteración en la tolerancia inmunológica a la placenta, apareciendo entonces isquemia placentaria. Esta isquemia produce una liberación de sustancias vasoconstrictoras como el tromboxano, que a su vez produce una lesión endotelial diseminada (respuesta 3 correcta). El endotelio glomerular es particularmente sensible a este fenómeno, apareciendo una lesión muy característica, que es la endoteliosis glomerular. (R3)

31. A 55-year-old woman presents to her physician complaining of mild asthenia. Her past medical history is unremarkable. She takes no medications. Physical examination reveals no abnormal findings. Laboratory studies are remarkable for elevated serum calcium levels (12.2 mmol/L [11.9 mg/dl]) and decreased phosphate levels (0.65 mmol/l [2 mg/dl]). Parathyroid hormone levels are undetectable. Which of the following is the most likely underlying cause of the hypercalcemia?

1. Primary hyperparathyroidism.
2. Malignant neoplasm.
3. Hypervitaminosis.
4. Hyperthyroidism.



Gráfico de respuestas

Comentario

A primera vista, esta paciente padecería un hiperparatiroidismo primario, ya que es una mujer de mediana edad con el calcio elevado y el fósforo descendido... Por otra parte, se trata de una mujer de mediana edad, lo que refuerza todavía más el diagnóstico, pero existe un pequeño detalle que nos haría sospechar un origen maligno: la PTH inmunorreactiva indetectable. Si este caso correspondiera a un auténtico hiperparatiroidismo primario, estaría aumentada. En cambio, si tenemos efectos similares a la PTH, pero no hay PTH, habría que pensar en algo que tenga acción "PTH- like", como los péptidos que producen ciertos tumores, como el carcinoma epidermoide de pulmón o el de esófago, entre algunos otros. (R2)

32. Mujer de 61 años que acude a Urgencias por cefalea holocraneal, más localizada en la región ocular izquierda, acompañada de dos vómitos. Refiere además, mareo y diplopía. En la exploración se descubre una pupila izquierda dilatada, que no responde al reflejo luminoso. En el diagnóstico diferencial, usted debe considerar:

1. Aneurisma de la AICA (arteria cerebelosa anteroinferior) que provoca hidrocefalia.
2. Aneurisma de la cerebral media.
3. Aneurisma de la carótida supraclinoidea.
4. Aneurisma de la comunicante posterior.

Gráfico de respuestas

Comentario

Para acertar esta pregunta, debemos fijarnos en un detalle muy típico: midriasis en pupila izquierda, que no responde al reflejo luminoso. Esto orienta a compresión del III par craneal, cuyo origen está muy próximo a la arteria comunicante posterior (respuesta 4 correcta). Es muy típico que los aneurismas de esta arteria, cuando crecen, produzcan clínica compresiva sobre este par craneal, de ahí los síntomas que nos describen. (R4)

33. Antonio, hombre de 34 años ha sido intervenido de apendicitis y presenta al cabo de varios días fiebre importante. ¿Qué asociación antibiótica utilizaría?:

1. Eritromicina y cloranfenicol.
2. Aminoglucósido y clindamicina.
3. Penicilina y aminoglucósido.
4. Vancomicina y penicilina.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta difícil que se contesta razonando qué bacterias forman parte de la flora saprofita del tubo digestivo, y en función de eso, los antibióticos más adecuados para tratar la infección provocada por dichos agentes.

Las bacterias pertenecientes a la familia enterobacteriaceae (la mayoría gramnegativas) son huéspedes habituales del tubo digestivo; ciertas especies son saprofitas y actúan como patógenos oportunistas, aprovechando estados de debilidad del huésped y soluciones de continuidad de mucosas (entre otras) para provocar daño. En relación con esto, tenemos que elegir un antibiótico que cubra gramnegativos y anaerobios, siendo la mejor pauta la que combina un aminoglucósido y clindamicina. Opción 2 correcta. (R2)

34. Mujer de 30 años, madre de tres hijos, acude a urgencias por dolor cólico en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, y escalofríos. Antecedente de dispepsia a grasas. Al examen: T 38.8°C., no ictericia, Murphy (+). El estudio diagnóstico que recomendaría es:

- 1. Ultrasonido abdominal.
- 2. Radiografía de abdomen.
- 3. Tomografía abdominal.
- 4. Sólo requiere evaluación clínica.

Gráfico de respuestas

Comentario

Todo paciente con sospecha de patología de vía biliar, deberá realizarse ultrasonido abdominal, ya que es el mejor estudio para su estudio... No debe confundirse con la TC, ya que esta última no es tan sensible, ni específica para valorar la patología de las vías biliares. (R1)

35. La longitud del segmento corporal superior se iguala a la del segmento inferior aproximadamente a la edad de:

- 1. Un año.
- 2. 6 meses.
- 3. 7 años.
- 4. 10 años.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta de el tema del crecimiento del niño es muy importante en el nacional.

Desde el nacimiento hasta la edad adulta se producen cambios en la proporciones corporales debido a las diferencias en las tasas de crecimiento de las diferentes partes del cuerpo. La relación de los segmentos superior (talla-distancia de sínfisis al suelo) e inferior del cuerpo cambia con la edad: SS/SI = 1.7 en el RN, 1.4 al año, 1 a los 10 años y < de 1 a partir de entonces.

Así, la longitud del segmento superior se iguala a longitud del segmento superior e inferior a los 10 años. Esta relación tiene importancia para distinguir algunas displasias que afectan a la parte proximal (rizomielia), media (mesomielia) o distal (acromielia) de los miembros y en el estudio de otras patologías como hipogonadismo (relación muy baja) e hipotiroidismo (relación muy alta). (R4)

36. ¿Cuál es la causa más frecuente de hemorragia digestiva alta masiva, en individuos previamente asintomáticos, tras un violento episodio de náuseas y vómitos sin sangre?:

- 1. Úlcera gástrica.
- 2. Síndrome de Mallory-Weiss.
- 3. Várices esofágicas.
- 4. Gastritis.

Gráfico de respuestas

Comentario

La causa más frecuente en nuestro medio de hemorragia digestiva alta es la causada por úlcera péptica duodenal, posteriormente por úlcera gástrico y a continuación por erosiones gástricas y gastritis de estrés. Sin

embargo, cuando el antecedente es el de vómitos previos, la causa más frecuente es la erosión de la mucosa provocada por los movimientos del vómito conocido como síndrome de Mallory-Weiss. Esta entidad tiene un buen pronóstico y suele ceder de forma espontánea, precisando, en general, únicamente añadir antisecretores ácidos y antieméticos. (R2)

37. La asociación de calcificaciones periventriculares con microcefalia y trombocitopenia neonatal es sugerente de infección por:

1. Toxoplasma.
2. Sífilis.
3. Herpes simple.
4. Citomegalovirus.

Gráfico de respuestas

Comentario

La infección connatal más frecuente es la infección por CMV, cuya clínica está integrada por una tríada sin nombre propio: microcefalia, calcificaciones periventriculares y coriorretinitis. A su vez, la secuela más frecuente de esta enfermedad es la hipoacusia neurosensorial bilateral y simétrica. A esta clínica hay que añadir las microadenopatías, la hepatomegalia con ictericia y el exantema petequeial por trombopenia. (R4)

38. En el renograma isotópico de una niña de 14 años con hidronefrosis congénita unilateral por síndrome de la unión pieloureteral, es característico que:

1. No existe captación del radiofármaco en el riñón alterado.
2. El tiempo arterial está prolongado en el riñón alterado.
3. El tiempo de excreción prolongado, no se modifica significativamente al suministrar un diurético.
4. El tiempo de tránsito parenquimatoso y el tiempo de excreción, ambos prolongados, se modifica significativamente al suministrar un diurético.

Gráfico de respuestas

Comentario

Aparentemente difícil, pero esta pregunta puede resolverse por sentido común. De entrada, habría que dudar entre las opciones 3 y 4, porque son opuestas entre sí. ¿Se modifica el tiempo de excreción con un diurético, o no? Dado que nos hablan de una alteración estructural (síndrome de la unión pieloureteral), lógicamente no se modificará por dar diuréticos (intentar solucionar un problema estructural con una pastilla sería bastante optimista). Por ello, la opción correcta es la 3. (R3)

39. ¿Cuál es el principal factor etiológico del CIR tipo II?:

1. Malformaciones cromosómicas.
2. Infecciones fetales.
3. Hipertensión inducida por el embarazo.
4. Graves defectos en la nutrición materna.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta fácil e importante sobre la etiología del CIR. Recuerde que el CIR de tipo II es aquel que sólo tiene alterados los parámetros no óseos (sobre todo la cintura abdominal). También debe



saber que el CIR tipo II es tardío, porque la noxa actúa en el tercer trimestre. Así, la causa suele ser placentaria a expensas de vasculopatías y alteraciones del flujo uteroplacentario.

Las opciones 1 y 2 son causas de CIR simétrico o tipo I. Así, la opción que debemos escoger es la 3, ya que además de ocurrir más frecuentemente en el tercer trimestre, puede producir restricciones de flujo placentario, y causar un CIR asimétrico. (R3)

40. ¿Cuál de los siguientes signos corresponde habitualmente a la infección del tracto respiratorio alto?

1. Crepitantes.
2. Rinorrea.
3. Tiraje.
4. Estridor.

Gráfico de respuestas

Comentario

El estridor es típico de patología de tracto respiratorio superior mientras que los crepitantes se corresponden sobre todo con tracto respiratorio inferior. (R4)

41. An otherwise healthy full-term newborn is diagnosed with esophageal atresia after the attending pediatrician had difficulty in introducing a feeding tube through the esophagus. Furthermore, chest and abdomen X-ray films reveal esophageal atresia and normally aerated intestines. After a thorough and complete diagnostic workup and stabilization of the patient, surgical intervention is scheduled. Which of the following is the main reason to perform surgery?

1. His impossibility to swallow saliva.
2. The frequently associated cardiac malformations.
3. High risk of aspiration pneumonia.
4. If left untreated, enteral nutrition would be impossible.

Gráfico de respuestas

Comentario

Fíjese que le presentan un neonato con imposibilidad al paso de sonda nasogástrica en el paritorio. La sospecha de atresia esofágica se confirma si continua leyendo el enunciado donde menciona "bolsón esofágico atrésico". Para filiar ante qué tipo de atresia nos encontramos (figura) nos comentan que la neumatización intestinal es NORMAL. Con estos datos excluimos las fístulas tipo I: donde sólo existe atresia y al no haber fístula no puede haber paso del aire al intestino; tipo II: la fístula proximal permite el paso únicamente a vía respiratoria sin neumatización intestinal; y tipo V: donde no existe bolsón esofágico atrésico. Nos quedaría la tipo III y la IV, la primera con una frecuencia del 87% y la tipo IV con frecuencia inferior al 1%. De todas maneras esta pregunta no requiere un conocimiento tan profundo, ya que la tipo III es la más frecuente con diferencia (87%), la que ha de saber, ya que es la que con probabilidad te preguntarían (recuerde la regla: la aTRESia esofágica más frecuente es la tipo TRES). La prioridad de cirugía es evitar la neumopatía causada por las microaspiraciones de ácido gástrico por la fístula distal, cada vez que el neonato inspira ejerciendo presión negativa (opción 3 correcta). De hecho, hasta que el neonato esté estable y se opere, se coloca en decúbito prono con objeto de evitarlas. Fíjese que las opciones 1 (imposibilidad de deglutir saliva) y 4 (imposibilidad de alimentación enteral) vienen a ser lo mismo, y por ello son descartables, además de que no suponen una prioridad quirúrgica. La opción 2 (malformaciones cardíacas frecuentemente asociadas) se excluye con el enunciado "tras

evaluación diagnóstica que descarta otras anomalías...". En la clínica hay que tener presente la asociación VACTERL (malformaciones Vertebrales, Anorrectales, Cardíacas, Traqueales y Esofágicas, Renales y radiales - Limb en inglés-) presente en un 30-50% de las atresias esofágicas; de ahí que lo mencionen en el enunciado. Por último, recuerde que una de las complicaciones postoperatorias es el reflujo gastroesofágico, por anomalías intrínsecas de la función esofágica. Otras como traqueomalacia, estenosis esofágica, fístula de la anastomosis o de la fístula traqueoesofágica son más infrecuentes. (R3)

42. Vemos en consulta a una paciente de 50 años que presenta desde hace unos meses un temblor llamativo que empeora "cuando se pone nerviosa". En la inspección general usted nota que parpadea menos de lo habitual y que su cara es bastante inexpressiva. En la exploración física detecta una leve resistencia a los movimientos pasivos y un temblor de reposo (4-6 Hz) que no incapacita a la paciente para sus tareas habituales. Sin embargo, la paciente insiste en que está molesta con su situación actual. ¿Cuál sería el tratamiento más apropiado?

1. Levodopa-carbidopa.
2. Trihexifenidil.
3. Pergolide.
4. Propranolol.

Gráfico de respuestas

Comentario

El caso que nos presentan corresponde a una enfermedad de Parkinson, que debemos sospechar ante el temblor de reposo a 4-6 Hz, la inexpressividad de la cara, la resistencia a movimientos pasivos (rigidez) y el escaso parpadeo. Al parecer, se trata de un estadio incipiente, ya que no interfiere con sus actividades diarias, por lo que inicialmente no haría falta ningún tratamiento. Sin embargo, la paciente insiste en que el temblor le hace estar molesta, por lo que debemos emplear un fármaco que sea eficaz a este respecto. Recuerde que la levodopa es útil en esta enfermedad, pero sobre todo para la rigidez y la bradicinesia, no para el temblor. Lo más eficaz para el temblor parkinsoniano son los anticolinérgicos (respuesta 2 correcta). No obstante, debe recordar un detalle. Estos fármacos sólo se utilizarían en pacientes relativamente jóvenes, como es el caso, ya que en pacientes mayores tienden a producirles pérdida de memoria, lo que limita su empleo. (R2)

43. Hombre de 3 meses que consulta por vómitos desde hace 1 mes. Vomita después de todas las tomas, sin fuerza; come siempre con buen apetito y presenta adecuado desarrollo pondero estatural, sin pérdida de peso. Realiza dos evacuaciones diarias con heces de consistencia, aspecto y volumen normal. Entre sus antecedentes destaca estar alimentado con fórmula artificial desde el mes de vida. Su actitud sería:

1. Hacer endoscopia para descartar esofagitis.
2. Solicitar US abdominal y/o tránsito digestivo.
3. Realizar manometría esofágica.
4. Indicar a la madre medidas posturales.

Gráfico de respuestas

Comentario

Se trata de un niño con reflujo no patológico, es decir reflujo que no afecta al desarrollo pondoestatural y no produce más clínica que las regurgitaciones. Por lo tanto no estaría indicada ninguna prueba complementaria ni ningún tratamiento farmacológico. Se tendría que indicar a la familia la posición erecta después de las tomas unos 30 minutos, el reposo con cama inclinada y



informarles que se trata de algo madurativo que mejorará con la edad, la posición de sedestación y la comida sólida o más consistente. (R4)

44. Los pacientes con trombocitopenia inmune primaria se tratan inicialmente exclusivamente con corticosteroides, pero en situaciones especiales se asocia al tratamiento altas dosis de gammaglobulina por vía endovenosa. ¿En cuál de las siguientes situaciones puede estar indicado el uso de gammaglobulina?

1. Pacientes mayores de 60 años.
2. En las pacientes gestantes con púrpura trombopénica autoinmune.
3. Brotes hemorrágicos graves.
4. Si el paciente es hipertenso.

Gráfico de respuestas

Comentario

La virtud principal de la inmunoglobulina intravenosa es que eleva muy rápidamente las cifras de plaquetas. Sin embargo, tiene el problema de que el efecto es muy poco duradero, ya que la vida media de la inmunoglobulina es corta. Por ello, quedaría reservada para situaciones en las que conseguir su elevación reúne criterios de urgencia, como es el caso de la respuesta 4. (R3)

45. ¿Cuál de las siguientes determinaciones de laboratorio es más útil para el diagnóstico de la esclerosis múltiple?:

1. Número de células en líquido cefalorraquídeo.
2. Proteínas totales en líquido cefalorraquídeo.
3. Niveles de inmunoglobulina G en líquido cefalorraquídeo.
4. Bandas oligoclonales de inmunoglobulina G en líquido cefalorraquídeo..

Gráfico de respuestas

Comentario

Sensibilidad de los hallazgos en LCR en esclerosis múltiple:

- Elevación de linfocitos y proteínas totales: 40%
- Elevación de gammaglobulinas: 70%
- Elevación de niveles de IgG: 80%
- Bandas oligoclonales de IgG: 90%.

(R4)

46. Paciente de 32 años con disnea leve. Los exámenes de laboratorio muestran una anemia microcítica e hipocrómica con creatinina de 1.8 mg/dl y alteraciones en el sedimento urinario. La Rx de tórax muestra un patrón alveolar bilateral y tiene un patrón funcional en el rango de la normalidad, salvo una capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) de 155%. De las siguientes determinaciones, ¿cuál NO es útil para el proceso diagnóstico?:

1. Determinación de niveles de c-ANCA.
2. Anticuerpos antimembrana basal glomerular.



- 3. Niveles de inmunoglobulina.
- 4. Niveles de proteína C reactiva.

Gráfico de respuestas

Comentario

La sospecha clínica que debemos tener ante la sintomatología que presenta el paciente es una hemorragia alveolar (DLCO bastante aumentada, patrón alveolar...). Hay que investigar la posibilidad de una vasculitis con afectación renal (síndromes renopulmonares) o de otros órganos y sistemas. Las hemorragias pulmonares son raras en las enfermedades colágeno-vasculares, siendo más frecuente en el lupus eritematoso sistémico; de ahí la importancia de determinar los niveles de anticuerpos antinucleares (ANA). Puede ser también la forma de presentación en la granulomatosis de Wegener, por lo que los c-ANCA están también indicados. El síndrome de Goodpasture se caracteriza por hemorragia pulmonar y glomerulonefritis, y la mayoría de los pacientes tienen anticuerpos antimembrana basal glomerular. En cambio, la elevación de la proteína C reactiva es un parámetro absolutamente inespecífico que podría aumentar por un número de causas prácticamente infinito, por lo que no nos orientará hacia el diagnóstico del paciente (respuesta 4 falsa). Si se realiza esta determinación, seguramente estará elevada, pero no nos ayudará a identificar la causa. (R4)

47. Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre el síndrome de aspiración meconial (SAM) es INCORRECTA:

- 1. El principal factor de riesgo es la prematuridad.
- 2. Se asocia a riesgo elevado de infección por E. coli y Listeria.
- 3. Suele ser consecuencia de hipoxia fetal intraútero.
- 4. Se manifiesta con dificultad respiratoria en las primeras horas de vida.

Gráfico de respuestas

Comentario

Concepto básico que no puede fallar. El síndrome de aspiración meconial es la modalidad de distrés respiratorio agudo neonatal típica de los recién nacidos postérmino con sufrimiento fetal, dado que la hipoxia provoca una exteriorización del meconio. Este meconio, puede pasar a la vía aérea, donde es capaz de atrapar aire a través de un mecanismo valvular (patrón radiológico de insuflación), y potencialmente de infectarse por E. coli. (R1)

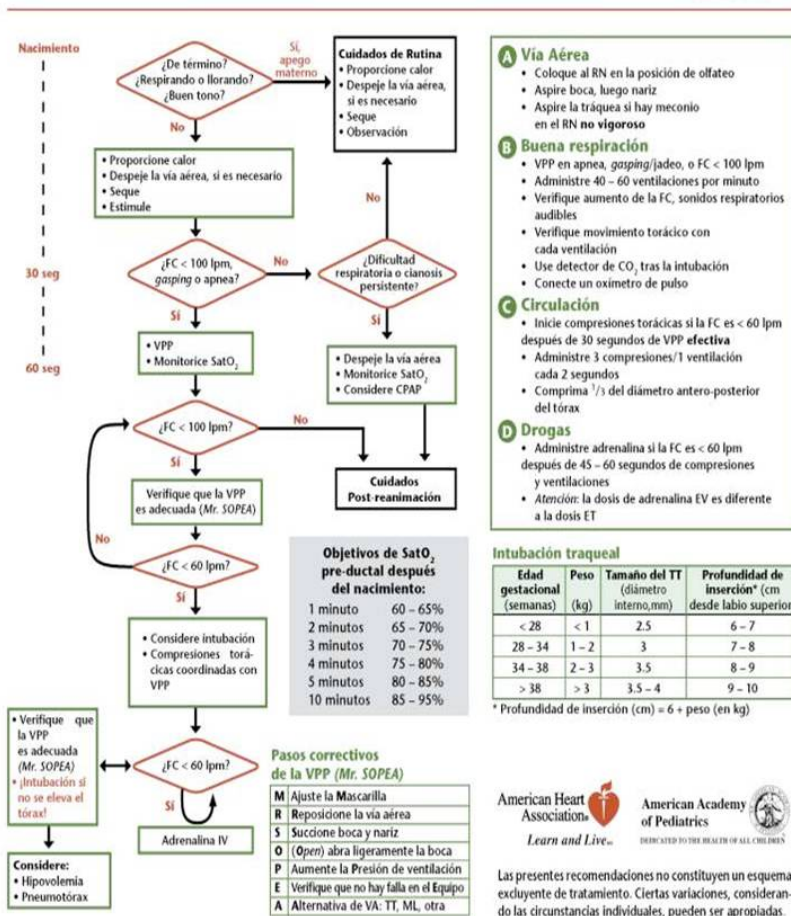
48. ¿Qué haría si un RN no presenta movimientos respiratorios luego de aspirarlo, colocarlo en posición adecuada y estimularlo táctilmente?

- 1. Iniciar ventilación con presión positiva con ambú.
- 2. Evaluar color de piel.
- 3. Ofrecer oxígeno flujo libre.
- 4. Evaluar la frecuencia cardíaca.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta sencilla sobre reanimación neonatal. La respuesta correcta es la número 1 iniciar con ventilación con presión positiva con bolsa-mascarilla. (R1)



49. Una paciente de 40 años, que refiere pérdida de peso y temblor de reciente aparición, presenta exoftalmos unilateral con retracción palpebral y retraso en el descenso de ese párpado al mirar hacia abajo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Oftalmopatía tiroidea.
2. Linfoma orbitario.
3. Celulitis orbitaria.
4. Síndrome de Horner.

Gráfico de respuestas
Comentario

Pregunta sencilla y completa que nos resume el cuadro clínico de una oftalmopatía tiroidea.

Lo primero que nos debe hacer sospechar es la clínica sistémica de la paciente: pérdida de peso y temblor, típico del hipertiroidismo. Lo siguiente es que la causa más frecuente de exoftalmos tanto uni como bilateral en adultos es la oftalmopatía tiroidea. Recuerde también los signos con nombre propio en relación con la oftalmopatía tiroidea: Darlympe (retracción del párpado superior), sd de Graeffe (asineria oculo-palpebral al mirar abajo), Möebius (déficit de convergencia) y Stelweg (parpadeo escaso). (R1)

50. Coincidiendo con la menstruación, una joven de 18 años comienza a padecer fiebre, poliartralgias, tenosinovitis en muñecas y dedos de la mano, así como lesiones cutáneas papulosas, petequiales y pustulosas en miembros. A los 4 días esta clínica remite casi completamente y ahora refiere dolor e hinchazón de rodilla derecha. ¿Qué diagnóstico te sugiere?

1. Artritis crónica juvenil.
2. Infección gonocócica diseminada.
3. Lupus eritematoso sistémico y sobreinfección.
4. Fiebre reumática.

Gráfico de respuestas

Comentario

El cuadro clínico que nos describen en esta pregunta es el típico de una infección gonocócica diseminada. Inicialmente, suele haber clínica local como ETS, en forma de uretritis, con disuria y secreción uretral blanquecina o cervicitis no complicada. Esta situación puede complicarse y producir cuadros como peritonitis localizada o Sd. Fitz-Hugh-Curtis, típicamente alrededor del hígado.

La infección gonocócica diseminada es más frecuente tras el embarazo, menstruación o en personas con déficit de las fracciones C5-C9 del complemento. Cursa con fiebre, tenosinovitis, poliartralgias y lesiones cutáneas papulosas, situadas característicamente sobre las articulaciones. Puede acompañarse de una fase de localización articular, típicamente monoarticular, en grandes articulaciones como la rodilla. El diagnóstico se hace visualizando los diplococos gramnegativos intracelulares y mediante cultivo en medio de Thayer-Martin. El tratamiento de elección es la ceftriaxona. Otras alternativas son el ciprofloxacino, azitromicina y espectinomicina. (R2)

51. A 29-year-old man presents to the emergency department complaining of acute chest pain which is relieved by sitting up and bending forwards and worsened in the recumbent position. On further questioning, it is known that last week he had diarrhea and vomits. ECG shows diffuse ST segment elevation. Laboratory studies show elevated troponin levels. Which of the following is the most appropriate management?

1. Diagnosis: myopericarditis. Treatment: Aspirin (ambulatory).
2. Diagnosis: myopericarditis. Treatment: paracetamol and analgesia.
3. Diagnosis: myopericarditis. Treatment: paracetamol and cardiac monitoring (initial hospitalization and ambulatory when favorable evolution).
4. Diagnosis: myopericarditis. Treatment: Hospitalization, cardiac monitoring, perform a transthoracic echocardiogram and analgesia administration.

Gráfico de respuestas

Comentario

Se trata de una miopericarditis por el aumento de troponinas y se debería evitar el uso de AINE por el riesgo de desencadenar insuficiencia cardiaca. Además se debe realizar ETT y monitorizar, todo esto hospitalizado. (R4)

52. Indique el patrón de inmunofluorescencia directa típico de la dermatitis herpetiforme:

1. IgG intercelular epidérmico.



2. C3 en membrana basal perilesional.
3. IgA granular en membrana basal.
4. IgA lineal en membrana basal.

Gráfico de respuestas

Comentario

Tenemos que conocer los distintos patrones de IFD de las enfermedades ampollosas. El depósito de IgA es típico de 2 enfermedades: la dermatitis herpetiforme (donde el depósito es granular en el vértice de las papilas dérmicas, respuesta 3 correcta), y en la dermatosis con IgA lineal (donde el depósito es lineal, como su nombre indica). Las demás opciones no se prestan a error. **(R3)**

53. Masculino de treinta y cinco años consulta por dolor lumbar bajo y en glúteos de cinco meses de evolución con gran rigidez por las mañanas que mejora a lo largo del día con su trabajo de jardinero. ¿Cuál de estas pruebas nos ayudaría más para el diagnóstico?:

1. Radiografía de columna lumbar y sacroilíacas.
2. Determinación del antígeno HLA B27.
3. Gammagrafía ósea.
4. Fosfatasa alcalina.

Gráfico de respuestas

Comentario

La presencia de dolor lumbar de ritmo inflamatorio (aquel que no mejora - e incluso empeora- con el reposo, se acompaña de rigidez tras la inactividad y se alivia a lo largo del día) es el principal síntoma de la Espondilitis Anquilosante (EA). Comienza de forma insidiosa y evoluciona hacia la cronicidad. Para el diagnóstico de esta entidad es imprescindible el hallazgo radiológico de sacroileitis, por lo que la radiografía de sacroilíacas no solo nos ayudaría sino que sería obligatoria para poder establecer el diagnóstico. La presencia de antígeno HLA B27 aparece en el 90% de los pacientes pero ni siquiera es un criterio diagnóstico de la enfermedad por lo que no es de utilidad práctica en el diagnóstico. La gammagrafía ósea mostrará captación en caso de que exista una sacroileitis aunque es menos específica que la radiología convencional por lo que no sustituye esta en el diagnóstico. La presencia de factor reumatoide y la elevación de la fosfatasa alcalina no son propias de la enfermedad. **(R1)**

54. Una de las siguientes alteraciones radiológicas NO es típica de la artritis psoriásica:

1. Osteoporosis intensa.
2. Erosiones en los penachos de las falanges distales.
3. Proliferación perióstica.
4. Afectación de las articulaciones interfalángicas distales.

Gráfico de respuestas

Comentario

La artropatía psoriásica comparte con la artritis reumatoide el carácter erosivo, progresivo y por lo tanto destructivo de la afectación articular. Sin embargo existen algunas diferencias radiológicas entre ambos procesos. La afectación de las interfalángicas distales no se aprecia en la artritis reumatoide y sin embargo es propia de la artropatía psoriásica. La afectación es asimétrica y provoca tanto erosiones intensas como proliferación perióstica (esto último impropio de la artritis reumatoide). Otra diferencia entre ambos procesos es que la osteoporosis yuxtarticular propia de la artritis reumatoide en la que de hecho se considera un criterio diagnóstico no aparece (o al menos no de forma intensa) en la artropatía psoriásica. **(R1)**

55. Señale la afirmación INCORRECTA acerca del SOP:

1. Existe una elevación de LH por pulsos demasiado rápidos en la secreción hipotalámica de GnRH.
2. Lo característico al microscópico óptico es la hiperplasia de la granulosa, con una capa de la teca poco desarrollada.
3. El síntoma más frecuente es la esterilidad y se debe a la anovulación.
4. En el laboratorio encontraremos un aumento de LH y disminución de FSH con un cociente > 2.

Gráfico de respuestas

Comentario

La respuesta 2 es rotundamente falsa: en el SOP ocurre precisamente lo contrario, hay una teca hiperplásica, lo que se conoce como hipertecosis, y una granulosa poco desarrollada o ausente. (R2)

56. Acude a urgencias un lactante de 10 meses que desde hace tres días presenta febrícula, rinorrea y tos. Desde hace unas horas, el niño presenta tos metálica y dificultad respiratoria leve. En la exploración física usted comprueba que la entrada de aire es buena, pero se ausculta un estridor inspiratorio, el llanto del niño es ronco y la saturación de oxígeno es de un 96%. ¿Cuál de las siguientes es VERDADERA?:

1. Su causa más frecuente es un coco gram positivo.
2. Es un cuadro típico de otoño e invierno que afecta a niños pequeños.
3. El tratamiento de elección es metilprednisolona.
4. Es un cuadro grave que requiere traslado a una unidad de cuidados intensivos para asegurar la vía aérea.

Gráfico de respuestas

Comentario

Tema básico para el ENARM. La laringitis aguda o crup se debe a una infección vírica (lo más frecuente por virus parainfluenza) que tiene el pico de incidencia en otoño e invierno en niños de 3 meses a 5 años. Puede presentar un cuadro catarral prodromico los días antes y su diagnóstico es clínico: el niño presenta tos perruna, estridor inspiratorio y disfonía. (R2)

57. ¿Cuál de las siguientes enfermedades se caracteriza por la tríada de nefritis, sordera y queratocono?

1. Nefropatía de los Balcanes.
2. Enfermedad de Alport.
3. Nefropatía por plomo.
4. Nefronoptosis.

Gráfico de respuestas

Comentario

La enfermedad de Alport, que se caracteriza por la tríada nefritis + sordera + alteraciones oculares (esferofoquia, o lenticono), respuesta correcta la 2. (R2)

58. Una mujer de 27 años presenta desde hace 1 semana molestias en la mama izquierda. Al examen se detecta una zona con aumento de consistencia, mal delimitada, tibia y dolorosa con eritema de la piel adyacente. El diagnóstico más probable es:

1. Absceso subareolar
2. Carcinoma intraductal
3. Enfermedad quística benigna
4. Fibroadenoma

Gráfico de respuestas

Comentario

En una mujer de 27 con eritema, calor, dolor y rubor, lo primero que debemos descartar es que sea una etiología infecciosa. Un absceso subareolar es perfectamente compatible con éste caso clínico, y se apoya en que los síntomas tengan sólo una semana de duración. (R1)

59. Señale la afirmación FALSA en relación a la tuberculosis miliar:

1. Se debe a la diseminación hematógena generalizada de los bacilos.
2. Suele presentarse con fiebre prolongada, a menudo con anemia y esplenomegalia.
3. Las lesiones en la radiografía de tórax son muy frecuentes y de aparición precoz, por lo que ante una placa de tórax normal se debe dudar del diagnóstico de tuberculosis miliar.
4. Con frecuencia la prueba de la tuberculina da un resultado negativo, pero cuando el paciente recibe tratamiento la prueba puede positivizarse.

Gráfico de respuestas

Comentario

Efectivamente como ya sabrá la tuberculosis miliar se debe a la diseminación hematógena de los bacilos tuberculosos. Que puede ser debida a una infección reciente o a una reactivación de un foco antiguo, salvo en los niños que se suele deber a infección primaria. Las manifestaciones son y inespecíficas y generalizadas dependiendo el lugar de mayor afectación, predominando cuadro de fiebre, astenia, pérdida de peso, sudoración nocturna; encontrándose en la exploración física adenopatías con hepatoesplenomegalia. Para el diagnóstico es necesario un elevado índice de sospecha, ya que con frecuencia aunque en la radiografía suele verse un infiltrado retículo-nodular (patrón miliar) en las fases iniciales del proceso puede no verse. En el 80% de los casos el frotis es negativo. Esta manifestación produce un cuadro de anergia inmunológica por lo que la prueba de la tuberculina es negativa hasta en el 50 % de los pacientes, positivizándose normalmente en el transcurso de un tratamiento correcto (la causa de la anergia es la propia enfermedad por lo que al curar ésta se recupera la actividad inmunológica celular). (R3)

60. Un paciente de 30 años que ha requerido un trasplante renal sufre un episodio de hematemesis y melenas. En la endoscopia alta se observa una úlcera duodenal que no precisa esclerosis. En el esófago se observan numerosas placas blanquecinas que contienen hifas en el examen microscópico. Se pauta tratamiento con ranitidina. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado para la esofagitis?

1. Nistatina 10-20 ml/6 h v.o.
2. Fluconazol 200 mg el primer día, luego 100 mg diarios.
3. Anfotericina B i.v.
4. Clotrimazol 10 mg/6 h v.o.

Gráfico de respuestas

Comentario

Las lesiones blanquecinas en la mucosa esofágica son altamente sugestivas de candidiasis esofágica, una complicación a tener en cuenta en un paciente inmunodeprimido (observe que el paciente es un trasplantado renal). La causa más frecuente es la variedad *C. albicans*, sensible a fluconazol. Por ello, no se indicaría, de entrada, el uso de un antifúngico potente, pero mucho más tóxico, como la anfotericina B. La nistatina sólo tiene sentido como tratamiento tópico en las candidiasis orofaríngeas o Mughet, pero no en las esofágicas. (R2)

61. Hombre de 32 años que acude por alteración del tránsito intestinal junto con episodios paroxísticos de dolor abdominal de tipo cólico. Refiere sentirse hinchado y con "pesadez" después de las comidas. No ha perdido peso y no refiere ningún otro dato de interés. Respecto al tratamiento de la enfermedad que sospecha indique la FALSA:

1. Es fundamental explicar claramente al paciente en qué consiste su enfermedad y tranquilizarle respecto al pronóstico.
2. El uso de enzimas pancreáticas puede estar indicado para evitar la maldigestión.
3. Algunos pacientes se benefician del uso de anticolinérgicos, sobre todo los que presentan dolor abdominal.
4. Antidiarreicos como loperamida pueden estar indicados de forma temporal.

Gráfico de respuestas

Comentario

Se trata de un caso de síndrome de intestino irritable. En este caso, la respuesta falsa es la 3, pues el paciente no presenta maldigestión (no ha perdido peso), ni tenemos razones para pensar que tenga disfunción pancreática. (R2)

62. El síntoma más frecuente del embolismo pulmonar es:

1. Dolor torácico tipo pleurítico.
2. Disnea aguda.
3. Taquipnea.
4. Hemoptisis.

Gráfico de respuestas

Comentario

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es uno de los temas importantes para el ENARM, dentro del bloque de Neumología. Debe conocer bien todo lo relativo a las técnicas empleadas en el diagnóstico y sobre las opciones terapéuticas disponibles.

Desde el punto de vista clínico, el síntoma más frecuente es la disnea de aparición brusca (opción 2 correcta), y el signo más frecuente es la taquipnea. Generalmente, la presencia de disnea grave, síncope o cianosis indican un TEP masivo. En cambio, el dolor pleurítico, la tos o la hemoptisis sugieren un pequeño embolismo periférico que se acompaña de infarto pulmonar. La detección de trombosis venosa profunda es un signo excelente que apoya el diagnóstico de TEP, pero está presente en menos de la mitad de los casos. Es posible que, en la auscultación, se detecten sibilancias, lo que no debe confundirte con otras patologías si lo encuentra como dato en algún caso clínico. (R2)

63. Respecto al Tumor de Warthin de las glándulas salivales señale lo INCORRECTO:

1. Se denomina también cistoadenolinfoma.
2. Es más frecuente en la parótida, sobre todo en varones jóvenes.

3. Es una tumoración benigna, indolora, de consistencia quística, de crecimiento lento en el lóbulo superficial de la parótida.
4. Es caliente en la gammagrafía, a diferencia del adenoma pleomorfo que es templado.

Gráfico de respuestas

Comentario

El tumor de Warthin es una tumoración benigna (la segunda más frecuente después del adenoma pleomorfo) que afecta generalmente a la parótida en paciente varones ancianos, con pico de incidencia en la quinta y sexta década de la vida. (R2)

64. Respecto a la enfermedad de membrana hialina o síndrome de dificultad respiratoria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?:

1. Es más frecuente en hijos de madres adictas a la heroína.
2. La radiografía muestra típicamente un aplanamiento del diafragma, infiltrados parcheados alveolares, neumotórax y neumomediastino.
3. La insuficiencia respiratoria comienza a manifestarse a partir del tercer día de vida.
4. En el tratamiento de la EMH debe administrarse de forma sistemática ampicilina + gentamicina.

Gráfico de respuestas

Comentario

La EMH es menos frecuente en los hijos de consumidoras de opiáceos.

El patrón radiológico descrito en la opción 2 corresponde al síndrome de aspiración meconial, no a la EMH.

Está indicado administrar corticoides a las gestantes cuya edad oscile entre 24 y 34 semanas cuyo parto sea inminente, y no en otros casos.

La dificultad respiratoria se inicia en las primeras horas de vida. Ante lo inespecífico de la clínica de estos niños, y la presencia de broncograma aéreo, hay que tratarlos con antibióticos (pueden presentar broncograma por neumonía), además de darles surfactante. (R4)

65. Acerca de la patología que afecta a un niño con antecedentes de faringitis hace dos semanas, que presenta edema periorbitario, hematuria macroscópica, y en los exámenes de laboratorio se detecta elevación de la VSG, de la creatinina sérica, hipoalbuminemia, y disminución de los niveles de complemento, señale lo que le parece INCORRECTO:

1. Si la infección previa hubiese sido cutánea, probablemente no se encontraría respuesta inmunitaria frente a la estreptolisina (ASLO).
2. El complemento se normaliza a las 12-16 semanas.
3. Los cultivos de faringe y la determinación de anticuerpos contra el agente infeccioso pueden perder valor diagnóstico si se instaura terapia antimicrobiana precozmente.
4. Normalmente, la concentración de Na⁺ en orina es baja.

Gráfico de respuestas

Comentario

Una pregunta más simple de lo que parece, pero se soluciona por procedimientos puramente tácticos. A primera vista, todas las respuestas aparentan ser correctas, y de hecho es así, salvo por



un pequeño detalle. La normalización del complemento se produce hacia las 8-12 semanas, por lo que la opción 2 es falsa.

Recuerde que, cuando las cuatro respuestas le parezcan correctas, la falsa suele ser la que contenga el pequeño detalle, el porcentaje, la cifra, o cualquier pequeñez de ese tipo. Para hacer que una respuesta sea falsa sin que se note, es mucho más fácil cambiar un detalle mínimo que escribir un concepto equivocado, porque éstos suelen resultar muy evidentes. (R2)

66. ¿Cuál es el electrolito que mas se altera en las primeras 48 horas post-quemadura?

1. Sodio.
2. Cloro.
3. Zinc.
4. Magnesio.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta memorística, en pacientes con quemaduras, el primer electrolito que puede sufrir alteraciones es el Na, de hecho es el electrolito más frecuente en el espacio extracelular. Respuesta 1 correcta. (R1)

67. A 60-minute-old preterm newborn presents with progressive respiratory difficulty with intercostal retractions and cyanosis. Blood gasometry shows marked hypoxemia and normal pCO₂. He does not improve with 100% oxygen. Chest X ray shows reticulogranular opacities that are present throughout both lungs. What is the diagnosis?

1. Hyaline membrane disease.
2. Meconium aspiration.
3. Neonatal sepsis.
4. Fallot tetralogy.

Gráfico de respuestas

Comentario

Hyaline membrane disease. Hyaline membrane disease is a condition common in pre-term babies. Clinical manifestations are progressive respiratory distress and progressive hypoxemia. This situation is avoided with steroid prophylaxis the day before delivery. (R1)

68. La oclusión de la arteria cerebral anterior izquierda en un sujeto zurdo produce generalmente:

1. Hemiparesia y hemihipoestesia derecha de predominio faciobraquial.
2. Hemiparesia derecha de predominio crural con un grado proporcionalmente menor de hipoestesia en el mismo territorio.
3. Hemiparesia y hemihipoestesia derechas de predominio crural y disfasia.
4. Hemiparesia derecha de predominio crural y hemiparesia homónima derecha.

Gráfico de respuestas

Comentario

La oclusión de la arteria cerebral anterior suele deberse a émbolos de origen cardíaco. Produce hemihipoestesia y hemiparesia de predominio crural. Lógicamente, la lesión del hemisferio izquierdo justificaría una hemiparesia contralateral (respuesta 2 correcta).



Recuerde que, cuando se trata de la cerebral media, la afectación predomina en miembro superior. La aparición de afasia o disfasia es más propia del territorio de la cerebral media que de la cerebral anterior. Lo que sí puede aparecer en un infarto de la cerebral anterior es una disminución del lenguaje espontáneo, por afectación de las áreas prefrontales. (R2)

69. En un niño con epiglotitis aguda, ¿qué medida terapéutica inicial estaría CONTRAINDICADA?:

1. Administración de dexametasona i.m.
2. Administración de cefotaxima i.v.
3. Intubación nasotraqueal.
4. Administración de sedantes por vía oral o rectal.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta de el tratamiento de la epiglotitis es difícil y no muy importante.

Del tratamiento de EA debe saber que la actuación tiene que ser rápida pues se trata de una urgencia vital. La prioridad es asegurar una vía aérea permeable al ser posible mediante intubación nasotraqueal en quirófano y bajo sedación vía iv.

Se iniciará el tratamiento antibiótico iv con cefotaxima o ceftriaxona. La administración de corticoides iv puede ser beneficiosa durante la fase inicial del tratamiento pudiendo disminuir notablemente el edema supraglótico.

La adrenalina en aerosol se puede utilizar en casos graves para producir una mejoría clínica inmediata. Produce una vasoconstricción disminuyendo el edema laríngeo, pero la duración del efecto es corto y cuando desaparece puede aparecer un efecto rebote. Recordemos que la administración de corticoides o adrenalina NO deben retrasar la intubación. (R4)

70. Señale la respuesta CORRECTA referida a la púrpura de Henoch-Schönlein:

1. La lesión glomerular, idéntica a la de la nefropatía IgA (enfermedad de Berger), se caracteriza por depósitos de IgA en el mesangio glomerular.
2. Es una entidad exquisitamente sensible al tratamiento con corticoides.
3. Se detectan Ac anticitoplasma de neutrófilos en el 80% de pacientes.
4. La presencia de proteinuria masiva es clave en el diagnóstico de esta enfermedad.

Gráfico de respuestas

Comentario

La púrpura de Schönlein-Henoch puede producir lesiones renales similares o iguales a las de la enfermedad de Berger (glomerulonefritis mesangial por IgA). De hecho, algunos autores consideran que la enfermedad de Berger es una forma monosintomática de la púrpura de Schönlein-Henoch, pese a que esta opinión no se acepta de forma unánime. Sea cierto o no, se ha visto que muchos pacientes con Schönlein-Henoch asocian depósitos mesangiales de inmunocomplejos formados por IgA, así como elevación de los niveles séricos de esta inmunoglobulina (respuesta 1 correcta).

El resto de las opciones son falsas por los siguientes motivos:



- R2: los corticoides sólo se emplean cuando se sobreañaden síntomas abdominales o articulares intensos. Disminuyen la respuesta inflamatoria, pero el curso de la enfermedad sigue siendo el mismo.
- R3: lo que se detecta en el suero de estos pacientes son inmunocomplejos formados por IgA, pero no ANCA.
- R4: puede producirse cierto grado de proteinuria, pero sería extraordinario que ésta alcanzase el rango nefrótico, así pues no cabría esperar proteinuria masiva

(R1)

71. Señale la respuesta FALSA en relación a la fisiopatología del taponamiento cardíaco:

1. Es típico que las presiones de ambos ventrículos y aurículas, venas cavas y cavidad pericárdica sean iguales.
2. El inicio de la diástole (fase de llenado ventricular rápido) no está significativamente comprometido.
3. La compresión auricular derecha desempeña un papel determinante en la instauración del taponamiento.
4. El cuadro clínico de taponamiento cardíaco descompensado se establece cuando el gasto cardíaco disminuye.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta directa de dificultad elevada que requiere conocimientos avanzados de Cardiología, como es la fisiopatología del taponamiento cardíaco.

La clínica típica de un taponamiento se debe a la disminución del gasto cardíaco y a la congestión venosa, como puede ser la hipotensión, el aumento de la PVC, la disnea o la congestión hepática. El ECG presentará disminución de la amplitud del QRS y alternancia eléctrica de P-QRS-T. En el cateterismo se observaría una igualación de presiones telediastólicas de AD, VD, arteria pulmonar y presión de enclavamiento pulmonar. En el taponamiento está comprometida toda la diástole, por lo que no se observa onda "y" en el pulso venoso yugular. Cuando el inicio de la diástole no está comprometido es en la pericarditis constrictiva, donde la presión aumenta rápidamente cuando se llega al límite de la distensibilidad del pericardio, para luego mantenerse en una meseta (morfología de dip-plateau). La presión intrapericárdica que determina el taponamiento depende del aumento del líquido pericárdico y de la rapidez con la que aparezca éste. (R2)

72. Una paciente de 36 años acude al servicio de urgencias por dolor en fosa renal izquierda irradiado a genitales y en hemicinturón que se acompaña de náuseas, vómitos y sensación distérmica aunque sin fiebre termometrada. Se le realiza una RX simple de abdomen, en la que se observa una imagen radioopaca en el teórico trayecto de uréter izquierdo. El diagnóstico más probable será:

1. Litiasis de sales cálcicas.
2. Litiasis de cistina.
3. Litiasis de ácido úrico.
4. Litiasis de ornitina.

Gráfico de respuestas

Comentario



Las litiasis más frecuentes son las de sales cálcicas, hasta en un 70-85%. Si además le añadimos la radio opacidad características de éstas, se trata sin duda del diagnóstico más probable. (R1)

73. El tipo de endocarditis que se encuentra con mayor frecuencia en los pacientes que consumen drogas por vía intravenosa es:

1. La infección por *Staphylococcus aureus* de la válvula tricúspide.
2. La infección por *S. aureus* de la válvula mitral.
3. La infección por estreptococos alfa-hemolíticos de la válvula mitral.
4. La infección por *Pseudomonas aeruginosa* de la válvula pulmonar.

Gráfico de respuestas

Comentario

La endocarditis tricuspídea es bastante frecuente en ADVPs. Al emplear drogas parenterales, se producen en la piel soluciones de continuidad por las que pasará *S. aureus* al torrente sanguíneo. Después, llega al corazón a través del retorno venoso, anidando entonces en la tricúspide, que es la primera válvula que encuentra a su paso. Establecido en la válvula, produce émbolos sépticos que van al pulmón, produciendo un patrón radiológico nodular múltiple. Por ello, ante la sospecha de *S. aureus*, el tratamiento más correcto sería la combinación de betalactámicos y aminoglucósidos, aprovechando su actividad sinérgica. (R1)

74. Mujer de 21 años de edad que sufrió un accidente de esquí, golpeándose la rodilla hacia atrás contra otro esquiador que estaba parado, esperando la cola del remolque. Es trasladada desde la estación a urgencias. En la exploración presenta derrame intraarticular con signo de bamboleo claramente positivo; se evacúan 120 c.c. de sangre sin grasa y el signo del cajón anterior es positivo, siendo el resto de la exploración normal, excepto por la presencia de un discreto bostezo en valgo y extensión. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?:

1. Rotura del ligamento cruzado posterior.
2. Rotura del ligamento cruzado anterior.
3. Meniscopatía.
4. Fractura supracondilea del fémur.

Gráfico de respuestas

Comentario

Por el mecanismo lesional con traumatismo directo que fuerza la rodilla en extensión, la sospecha inicial debe centrarse en el ligamento cruzado anterior. La rotura del ligamento cruzado anterior típicamente cursa, como en el caso problema, con dolor, signo de bamboleo positivo (indica derrame articular), derrame (hemartros) de instauración rápida (por la rotura de la arteria del ligamento cruzado anterior), signo del cajón anterior y Lachman positivas. La existencia de un discreto bostezo en valgo con la rodilla en extensión también apoya la rotura del ligamento cruzado anterior. (R2)

75. Masculino de 42 años, diagnosticado de miocardiopatía dilatada hace 18 meses. Está en tratamiento con restricción hidrosalina e IECA, pero en los dos últimos meses relata exacerbación de su disnea habitual hasta hacerse de reposo en los tres últimos días. Exploración: ingurgitación yugular, edemas maleolares bilaterales y ligera hepatomegalia; en la auscultación hay 3R y soplo sistólico en foco mitral; la TA es de 110/60 mmHg. La radiografía muestra infiltrados perihiliares bilaterales. Hay una opción FALSA acerca de la actitud terapéutica en este paciente; señálela:

1. Lo primero que se debe intentar es tratamiento médico intensivo con oxigenoterapia, morfina, diuréticos y vasodilatadores.
2. Si no responde al tratamiento médico, se debe plantear el trasplante cardíaco.
3. Mientras se espera el trasplante, se puede colocar un balón intraaórtico de contrapulsación.
4. El mecanismo del balón consiste en que se infla en sístole y se desinfla en diástole, de manera que puede llegar a aumentar el gasto cardíaco en 0.5-0.7 l/min.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta de dificultad media- alta sobre el fallo miocárdico severo.

Ante un paciente de estas características, la primera medida sería la intensificación del tratamiento médico (opción 1 correcta). Como se expone en el enunciado, ya que el paciente muestra congestión pulmonar importante, se trata de un cuadro de edema de pulmón. Por ello, deben emplearse diuréticos, nitroglicerina, morfina y oxigenoterapia. Si con estas medidas no mejora la situación clínica, en ocasiones se hace necesaria la intubación orotraqueal con ventilación asistida, para asegurar una correcta oxigenación.

Por otra parte, la refractariedad a estas medidas en un paciente en clase funcional III ó IV de la NYHA, obliga a la evaluación del trasplante cardiaco, siempre que no haya contraindicaciones. Mientras se espera el trasplante, algunos enfermos en situación hemodinámica inestable precisan del empleo de dispositivos de asistencia ventricular izquierda, derecha o biventricular, siendo el más empleado el balón intraaórtico de contrapulsación.

La opción 4 es falsa porque **el inflado del balón es diastólico**. Si se inflase en sístole, sería contraproducente, puesto que habría más resistencia de la habitual al vaciado del ventrículo izquierdo (aumentaría la postcarga).**(R4)**

76. Un hombre de 53 años, de profesión pastor de ovejas, que acude a Urgencias porque después de unas semanas con dolor en hipocondrio derecho, tos y dolor torácico, presentó hemoptisis junto a expulsión de un líquido claro "como con pellejos de uvas". La radiografía muestra una cavidad con un nivel hidroaéreo. Se trata posiblemente de:

1. Hidatidosis.
2. Neumonía por anaerobios.
3. Actinomicosis.
4. Aspergilosis invasiva.

Gráfico de respuestas

Comentario

Un pastor de ovejas no aparece en el ENARM por arte de magia, si su profesión no tuviese nada que ver con la enfermedad que padece. Si, además, nos hablan de expulsión de un líquido como "pellejos de uva" (la clásica vómica), se trataría de un quiste hidatídico (respuesta 1 correcta).**(R1)**

77. Un paciente con angina estable de 5 años de evolución comienza a presentar mal control de su enfermedad con tratamiento médico (NTG en parches, betabloqueantes y nifedipina asociados), por lo que se realiza cateterismo y coronariografía, y se observa enfermedad de los 3 vasos principales con buen lecho distal. El ecocardiograma demostró una FEVI del 40% ¿Cuál será el tratamiento más apropiado es ente paciente para prolongar la supervivencia?:



1. Cirugía de derivación coronaria.
2. ACTP del tronco de la coronaria izquierda.
3. ACTP de los tres vasos.
4. ACTP de la coronaria derecha y de la circunfleja.

Gráfico de respuestas

Comentario

Las indicaciones de cirugía que debemos conocer para el examen son las siguientes:

- Estenosis >50% del tronco de la coronaria izquierda.
- Enfermedad de 3 vasos (más indicada si hay disfunción ventricular)
- Enfermedad de dos vasos si uno de ellos es la descendente anterior proximal.

Con ello, sólo podemos contestar la respuesta 1. Aunque en la práctica clínica, se está empezando a realizar ACTP al tronco y a los tres vasos. **(R1)**

78. ¿Cuál es la localización más frecuente de la enfermedad de Crohn?

1. Intestino delgado.
2. Ileocólica.
3. Colon.
4. Anorrectal.

Gráfico de respuestas

Comentario

La afectación más frecuente es a nivel íleo-cólico (respuesta 3 correcta). No se confunda con la colitis ulcerosa, que casi siempre afecta al recto y luego se extiende proximalmente. Recuerde también que la enfermedad de Crohn, aunque ésta es su localización más frecuente, puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo. **(R2)**

79. Un hombre de 68 años comienza, bruscamente, tres días después de ser operado de un cáncer localizado de pulmón, a sufrir un cuadro de agitación psicomotriz, insomnio nocturno y somnolencia diurna, fallos de memoria y evidente inatención a los estímulos del ambiente, diciendo sin embargo que de noche ve hombrecillos en la habitación que le quieren hacer daño. Probablemente padece un:

1. Trastorno adaptativo depresivo.
2. Demencia.
3. Trastorno delirante orgánico.
4. Delirium.

Gráfico de respuestas

Comentario

El delirium, también llamado síndrome orgánico cerebral, aparece en relación con una enfermedad orgánica. Es más frecuente en ancianos hospitalizados y, clínicamente, el rasgo más importante es la alteración del nivel de conciencia. Podemos encontrar también inversión del ciclo sueño- vigilia, agitación, deterioro de la memoria e incluso sintomatología psicótica. El tratamiento habitual son los neurolépticos, salvo en el caso del delirium tremens, donde se utilizan benzodiazepinas. **(R4)**

80. En la puntuación de Apgar se consideran todos los signos vitales que siguen EXCEPTO:

1. Presión arterial.
2. Color.
3. Tono muscular.
4. Excitación refleja.

Gráfico de respuestas

Comentario

El test de Apgar, test que se realiza sobre todos los recién nacidos, valora el grado de depresión neonatal a los 1, 5 y 10 minutos de vida. El test de Apgar valora 5 ítems: frecuencia cardíaca (no presión arterial), esfuerzo respiratorio, color, movimientos y respuesta a la estimulación. Cada ítem se puntúa entre 0 y 2. De ahí que la puntuación máxima sea 10 (no depresión neonatal) y la mínima, 0 puntos (intensa depresión neonatal). (R1)

	0	1	2
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Lento, irregular	Buena, llanto
Respuesta a la introducción de una sonda nasogástrica	Sin respuesta	Mueca	Tos o estornudo
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menos de 100	Más de 100
Tono muscular	Débil	Ligera flexión de extremidades	Movimientos activos
Color	Azul, pálido	Cuerpo sonrosado, extremidades cianóticas	Totalmente sonrosado

Tabla 1. Test de Apgar

81. La dentición normal a los 8 años consta del siguiente número de piezas dentales:

1. 24.
2. 28.
3. 32.
4. 30.

Gráfico de respuestas

Comentario

En relación con la dentición recuerda que los primeros dientes que aparecen son los incisivos centrales mandibulares en torno a los 6 meses de edad. Los primeros dientes definitivos que aparecen son los primeros molares sobre los 6 años. La dentición normal consta de 20 dientes primarios o de leche y 32 permanentes. A la edad de 8 años los premolares (4 piezas) y los segundos y terceros molares todavía no han hecho su erupción. (R1)



82. Mujer de 25 años que acude al hospital por mal estado general, náuseas con vómitos alimentarios e ictericia de 1 semana de evolución. A la exploración destaca una ictericia cutáneo-mucosa intensa, ligera ascitis sin hepatomegalia y confusión. En los exámenes de laboratorio destaca GOT 3,560 U/ml, GPT 4,520 U/ml, bilirrubina 35 mg/dl con directa de 20 mg/dl, leucocitosis con desviación izquierda, tiempo de protrombina del 20%. ¿Cuál es el diagnóstico MENOS probable?

1. Hepatitis aguda fulminante - VHA.
2. Hepatitis aguda alcohólica.
3. Hepatitis aguda fulminante - autoinmune.
4. Hepatitis aguda fulminante - VHC.

Gráfico de respuestas

Comentario

Teniendo en cuenta las cifras de bilirrubina, la encefalopatía hepática (“confusión”) y el deterioro de los tiempos de coagulación, por supuesto que se trata de una hepatitis fulminante. El patrón enzimático (GPT>GOT) es compatible con las opciones 1, 3 y 4. Sin embargo, en la hepatitis alcohólica se produce justamente lo contrario: GOT>GPT, aparte de que las transaminasas no alcanzarían niveles tan altos. (R2)

83. Señale cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta:

1. El germen característico asociado a la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) en pacientes portadoras de DIU es *Actinomyces israelii*.
2. El riesgo de EIP en pacientes portadoras de DIU aumenta a medida que se prolonga el tiempo desde su inserción.
3. El DIU con levonorgestrel ha demostrado disminuir el riesgo de EIP con respecto al DIU convencional ya que parece tener un efecto protector al espesar el moco cervical.
4. El diagnóstico de EIP durante la gestación es criterio de ingreso hospitalario.

Gráfico de respuestas

Comentario

El riesgo de producir una EIP es mayor los días posteriores a la inserción del DIU, disminuyendo a medida que pasa el tiempo. Cuando se aplica un DIU correctamente en una mujer con un solo compañero sexual y sin antecedentes de ETS, apenas aumenta el riesgo de EIP. (R2)

84. En el tratamiento hormonal de reemplazo con estrógenos. Marque lo FALSO:

1. Disminuye el colesterol levemente.
2. Disminuye LDL.
3. Aumenta los triglicéridos.
4. Disminuye HDL.

Gráfico de respuestas

Comentario

Los cambios en el perfil lipídico producidos por los estrógenos son:

-El colesterol total disminuye levemente. Pero cada componente del colesterol varía en un sentido distinto: El cLDL desciende, mientras que el cHDL sube mucho.

-Los triglicéridos aumentan. (R4)

85. Uno de los siguientes signos clínicos NO es propio de una obstrucción de vena central de la retina. ¿Cuál de ellos?:

1. Alteraciones del campo visual.
2. Defecto pupilar aferente parcial o completo.
3. Imagen funduscópica muy sugestiva.
4. Cefalea retroocular moderada.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta que si lee rápido puede inducirte al error, pero que si se toma su tiempo saca sin dificultad. La clínica de la obstrucción de vena central de la retina es INDOLORA, por lo que la opción 4 debería descartarla a priori. Además las restantes son opciones son correctas. Recuerde que el defecto pupilar de la OVCR suele ser más leve que en la OACR y que clínicamente puede pasar desapercibida, dando la cara más tarde por la aparición de neovasos (sobre todo la variante isquémica). (R4)

86. El tratamiento de elección de un carcinoma de vulva localizado en labio mayor derecho, de 15 mm de diámetro y 2 mm de profundidad de invasión del estroma, es:

1. Excisión local amplia.
2. Vulvectomía simple.
3. Excisión local amplia con linfadenectomía homolateral.
4. Vulvectomía radical con linfadenectomía bilateral.

Gráfico de respuestas

Comentario

El tratamiento de elección del cáncer de vulva es quirúrgico: vulvectomía radical (aunque actualmente se trata de realizar una cirugía menos radical) con o sin linfadenectomía inguino-femoral unilateral, dependiendo del estadio, complementada en fases avanzadas por radioterapia externa.

La linfadenectomía se realiza en estadios I con factores de mal pronóstico, estadio II y en adelante siempre que el tumor sea operable. Estamos ante un caso que supondría estadio T1bN0M0. (R3)

87. Paciente masculino de 37 años que desde hace 4 días presenta dolor en región anal y desde hace 2 días fiebre. En Urgencias se le observa una zona indurada, tumefacta y enrojecida en la zona perianal derecha. A la presión es muy dolorosa. Se le prescriben antibióticos y se le recomienda consulta en Cirugía a las 48 horas. ¿Cuál es el origen más probable de su patología actual?

1. Fisura anal.
2. Rectocele.
3. Fístula anorrectal.
4. Prolapso rectal.

Gráfico de respuestas

Comentario



La fístula anal es un trayecto inflamatorio con un orificio externo en piel perianal, y otro interno en el conducto anal, a nivel de la línea dentada. Se originan en recto y llegan a piel. La mayoría de los pacientes tienen un antecedente de absceso anorrectal, que es probablemente lo que nos están contando en este caso, que a veces asocia drenaje intermitente, aunque en este caso no nos lo mencionan.

El tipo más frecuente es la fístula interesfinteriana, seguida de la transesfinteriana. Las fístulas de evolución crónica pueden experimentar degeneración maligna hacia adenocarcinoma. El tratamiento consiste en fistulotomía más drenaje. Rara vez es necesaria una fistulectomía.

La duda razonable es la fisura anal, cuya clínica es diferente. Se manifiesta como un dolor lacerante durante y tras la defecación, con ligera rectorragia. Este dolor produce un espasmo reflejo del esfínter interno, con hipertonía del mismo, lo que produce aún mayor dolor y una mala irrigación de los bordes de la fisura, lo que dificulta su cicatrización. (R3)

88. La comprobación de aumento de la concentración sérica de alfa-fetoproteína en adultos apunta al diagnóstico de:

1. Absceso hepático piógeno.
2. Cirrosis biliar.
3. Cáncer hepático primario.
4. Cáncer hepático metastático.

Gráfico de respuestas

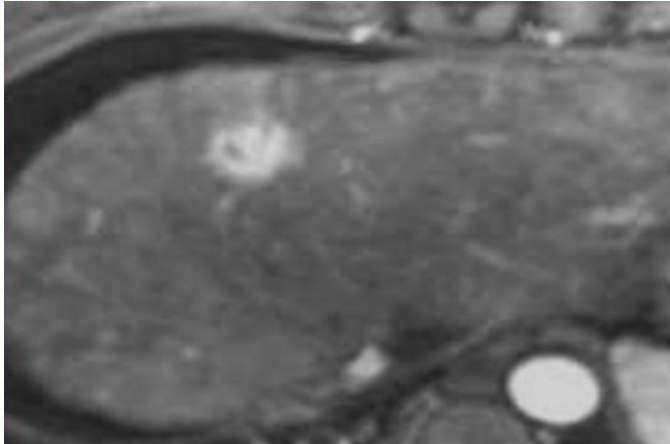
Comentario

La elevación de alfafetoproteína se observa en alrededor del 80% de los carcinomas hepatocelulares. Este marcador presenta sin embargo algunas limitaciones.

Elevaciones leves se pueden encontrar en otras patologías hepáticas, como hepatitis severas o colestasis prolongadas, aunque esto es poco frecuente y además la elevación suele ser de poca cuantía. También podemos encontrar niveles muy elevados en tumores germinales.

Una alfafetoproteína normal no excluye el diagnóstico de carcinoma hepatocelular, ya que existen algunas variantes (como el carcinoma fibrolamelar) en que la alfafetoproteína es normal.

La alfafetoproteína no es adecuada como método de screening en la población. (R3)



89. Paciente masculino de 50 años con cirrosis alcohólica grado B9 de Child, presenta en la TAC lo que muestra la imagen nº 22. ¿Cuál entre los siguientes sería el tratamiento de elección?

1. Quimioembolización.
2. Radiofrecuencia.
3. Alcoholización.
4. Trasplante hepático ortotópico

Gráfico de respuestas

Comentario

La TAC muestra una LOE (lesión ocupante de espacio) única de unos 3 cm. La actitud adecuada ante una LOE única menor de 5 cm o 3 LOEs, cada una de ellas inferior a 3 cm, es la indicación de tratamiento curativo. En aquellos pacientes sin hipertensión portal (HTTP) significativa y sin cirrosis hepática (o cirróticos con Child A), podría realizarse una extirpación. Los que sí poseen HTP significativa, o una cirrosis más avanzada (como en este caso, Child B), es de elección el trasplante hepático ortotópico (THO). En caso de realizarse una extirpación de la lesión, es muy probable que le quedase muy poca reserva funcional hepática, por lo que habría que optar por el trasplante.

En algunos estudiantes genera duda si está indicado el trasplante hepático si fue generado por alcoholismo y la respuesta es sí, tiene todo el derecho siempre y cuando se demuestre por controles periódicos que lleva 6 meses limpio.

90. El epitelio que recubre las paredes del cistoadenoma mucinoso recuerda el epitelio:

1. Tubárico.
2. Endocervical.
3. Endometrial.
4. Exocervical.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta sobre la histología de los tumores de ovario no tiene mucha importancia.



El epitelio que recubre las paredes del cistoadenoma mucinoso es semejante al epitelio endocervical, el de los cistoadenomas serosos al tubarico, el de endometrioma al endometrio.

No olvidemos que el epitelio del endocervix es cilindrico y el del exocervix escamoso. (R2)

91. ¿Cuándo NO está indicado hacer profilaxis antibiótica durante el parto para la prevención de la infección neonatal por estreptococo del grupo B?

1. En la embarazada con screening positivo en vagina o recto en las 5 semanas previas al parto.
2. En la embarazada con el antecedente de un recién nacido con infección por el estreptococo del grupo B.
3. En la embarazada con bacteriuria por estreptococo.
4. En la cesárea programada en la gestante sin traba de parto y con membranas íntegras.

Gráfico de respuestas

Comentario

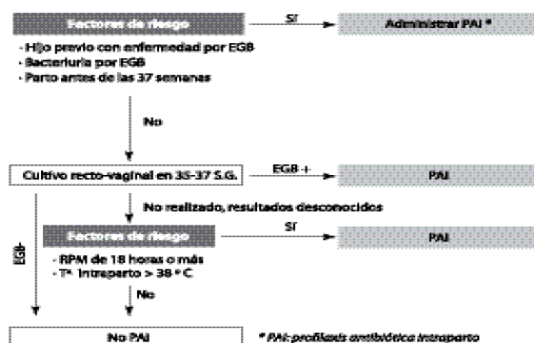
El estreptococo del grupo B es uno de los principales implicados en la sepsis neonatal precoz y forma parte de la flora digestiva y/o vaginal de un 20-30% de las gestantes.

Se debe realizar cultivo vaginal y/o rectal a las gestantes en las últimas semanas del embarazo (35-37) para conocer si son portadoras e indicar profilaxis antibiótica intravenosa intraparto con Penicilina G.

También estará indicada la profilaxis antibiótica en las gestantes con cultivo desconocido o negativo pero que asocien alguno de los siguientes factores de riesgo:

- Prematuridad.
- Rotura prematura de membranas prolongada.
- Corioamnionitis.
- Fiebre intraparto.
- Bacteriuria por estreptococo B durante el embarazo.
- Historia de parto previo de un lactante infectado por estreptococo B. (R4)

Profilaxis de estreptococo B





92. A 2-year-old boy with acute gastroenteritis presents with severe watery diarrhea, continuous vomiting, excessive thirst, drowsiness and low diuresis. He weighed 17.5 kg before the episode and now weighs 15 kg. What is the degree of dehydration and which of the following is the most appropriate way to rehydrate him?

1. Mild dehydration - oral rehydration.
2. Moderate dehydration - intravenous rehydration.
3. Severe dehydration - oral rehydration.
4. Severe dehydration - intravenous rehydration.

Gráfico de respuestas

Comentario

En un niño de esta edad, una pérdida superior al 10% de su peso se considera una deshidratación severa. En este caso, hemos sobrepasado el límite ampliamente, llegando casi al 15%. Observe que, por otra parte, está teniendo una importante repercusión clínica (escasa diuresis y somnolencia). La respuesta correcta sería, por tanto, la 4, ya que en este caso se trata de un caso lo suficientemente grave como para plantearse la rehidratación intravenosa. (R4)

93. Señale la INCORRECTA en relación a la hemorragia digestiva:

1. La endoscopia es útil como herramienta diagnóstica y terapéutica.
2. Si la aspiración nasogástrica es negativa, se excluye hemorragia digestiva alta.
3. La infusión de vasopresina intraarterial no es más eficaz que la vasopresina intravenosa para el control de la hemorragia digestiva por varices.
4. La arteriografía es útil si la lesión sangra de forma activa.

Gráfico de respuestas

Comentario

En el diagnóstico y tratamiento agudo de la hemorragia digestiva, lo esencial inicialmente es valorar la gravedad del paciente, y mantener constantes vitales. Por eso, es primordial canalizar una o dos vías venosas para infundir sueros, expansores de volumen (si fuera necesario) y fármacos, antes de cualquier otra medida. La endoscopia se emplea para ver el foco sangrante directamente y para, si es preciso, esclerosar la varice o coagular la úlcera sangrante, según corresponda. Si la hemorragia es importante, la arteriografía puede aclarar cuál es el vaso sanguíneo que está lesionado. Sin embargo, si el vaciado gástrico es rápido, puede ocurrir que en la sonda nasogástrica no se observen restos hemáticos. (R2)

94. La presión sanguínea de un traumatizado es de 110/70 mmHg después que ha recibido 2000 ml de soluciones IV. ¿Cuál de los siguientes datos sería el mejor indicador clínico de la reposición hídrica adecuada?:

1. Gasto urinario mayor de 30 ml/h.
2. Disminución del pulso a menos de 100/min.
3. Restauración de la temperatura cutánea normal.
4. Desaparición de la hipotensión ortostática.

Gráfico de respuestas

Comentario

Nos encontramos ante un politraumatizado que tras presentar una hipotensión ha recibido 2 L de soluciones iv. Si pensamos en las posibles respuestas, observamos que las cuatro respuestas que nos dan son verdaderas ya que todas marcan una recuperación del estado de choque. Vemos que



hemos recuperado la TA, el siguiente paso para valorar la correcta reposición hídrica es controlar la diuresis, ya que es el mejor marcador de la presión de filtrado renal y por lo tanto del gasto urinario. El resto de respuestas que se dan son signos muy inespecíficos que no valoran directamente el estado de perfusión corporal. (R1)

95. El anticuerpo contra el antígeno Sm se considera patognomónico de la siguiente entidad:

- 1. Conectivopatía mixta.
- 2. Lupus eritematoso generalizado.
- 3. Artritis reumatoide seronegativa.
- 4. Esclerodermia.

Gráfico de respuestas

Comentario

El antígeno Sm es una partícula ribonucleoprotéica que interviene en el procesamiento del pre- RNA mensajero. Los anticuerpos anti-Sm son específicos del lupus eritematoso sistémico y aparecen en un 30-40% de los pacientes con la enfermedad. Junto a los anti- DNA de doble cadena y a los antifosfolípidos constituyen uno de los criterios de clasificación de la enfermedad. (R2)

96. Una niña de 3 años, previamente sana, con esquema de vacunación completo para su edad, comenzó hace 3 días con unas lesiones cutáneas pequeñas, maculosas y rojas, que evolucionaron a vesículas claras en el tórax, cara, muslos y brazos. En la exploración destacan, además, algunas costras y pústulas, 3 pequeñas úlceras en la lengua y paladar, y dos lesiones similares en los labios menores. ¿Cuál es su diagnóstico?

- 1. Primoinfección herpética.
- 2. Síndrome pie-mano-boca.
- 3. Varicela.
- 4. Herpangina.

Gráfico de respuestas

Comentario

Estamos ante un cuadro de varicela. Cursa con la aparición de un exantema polimorfo (coexisten lesiones en distinto estado evolutivo: máculas, pápulas, vesículas, pústulas y costras, se conoce como exantema en cielo estrellado) y pruriginoso (a diferencia del resto de infecciones exantemáticas) que afecta a mucosas y regresa en una semana, sin dejar cicatrices generalmente. (R3)

97. A newborn is being evaluated in the delivery room. His mother had a complicated pregnancy: she did not follow the scheduled controls and she has a history of drug abuse. Physical examination of the child shows almost complete absence of subcutaneous fat and low weight, but height and cranial perimeter are within normal limits for gestational age. What would be an expected complication in this case?

- 1. Hyperglycemia.
- 2. Hypercalcemia.
- 3. Hyperkalemia.
- 4. Polycythemia.

Gráfico de respuestas



Comentario

Polycythemia. Polycythemia occurs in 0.4-12% of newborns. It is more common in large-for-gestational-age and small-for-gestational-age infants than in AGA. It is a condition that is more common if a loss of fetal well-being has occurred. In this case we have a mother who has not had adequate care during her pregnancy. Sustained fetal hypoxia stimulates bone marrow production of red blood cells. (R4)

98. ¿Cuál de las siguientes formas histopatológicas de cáncer de mama es la más frecuente?:

1. Enfermedad de Paget.
2. Cáncer medular.
3. Cáncer ductal infiltrante.
4. Cáncer mucinoso.

Gráfico de respuestas

Comentario

No debemos fallar este tipo de preguntas. Es un dato epidemiológico importante del cáncer de mama. El cáncer ductal infiltrante es el más frecuente, es de carácter invasivo y representa el 70-80 % del total. (R3)

99. Masculino de 24 años presenta cuadros de dolor abdominal desde hace varios meses, con aumento del número de evacuaciones, de una duración aproximadamente una semana y que ceden espontáneamente. Acude al Servicio de Urgencias por un cuadro similar a los previos, pero claramente más intenso, con evacuaciones líquidas y rectorragia. Hb 10.4 mg/dl, Hto 33%, VCM 78 fl, leucocitos 10,200 (83% PMN), VSG 48, plaquetas 390,000, urea, electrolitos y PFH normales, PCR 2.1 mg/dl. Fe 37 mcg/dl. Tránsito intestinal: estenosis a nivel de ileon terminal. La colonoscopia revela úlceras serpinginosas en la mucosa colónica, con afectación parcheada. ¿Cuál de las siguientes bacterias produciría un cuadro más parecido a la enfermedad que padece el paciente?

1. Clostridium difficile.
2. Escherichia coli.
3. Salmonella.
4. Yersinia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Una pregunta de cierta dificultad. Para acertarla, debe saber que las infecciones abdominales por Yersinia pueden cursar como ileítis con cierta frecuencia, imitando clínicamente a la enfermedad inflamatoria intestinal. El parecido puede ser todavía mayor, ya que también pueden asemejarse histológicamente y a nivel de los hallazgos endoscópicos, por lo que la respuesta correcta es la 4. (R4)

100. Una de las siguientes características NO es propia del retraso de crecimiento intrauterino simétrico, ¿cuál?

1. Es frecuente la aparición de malformaciones fetales.
2. Existe un aplanamiento tardío de la curva de crecimiento por ultrasonidos.
3. La relación perímetro cefálico/perímetro abdominal es normal.

4. En etapas precoces, el crecimiento fetoplacentario es predominantemente hiperplásico.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta sobre el crecimiento intrauterino retardado (CIR), que si no estamos atentos nos puede confundir. EICIR simétrico o de tipo I, suele estar causado por déficits nutricionales, infecciones del grupo TORCH, cromosomopatías, con lo que es frecuente encontrarnos con malformaciones fetales. Debido a su etiología, todos los parámetros están disminuidos (por ello, la relación perímetro cefálico/perímetro abdominal es normal), incluida la placenta, en la que podemos demostrar los agentes infecciosos. Una de las características de este tipo de CIR es su precocidad, ya que la noxa etiológica es precoz, y por ello la opción falsa es la 2, porque la detención del crecimiento podemos verla en el ultrasonido de la 20ª semana. Lógicamente, el crecimiento en etapas precoces es hiperplásico (por aumento en el número de células). (R2)

101. ¿Cuál sería su actitud ante una paciente secundípara de 32 años que ingresa de urgencia por convulsiones en la 36 semana de gestación y la exploración revela edemas, T.A. de 140/100 mm Hg, y tonos fetales a 145 lt/min., con una dilatación de 3 cm, bolsa rota y el occipucio fetal en el II plano de Hodge?:

1. Administrar sulfato magnésico e hidralacina intravenosa hasta controlar su estado y proceder a terminar la gestación lo antes posible.
2. Cesárea urgente con anestesia general.
3. Cesárea bajo anestesia epidural.
4. Monitorización fetal y control medicamentoso de la situación materna.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta de vital importancia para el ENARM. El tratamiento en este caso debe conseguir estabilizar a la paciente, para ello se empleará un hipotensor indicado en las crisis hipertensivas, como es la hidralacina.

El tratamiento de elección en la profilaxis de las convulsiones es el sulfato de magnesio y a partir de la 34 semana esta indicado finalizar la gestación.

La vía de parto de elección es la vía vaginal. Si el parto no se hace efectivo en 6 horas, o bien existe alguna complicación materna o sufrimiento fetal, deberemos finalizar mediante una cesárea. La opción correcta es la nº 1. (R1)

102. ¿Cuál es la edad de un lactante que mira el rostro del examinador, sigue un objeto con la mirada, reacciona al sonido y eleva la cabeza.

1. Menor de un mes.
2. Dos meses.
3. Un mes.
4. Cinco meses.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta fácil y básica para el ENARM, siempre preguntan sobre los hitos en el bloque de pediatría. Sobre crecimiento y desarrollo, la respuesta correcta es la 2.



Recuerde los siguientes datos importantes:

1.5 mes: inicia la sonrisa social.

3 meses: inicia el sostén cefálico.

4 meses: toma objetos grandes con la mano .

5 meses: prensión alternante de objetos.

6 meses: inicia la sedestación, que se completa a los ocho meses.

8- 9 meses: oposición del pulgar.

9- 10 meses: inicia la reptación.

10- 11 meses: comienza la bipedestación.

12-15 meses: da los primeros pasos y emite su primera palabra real.

18-22 meses: realiza combinaciones de dos palabras.

2 4 meses: sube y baja escaleras, corre, apila cuatro o seis cubos para formar una torre.

5-10 años: el niño comprende que la muerte es un fenómeno permanente.

(R2)

103. Niño de 7 años de edad que ha participado en una competencia atlética durante la mañana, se acuesta y se levanta a la una de la madrugada en forma brusca con dolor de garganta, dificultad para respirar, tos perruna por lo que es llevado a urgencias. ¿Cuál es su diagnóstico?

1. Absceso amigdalino.
2. Laringitis.
3. Epiglotitis.
4. Crisis asmática.

Gráfico de respuestas

Comentario

La clínica clásica de la laringitis es: dificultad respiratoria, estridor y tos perruna. Existen dos tipos: la viral y la espasmódica. La epiglotitis es siempre infecciosa y cursa con dolor, fiebre alta y mucha dificultad para respirar. (R2)

104. La triada clásica de la endometriosis, que no está presente en todas las pacientes, está constituida por:

1. Amenorrea, dispareunia e infertilidad.
2. Hemorragia, disuria y dispareunia.



3. Dismenorrea, dispareunia e infertilidad.
4. Dismenorrea, disuria e infertilidad.

Gráfico de respuestas

Comentario

La triada clásica es dismenorrea, dispareunia e infertilidad. Respuesta 3.

El dolor es el síntoma más característico y frecuente 95%. Su intensidad es muy variable y se presenta como dismenorrea progresiva que no cede con la toma de ACO. También puede aparecer dispareunia. Las alteraciones menstruales se presentan en un 65%, la infertilidad en un 41%. (R3)

105. Son características de la vacuna DPT, todos menos una:

1. Debe reforzarse a los 16 o 18 meses.
2. El último refuerzo debe hacerse a los 12 años.
3. Puede causar reacción febril en las primeras 24 o 48 horas.
4. Generalmente se aplica junto con la antipolio.

Gráfico de respuestas

Comentario

La vacuna de la difteria tétanos tosferina se administra a los 2 meses, 4 meses, 6 meses 15-18 meses y 4-6 años.

A los 14-16 años se administra un recuerdo del tétanos (TD), por lo que la opción incorrecta es la 2. (R2)

106. Señale la opción FALSA, con respecto a la policitemia neonatal:

1. Es mas frecuente en los hijos de madre diabética.
2. Se diagnostica con un hematocrito capilar > 65%.
3. Puede complicarse con insuficiencia cardiaca, hipoglucemia e hipocalcemia.
4. Es mas frecuente en los RN con bajo peso para su edad gestacional por insuficiencia placentaria.

Gráfico de respuestas

Comentario

La respuesta errónea es la número 2, por que el diagnóstico se realiza en sangre venosa y no capilar, ya que los detectores de Hcto pueden errar en caso de muestras capilares. El resto de respuestas es correcta. (R2)

107. A 30-year-old pregnant woman at 29 weeks' gestation goes to see her obstetrician complaining of a one-week history of lack of fetal movements. Ultrasonography shows absence of fetal vital signs. Blood test results are the following: Fibrinogen 180 mg/dL, PT 17 sec, APTT 30 sec, Platelets 170,000, Hemoglobin 13, Leukocytes 4500. Which of the following is the most appropriate management?

1. Labor induction.
2. Cesarean delivery.
3. Periodic observation.



4. Blood transfusion.

Gráfico de respuestas

Comentario

Labor induction. This case report describes an intrauterine fetal death, confirmed by analytical and ultrasound parameters. The retention of a dead fetus can be life-threatening to the mother, resulting in a consumption coagulopathy. Fetal extraction must be immediate, in a physiological way if possible. (R1)

108. An otherwise healthy 16-year-old girl is brought to the emergency department complaining of progressive lower abdominal pain for the last 4 days. The patient says that she also has fever and a smelly vaginal discharge. Her last menstrual period was 18 days ago. She has one male partner with whom she is sexually active. She takes contraceptive pills. Her temperature is 37,9°C, pulse is 80/min, respirations are 22/min and blood pressure is 115/80 mm hg. Severe bilateral lower quadrant tenderness is noted on abdominal examination. Pelvic examination shows whitish cervical discharge, cervical motion tenderness and bilateral adnexal tenderness. Her haemoglobin concentration is 19.5 g/dL, leukocyte count is 14,200/mm³ and platelet count is 320,000/mm³. Pregnancy test is negative. Which of the following is the most adequate treatment for this patient?

1. Oral doxycycline and intramuscular ceftriaxone.
2. Vaginal clotrimazole.
3. Vaginal clindamycin.
4. Intravenous cephalosporin and vancomycin.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta sencilla sobre enfermedad pélvica inflamatoria. El tratamiento se debe realizar con una cefalosporina de tercera generación asociado a un fármaco con actividad contra gérmenes atípicos (Chlamydia). Respuesta correcta 1. (R1)

109. Recién nacido de 32 semanas y 1,800 g de peso. A las 48 horas de vida presenta ictericia, hepatoesplenomegalia y lesiones cutáneas de aspecto petequiral. En la biometría hemática se aprecia anemia con eritroblastosis y trombocitopenia. En la radiografía de cráneo se observan calcificaciones cerebrales periventriculares. ¿Qué diagnóstico le parece más probable?:

1. Citomegalovirus.
2. Sepsis neonatal.
3. Enfermedad hemolítica del recién nacido.
4. Sífilis congénita.

Gráfico de respuestas

Comentario

La infección por CMV durante el segundo trimestre de gestación puede provocar microcefalia, hepatoesplenomegalia, CID o ictericia, además de las típicas calcificaciones periventriculares.

CMV=Calcificaciones PeriVentriculares (R1)

110. Paciente masculino de 55 años con antecedentes de úlcera gástrica antigua acude a consulta por un cuadro de dolor epigástrico distinto a las epigastralgias anteriores, ya que no cede con la ingesta. Ha perdido unos 10 kg desde que empezó el cuadro hace ya dos meses. En los exámenes de laboratorio se descubre una anemia ferropénica y la exploración física resulta normal salvo por la presencia de un engrosamiento pigmentado de la piel de las axilas asociado a lesiones verrucosas. Su diagnóstico más probable es:

1. Adenocarcinoma gástrico.
2. Adenocarcinoma de páncreas.
3. Gastritis crónica autoinmune asociada a enfermedad de Addison.
4. Glucagonoma.

Gráfico de respuestas

Comentario

El adenocarcinoma gástrico es uno de los tumores que más frecuentemente se presenta con clínica de síndrome general (astenia, anorexia y pérdida de peso), como también puede hacerlo el adenocarcinoma de páncreas; sin embargo, esto no suele observarse en la gastritis crónica ni en la úlcera gástrica. Además, en el adenocarcinoma gástrico, suele haber dolor epigástrico con sensación de plenitud (por la masa tumoral), y sangrado digestivo por pérdidas crónicas, con melenas, y anemia ferropénica. **(R1)**

111. Durante el primer año de vida, generalmente los niños aprenden a:

1. Diferenciar a su madre y familiares próximos de los extraños.
2. Hablar.
3. Controlar la vejiga.
4. Todas las anteriores.

Gráfico de respuestas

Comentario

Tema muy importante para el nacional. Los niños dicen su primera palabra y dan sus primeros pasos en torno los 12 meses. El control vesical suele adquirirse hacia los 3 años, primero el diurno y luego el nocturno. Hablamos de enuresis cuando no se ha adquirido este control a la edad de 5-6 años. **(R1)**

112. La manifestación más frecuente de la toxoplasmosis congénita es:

1. La coriorretinitis.
2. Calcificaciones cerebrales difusas.
3. Microcefalia.
4. Púrpura trombocitopénica.

Gráfico de respuestas

Comentario

Tema que es preguntado casi cada año en el ENARM. La toxoplasmosis congénita es más grave (pero menos frecuente) si la madre contrae la enfermedad durante el primer trimestre de gestación. En esta enfermedad pueden aparecer, bien aislados, bien conjuntamente los ítems que conforman la tétrada de Sabin: coriorretinitis (que es la manifestación más frecuente), calcificaciones cerebrales dispersas, hidrocefalia con aumento del perímetro craneal y crisis convulsivas. **(R1)**

113. Una mujer de 42 años con implantes mamarios consulta por tumor palpable en cuadrantes internos de mama derecha. ¿Qué prueba de imagen debe indicarse para descartar un cáncer?

1. Ultrasonido mamario.
2. Mastografía.
3. Resonancia magnética.
4. PET.

Gráfico de respuestas

Comentario

La resonancia magnética es la técnica más sensible para detectar tumores mamarios, ya que ofrece una fiabilidad muy alta, cercana al 100%. Sin embargo, no puede utilizarse de manera sistemática como sustituto de la mastografía debido a los elevados costos y el mayor tiempo que requiere, así como la necesidad de utilizar contrastes intravenosos.

Su aplicación se limita fundamentalmente a pacientes diagnosticadas de cáncer de mama en las que se desea valorar su extensión y descartar la existencia de lesiones sospechosas en la mama contralateral, en la evaluación de metástasis axilares de origen desconocido, con mastografía negativa, en la detección de recurrencias tras tratamiento conservador y en la evaluación de la paciente portadora de prótesis de mama. (R3)

114. Masculino de 64 años asintomático presenta en la radiografía de la columna dorsal y lumbar intensa osificación de los ligamentos longitudinales anterior y posterior así como extensas excrescencias óseas de distribución irregular entre algunas vértebras, las sacroilíacas son normales. La exploración física no muestra limitaciones de la movilidad. Presenta HLA B27 negativo y factor reumatoide positivo a título bajo. El diagnóstico más verosímil en este paciente es:

1. Espondilitis anquilosante
2. Espondiloartrosis.
3. Hiperostosis anquilosante vertebral difusa.
4. Enfermedad de Paget.

Gráfico de respuestas

Comentario

La imagen característica que nos describen es propia de la hiperostosis anquilosante vertebral difusa, un proceso frecuentemente asintomático propio de varones de edad avanzada. La lesión radiológica típica de la espondilitis anquilosante son los sindesmofitos, formaciones más "finas" uniformes y simétricas. En la espondiloartrosis la lesión radiológica son los osteofitos. Y en la enfermedad de Paget lo típico es la vertebra "en marco". En cuanto a la artritis reumatoide no es propia de ella la afectación del esqueleto axial excepto a nivel de la columna cervical. (R3)

115. Una de las siguientes afirmaciones es CORRECTA respecto a la leucemia prolinfocítica crónica:



1. Suele debutar con leucocitosis moderada (20000-40000/mm³).
2. Se caracteriza por esplenomegalia muy importante.
3. La morfología es indistinguible de la LLC clásica.
4. Responde bien al tratamiento con esteroides.

Gráfico de respuestas

Comentario

La leucemia prolinfocítica, a diferencia de la LLC, presenta células grandes, responde mal al tratamiento y cursa con muy intensa leucocitosis y gran esplenomegalia. Las adenopatías no son características de la enfermedad. (R2)

116. ¿Cuál de las siguientes NO es una indicación de la diálisis?:

1. Paciente con insuficiencia renal aguda, hasta la recuperación de la función renal.
2. Convulsiones, estupor o coma en un paciente con insuficiencia renal terminal.
3. Prurito urémico que no responde al tratamiento conservador de la IRC.
4. Síndrome de piernas inquietas.

Gráfico de respuestas

Comentario

Recuerde que cuando no funciona el tratamiento conservador ante un fallo renal, es el momento de poner en marcha el sustitutivo (diálisis o trasplante). Hay unas indicaciones absolutas de diálisis, recuérdalas: 1. Síntomas urémicos: náuseas, vómitos? 2. Pericarditis urémica 3. Hiperpotasemia no por exceso dietético o tratamiento con IECA 3. Acidosis metabólica severa no controlable con tratamiento médico 4. Sobrecarga de volumen que no sea por transgresión dietética (sal) 5. Edema pulmonar no debido a insuficiencia cardíaca descompensada y que no responda a medidas terapéuticas simples 6. Desnutrición: albúmina inferior a 4 g% que no sea por pérdidas urinarias 7. Encefalopatía urémica: desorientación, confusión, flapping, mioclonías o crisis convulsivas 8. Tendencia hemorrágica con sangrado atribuible a uremia 9. HTA que no responda bien al tratamiento 10. Aclaramiento de creatinina 5 ml/min o concentración de creatinina superior a 12 mg con peso > 70 kg (10 ml/min para pacientes diabéticos). Lo que sí ha de recordar también, es que el prurito es tan sólo indicación relativa de diálisis, y que no suele mejorar con ésta (opción 4 FALSA). (R3)

117. Mujer de 52 años de edad con antecedentes de tiroiditis autoinmune que consulta por presentar desde hace 2 meses dolor abdominal crónico y diarrea acuosa sin sangre, sin esteatorrea y con escasa pérdida de peso. En la biopsia de colon se observa infiltrado inflamatorio mixto, agudo y crónico y engrosamiento de la banda subepitelial de colágeno. El tratamiento de esta paciente puede incluir todo lo siguiente EXCEPTO:

1. Subsalicilato de bismuto.
2. Ciclosporina.
3. 5-ASA.
4. Esteroides.

Gráfico de respuestas

Comentario

Si nos fijamos en la descripción histológica, se trata de un caso clínico de colitis colágena. Su etiología es desconocida, aunque es más frecuente en mujeres. Cursa con diarrea acuosa crónica, típicamente fluctuante. El aspecto macroscópico de la mucosa suele ser normal. Se ha visto asociada a otras enfermedades, generalmente autoinmunes. No tiene un tratamiento específico: se pueden usar antidiarreicos; aunque inicialmente se emplean salicilatos, y si no hay respuesta,



esteroides. No estaría indicado, sin embargo, el uso de inmunosupresores, como la ciclosporina. (R2)

118. En un niño de 2 años de edad, con respecto al tratamiento y manejo del resfriado común. ¿Cuál de las siguientes medias debe evitarse?

1. Uso de antibióticos.
2. Uso de gotas de solución salina.
3. Uso de antihistamínicos.
4. Informar a sus padres sobre la evolución natural de la enfermedad.

Gráfico de respuestas

Comentario

El resfriado común tiene como causa más frecuente la vírica por lo que no se deben añadir antibióticos al tratamiento (opción 1). (R1)

119. La causa más frecuente de atelectasia redonda (síndrome de Blesovsky) es:

1. La tuberculosis pulmonar.
2. La exposición al asbesto.
3. La silicosis.
4. La beriliosis.

Gráfico de respuestas

Comentario

Una pregunta muy difícil, no se preocupe si la ha fallado. La atelectasia redonda se forma a partir de una superficie pleural afectada por un proceso fibrótico. La superficie de la pleura atrapa una parte del pulmón subyacente, de morfología redondeada. Es una de las manifestaciones radiológicas de la asbestosis.

Otras imágenes que pueden verse en esta enfermedad es un patrón reticular de predominio en campos inferiores. Estas zonas pueden unirse a las llamadas placas pleurales, engrosamientos de la pleura parietal que pueden aparecer por la simple exposición crónica al asbesto, sin implicar asbestosis por sí mismas. Lo que sí orienta fuertemente al diagnóstico de asbestosis es la combinación de ambos hallazgos: enfermedad intersticial en campos inferiores + placas pleurales. (R2)

120. De las siguientes ¿cuál es indicación de colecistectomía en una paciente con colelitiasis?

1. Colecistitis alitiásica.
2. Cálculos pequeños múltiples.
3. Vesícula excluida en una colecistografía oral.
4. Todas son indicaciones.

Gráfico de respuestas

Comentario

Todas las opciones que aparecen son complicaciones de la colelitiasis o situaciones de riesgo para ser una potencial complicación como los cálculos pequeños múltiples. (R4)



121. Paciente masculino de 57 años, trabajador de una sauna, en el que usted sospecha una neumonitis por hipersensibilidad. ¿Cuál sería la prueba más útil para el diagnóstico?

1. Fiebre y tos, que aparecen horas después de volver al lugar de trabajo.
2. Linfocitosis en el lavado broncoalveolar.
3. Biopsia pulmonar con hallazgos histológicos compatibles.
4. Aparición de tos y sibilancias después de estudio de provocación en el laboratorio.

Gráfico de respuestas

Comentario

El diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad se basa fundamentalmente en una historia clínica compatible, en la que exista exposición a alguno de los antígenos conocidos. La linfocitosis en el LBA aparece en muchas otras enfermedades respiratorias, como la sarcoidosis, tuberculosis o las micosis. Las precipitinas no son sensibles ni específicas para el diagnóstico de la enfermedad: sólo en los casos de duda diagnóstica importante, hay que recurrir a un test de provocación o, incluso, a una biopsia pulmonar. En este caso, el hecho de ser trabajador de una sauna indica exposición al *Aurebasidium* por contaminación del agua. (R1)

122. Mujer de 38 años que acude al servicio de Urgencias por metrorragia escasa e irregular de varias semanas de evolución. Entre sus antecedentes destacan 3 partos normales y un aborto con legrado. No realiza revisiones ginecológicas. En la exploración se objetiva tumoración a nivel cervical, friable que sangra al roce de 5 cm. No existe afectación parametrial ni se objetivan lesiones en vagina. Se realiza biopsia con el diagnóstico de carcinoma escamoso de cérvix. En la RM de abdomen y pelvis se objetiva tumoración que depende del labio anterior del cérvix de 53x32 mm. ¿En qué estadio se encuentra el tumor?:

1. IB1.
2. IB2.
3. IIA2.
4. IIB.

Gráfico de respuestas

Comentario

El cáncer de cervix es un tema que debe dominar para fines del ENARM. Se nos presenta un cáncer de cervix limitado al cuello, por tanto es un estadio I. Al ser clínicamente palpable y estar autolimitado al cervix es IB, el tamaño tumoral es superior a 4 cm, por tanto es un IB2. Recuerda repasar la clasificación del cáncer de cervix que es fundamental para decidir el tratamiento adecuado en cada caso. (R2)

123. A 12-year-old obese boy comes to his pediatrician reporting a 4-month history of mechanic pain in his right thigh and knee. Physical examination reveals a 1-centimeter discrepancy in the length of his legs and external rotation of his right leg. Which of the following is the most likely diagnosis?

1. Juvenile Idiopathic Arthritis.
2. Slipped Capital Femoral Epiphysis.
3. Stress fracture of the femoral neck.
4. Perthes' disease.

Gráfico de respuestas

Comentario



Slipped Capital Femoral Epiphysis. This disorder is TYPICALLY seen in obese adolescent boys (or pre-adolescent, just like the one described in this question). Genetic factors also contribute. Up to 20% of patients may have bilateral abnormal findings at presentation and 30% may develop bilateral disease, if not treated. TREATMENT: SURGERY. (R2)

124. Un paciente de 66 años, sin antecedentes de interés, ingresa por fiebre de 2 semanas de evolución. Presenta ascitis, sin otros datos relevantes en la exploración. En los exámenes de laboratorio destaca: anemia normocítica y normocrómica (hemoglobina 10 g/dl). Se realizó una ecografía abdominal en la que el hígado era de tamaño y morfología normal, porta de calibre normal, se observaba ascitis y discreta esplenomegalia; el resto de estructuras abdominales no mostraban alteraciones. Se realizó una paracentesis que mostró un líquido ascítico con características de exudado, cultivo negativo al 5º día de incubación, baciloscopia negativa. Señale cuál de entre las siguientes opciones es el diagnóstico más probable:

1. Peritonitis espontánea del cirrótico.
2. Pileflebitis.
3. Brucelosis.
4. Tuberculosis peritoneal.

Gráfico de respuestas

Comentario

Los datos relevantes son: Fiebre, ascitis y esplenomegalia; se trata de un exudado, lo que apoya un proceso que afecte local o difusamente al peritoneo.

Aunque *Leishmania* y *Brucella* cursan con fiebre y esplenomegalia, la afectación peritoneal no es parte del cuadro clínico habitual.

No existen datos en la anamnesis, exploración o estudios complementarios que apoyen la presencia de hepatopatía e hipertensión portal como causa de la ascitis, por lo que podemos descartar la 1ª opción.

Podemos descartar Pileflebitis porque no nos describen trombosis de la Porta, ni un proceso séptico abdominal que haya podido afectar secundariamente a la Porta.

La tuberculosis peritoneal es un cuadro de fiebre y ascitis; las baciloscopias del líquido pueden ser positivas, pero con frecuencia son negativas; en caso de que sean negativas, el procedimiento diagnóstico es la biopsia peritoneal. (R4)

125. Acude a urgencias un niño de 14 meses con un cuadro de irritabilidad paroxística alternando episodios de letargia de 3 días de evolución. Ha presentado algún vómito y los padres informan sobre evacuaciones con restos de sangre. A la exploración el niño presenta un estado general regular, estando muy decaído y tendiente al sueño. A pesar de estar tranquilo, el abdomen está difusamente dolorido y duro a la palpación. Respecto al cuadro que sospecha, ¿cuál es la afirmación INCORRECTA?

1. En este paciente el ultrasonido abdominal sería la prueba complementaria más útil.
2. En el paciente descrito la primera opción terapéutica es la reducción retrógrada mediante un enema de suero y control por ultrasonido.
3. Si se practicara una radiografía de tórax y se observara neumoperitoneo, estaría indicada la laparotomía urgente.
4. Sería probable hallar en este paciente leucocitosis y elevación de reactantes de fase aguda, aunque los exámenes de laboratorio normales no descartan el diagnóstico de sospecha.

Gráfico de respuestas

Comentario

La pregunta describe una invaginación intestinal, la causa más frecuente de obstrucción intestinal entre los 3 meses y los 6 años de edad. La prueba complementaria de elección es el ultrasonido abdominal. Un signo radiológico de perforación intestinal, y por tanto de indicación de cirugía urgente es el neumoperitoneo.

En la invaginación, los datos inflamatorios en los exámenes de laboratorio son inconstantes.

El tratamiento de la invaginación puede ser conservador (reducción de la invaginación con presión retrógrada) o quirúrgico.

El conservador es la primera opción, aunque está contraindicado en casos evolucionados (>48 horas), signos de perforación o peritonitis, inestabilidad hemodinámica, invaginación ileo-ileal...**(R2)**

126. En una paciente gestante de 8 semanas, portadora de distrofia muscular de Duchenne, ¿qué método de diagnóstico prenatal es el indicado?:

1. Determinación de alfafetoproteína sérica materna.
2. Biopsia de corion.
3. Funiculocentesis.
4. Triple cribado de alfafetoproteína sérica materna, fracción beta de la gonadotropina coriónica humana y estriol no conjugado plasmático.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta de dificultad media sobre los métodos de diagnóstico prenatal. Se nos presenta un caso clínico de una paciente en el primer trimestre (8 semanas) en la que hay que descartar que el feto sea portador de distrofia muscular de Duchenne. Se puede sacar esta pregunta por descarte, ya que todas las opciones excepto la 2 (biopsia corial) se realizan en el segundo trimestre. Así, la opción correcta es la 2, porque además de ser la única que se realiza a las 8 semanas de gestación, está indicada para el diagnóstico de trastornos bioquímicos como la enfermedad de Gaucher, Niemann-Pick, Tay-Sachs, distrofia muscular de Duchenne o de Becker, cromosopatías, infecciones fetales (TORCH). En resumen, siempre que necesites un diagnóstico citogenético prenatal antes de las 12 semanas de gestación, recurre a la biopsia corial.**(R2)**

127. La neumatosis intestinal es un signo radiológico típico de:

1. Atresia duodenal.
2. Invaginación.
3. Estenosis hipertrófica de píloro.
4. Enterocolitis necrotizante.

Gráfico de respuestas

Comentario

La expresión radiográfica de la enterocolitis necrotizante es muy variada y sigue una lógica temporal: en los primeros momentos aparece aireación anormal y edema de asas; más adelante ya se observan los dos signos más típicos de la NEC: patrón en miga de pan y neumatosis intestinal. Cuando el cuadro está muy avanzado se puede llegar a ver gas en la porta y neumoperitoneo.**(R4)**

128. Un paciente alcohólico, vagabundo, acude a Urgencias por síndrome febril de larga evolución y deterioro del estado general. A la exploración el paciente está sucio y descuidado y presenta un soplo sistólico en foco aórtico. Se realiza un ecocardiograma que demuestra la presencia de una verruga en la válvula aórtica, a las dos semanas los hemocultivos continúan negativos. Este paciente presenta una endocarditis por:

1. Bartonella quintana.
2. Streptococcus bovis.
3. H. influenzae.
4. C. albicans.

Gráfico de respuestas

Comentario

La endocarditis infecciosa (EI) es un tema muy importante en el examen. Lo más preguntado es la etiología, clínica, tratamiento y profilaxis.

Nos describen una EI en la que los hemocultivos son negativos, y de las 4 respuestas la más probable es la *Bartonella quintana* (RC-1), que se ha descrito con mayor frecuencia en alcohólicos indigentes, como el paciente de este caso. El cuadro se conoce como “fiebre de las trincheras”.

Otros microorganismos que producen endocarditis infecciosa con hemocultivos negativos son los bacilos del grupo HACEK, que precisan medios de cultivo enriquecidos e incubación durante un tiempo prolongado.

Coxiella y *Brucella* son también gérmenes productores de EI con hemocultivos negativos, suelen afectar a la válvula aórtica y, con frecuencia, precisan cirugía para su tratamiento. (R1)

129. Hombre de 63 años de profesión olivareño. Presenta desde hace 3 años unas lesiones en la región facial, el tronco y las extremidades. En la exploración presenta una infiltración difusa de la cara, en especial de la frente con caída de los pelos de las cejas (madarosis) y un aspecto brillante de la piel. Señale la VERDADERA con respecto a su patología:

1. El Mitsuda será positivo.
2. La baciloscopia será negativa.
3. Puede dar lugar a una leproreacción tipo II.
4. Las alteraciones de la sensibilidad son precoces.

Gráfico de respuestas

Comentario

El cuadro clínico del caso que se nos presenta en esta pregunta es muy sugerente de lepra, y basta con examinar las opciones para confirmar nuestra sospecha. Más específicamente es compatible con una lepra lepromatosa (aquella que ocurre en los sujetos cuyo sistema inmune no es capaz de contener bien la infección). En esta forma clínica tendremos un Mitsuda típicamente negativo, baciloscopia positiva (es una forma multibacilar), alteración sensitiva tardía, y tratamiento con tres drogas. Las leproreacciones esperables en esta forma de lepra son las de tipo II, opción 3 es por tanto la correcta. (R3)

130. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones caracteriza mejor a la hemólisis relacionada con el déficit de glucosa 6-fosfato deshidrogenasa (G6PD)?:



1. Es más grave en mujeres que en varones.
2. Provoca la aparición de cuerpos de Howell-Jolly en la tinción de Wright de un frotis de sangre periférica.
3. Se desencadena más frecuentemente por infecciones.
4. El mejor momento para realizar la prueba diagnóstica es durante una crisis hemolítica.

Gráfico de respuestas

Comentario

Existe un grupo de anemias hemolíticas congénitas, donde el defecto se encuentra en las enzimas eritrocitarias. La enfermedad más frecuente con este defecto es el déficit de G6PD, se transmite por herencia ligada al cromosoma X, es decir que mientras los varones son los que padecen la enfermedad, las mujeres pueden ser portadoras asintomáticas. Las crisis hemolíticas pueden estar producidas por muchos factores como por fiebre, favismo, fármacos, acidosis, pero quizá la causa más frecuente está relacionada con infecciones. En el diagnóstico se debe realizar una dosificación enzimática en el hematíe, pero nunca durante una crisis, ya que la sangre periférica en ese momento tiene muchos reticulocitos y estos presentan mayor cantidad de G6PD. Por último en el frotis es posible encontrar cuerpos de Heinz, pero no son patognomónicos del déficit de G6PD. (R3)

131. A 27-year-old female comes to the ER complaining of pain in left lumbar region and dysuria. She is currently 30 weeks pregnant, and she has frequent urinary tract infections (UTI). Physical examination reveals: BP 110/70 mm Hg, pulse 95/min, temperature 37.1°C and positive left renal fist percussion. Urinalysis shows: Hb 3+, leukocytes +3, nitrites 2+. Sediment: 15-20 white blood cells / field and 5-10 erythrocytes / field. Which of the following organisms is the most frequently responsible for UTI in pregnant women?

1. Escherichia coli.
2. Enterococcus faecalis.
3. Streptococcus agalactiae.
4. Proteus mirabilis.

Gráfico de respuestas

Comentario

La respuesta correcta es la 1, E. coli, ya que es la bacteria más frecuente en cualquier población. (R1)

132. A 42-year-old woman with chronic C hepatitis virus infection complains of asthenia, arthralgias, low-grade fever, abdominal pain, dyspnea at rest and paresthesias in her upper limbs. Her body temperature is 37.8°C, blood pressure is 140/95 mm Hg, pulse is 60/min and respirations are 20/min. Which of the following is the most likely diagnosis?

1. Type 2 cryoglobulinemia.
2. Waldenström's macroglobulinemia.
3. Systemic lupus erythematosus.
4. Chronic lymphocytic leukemia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta complicada de Reumatología de una enfermedad poco probable que sea preguntada en el ENARM. La respuesta correcta es la 1. Crioglobulinemia tipo 2.



Los datos a tomar en cuenta son: infección por VHC, asociado a artralgias y sobre todo la neuropatía por el depósito de los complejos inmunes. Faltaría al cuadro clínico las lesiones cutáneas vasculíticas. (R1)

133. A 41-year-old female comes to the ER due to abdominal pain. Her medical history is significant for type I diabetes, and she was started on cephalexin for furunculosis one week ago. Physical examination reveals: temperature 38.5°C, and multiple furuncles on the inner side of both thighs, most of them in regression. Her abdomen is tender on deep palpation in the right lower quadrant, without rebound, and the psoas sign is positive. Rectal examination is unremarkable. Lab tests show: WBC 18 300/mm³, Hb 13.5 g/dl. What should you do next?

1. CT scan of the abdomen.
2. Laparoscopy.
3. Appendectomy.
4. Fluid resuscitation.

Gráfico de respuestas

Comentario

CT scan of the abdomen. In this case, the most likely diagnosis is a psoas abscess, resulting from hematogenous spread of bacteremia from the furuncles. The absence of rebound tenderness in the RLQ makes appendicitis very unlikely. Typical signs and symptoms of a psoas abscess include: fever, lower or back abdominal pain and leukocytosis. A CT scan is required to confirm the diagnosis. (R1)

134. El "delirium" es:

1. Un trastorno del pensamiento.
2. Un trastorno del juicio.
3. Una creencia privada y privativa determinante de la vida de un sujeto a cerca de sí mismo y de su mundo.
4. Un trastorno de la conciencia comprendido dentro de la psicosis reversible de base corporal.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta básico, de conceptos elementales, no puedes fallar por más que intenten confundirte. Existen dos datos dentro de la definición que son importantísimos (de hecho se llama también psicosis sintomática): el deterioro global y agudo se debe a una causa de base orgánica; aunque existen un descenso del nivel de conciencia y de la atención, conforme se agrava se desestructura el pensamiento (incoherente), con frecuencia existen delirios, y aparecen alteraciones sensorceptivas (ilusiones y alucinaciones típicamente visuales, aunque pueden existir de cualquier tipo. No tiene sin embargo relación con las psicosis esquizofrénicas. (R4)

135. Una mujer de 64 años acude a Urgencias por haber presentado, tras haber sufrido un robo en la calle, un dolor torácico opresivo intenso. Llega a Urgencias con el dolor, se realiza un electrocardiograma que muestra elevación del segmento ST en derivaciones V2 a V6. Ante la sospecha de un infarto agudo de miocardio se realiza una coronariografía en la que no se ven obstrucciones coronarias y se aprecia disminución severa de la función ventricular izquierda con aquinesia apical. El diagnóstico más probable sería:

1. Vasoespasmo coronario transitorio.



2. Tromboembolismo pulmonar.
3. Miocardiopatía de esfuerzo (enfermedad de Tako-Tsubo).
4. Disección aórtica tipo B.

Gráfico de respuestas

Comentario

El caso clínico es tan típico que, por sí solo, bastaría para estudiar los aspectos más relevantes de la disfunción ventricular transitoria, o Tako-Tsubo.

El síndrome de Tako-Tsubo, o disfunción ventricular transitoria, se describió en Japón. El nombre es debido a la morfología que adopta el corazón, que se hace semejante a un recipiente que utilizan los japoneses para capturar pulpos, llamado "tako-tsubo". Destacan las siguientes características:

- Es indistinguible de un síndrome coronario agudo (dolor anginoso, elevación enzimática).
- Más frecuente en mujeres mayores de 60 años, sin factores de riesgo cardiovascular.
- No existen lesiones significativas en la circulación coronaria.
- Suele existir un precipitante, normalmente una emoción intensa, como sucede en el paciente de la pregunta, que ha sido robado en la calle. Recuerda que, teóricamente, una descarga catecolaminérgica podría estar relacionada con su patogenia.
- El curso es benigno. En pocas semanas se recuperan las alteraciones de la contractilidad.

Mediante estudios realizados con PET y ecocardiografía con perfusión de contraste, se ha demostrado un descenso del flujo sanguíneo en la región apical y distal del septum. En cambio, en las zonas media y mediolateral, la perfusión está preservada. El caso clínico no puede ser más fiel a lo que hemos descrito. No sería raro encontrarnos preguntas parecidas en los años venideros, ya que es una enfermedad recientemente descrita y que, clínicamente, imita patologías mucho más graves, como un infarto de miocardio. (R3)

136. ¿Cuál es el tratamiento de elección de la neurosífilis?:

1. Penicilina benzatina.
2. Penicilina G sódica.
3. Ampicilina.
4. Cloranfenicol.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta muy básica sobre el tratamiento de la sífilis. El antibiótico de elección en la sífilis en cualquiera de sus fases es la penicilina: a) penicilina G benzatina (dosis única intramuscular de 2.4 millones de unidades) en la sífilis primaria, secundaria y latencia precoz. b) penicilina G benzatina (tres dosis intramusculares en tres semanas consecutivas) en sífilis de más de un año de evolución o duración incierta con LCR sin alteraciones. c) penicilina G acuosa intravenosa (durante 10-14 días) en neurosífilis. Opción 2 correcta. (R2)

137. Respecto al diagnóstico diferencial de Caput succedaneum y Cefalohematoma señale la relación correcta: () El cefalohematoma comprende más de 2 suturas; () El Caput succedaneum se resuelve en 1-2 días; () El Cefalohematoma se presenta luego de horas o días; () La localización más frecuente del cefalohematoma es la región parietal.

1. VVVV.



- 2. FVVV.
- 3. FFVF.
- 4. FVVF.

Gráfico de respuestas

Comentario

La respuesta correcta es la 2.(R2)

	CAPUT SUCCEDANEUM	CEFALOHEMATOMA
	Edema de tejido celular subcutáneo	Hemorragia subperióstica
Inicio	En el momento del parto	Horas después del parto
Respeto suturas	No	Sí
Resolución	En unos días	2 semanas-3 meses
Piel suprayacente	Equimótica a veces	Normal

Tabla 3. Diferencias entre caput succedaneum y cefalohematoma

138. Todas las siguientes son características del ángor variante de Prinzmetal, EXCEPTO:

- 1. El tratamiento de elección es la nifedipina.
- 2. El ECG muestra un patrón de lesión subendocárdica.
- 3. Aparece en reposo.
- 4. Es frecuente la presencia de arritmias ventriculares.

Gráfico de respuestas

Comentario

La respuesta falsa es la 3 pues en el Prinzmetal, lo habitual es que se produzca elevación del segmento ST durante los episodios de dolor, y el ascenso del ST se define electrocardiográficamente como lesión subepicárdica. La lesión subendocárdica, implicaría descenso del ST. El resto de respuestas son correctas. El dolor del vasoespasmio suele ser en reposo, tiene una periodicidad circadiana, pueden producirse arritmias ventriculares durante el episodio y el tratamiento de elección son los calcio antagonistas.(R2)



139. Recién nacido con cianosis y dificultad respiratoria al nacer. A la exploración presenta taquipnea con tiraje subcostal, abdomen excavado y latido cardíaco desplazado a la derecha. Se realiza radiografía de tórax que muestra la imagen. Respecto al cuadro clínico citado, señale la opción FALSA:

1. La hernia de Bochdaleck es la hernia diafragmática más frecuente, sobre todo la derecha.
2. Se produce por un paso de órganos abdominales a la cavidad torácica por alteración en el cierre de los canales pleuroperitoneales posterolaterales.
3. La imagen muestra imágenes circulares aéreas en el hemitórax izquierdo que corresponden con asas intestinales.
4. El diagnóstico se podría haber realizado intraútero mediante ecografía.

Gráfico de respuestas

Comentario

Tal como nos mencionan en el caso clínico, existe en la radiografía un desplazamiento de la silueta cardíaca hacia la derecha. Incluso podemos ver asas de tubo digestivo en el hemitórax izquierdo, que corresponden a intestino. La respuesta falsa es la 1, ya que la hernia de Bochdaleck aparece, en la mayor parte de los casos, en la región posterior izquierda del diafragma. (R1)

140. En relación al manejo más adecuado del RN expuesto en la pregunta anterior señale la respuesta FALSA:

1. Es de gran importancia la estabilización hemodinámica del RN en las primeras horas.
2. Puede ser necesaria la intubación del paciente para evitar la mayor compresión pulmonar que se puede producir con la ventilación con bolsa y mascarilla.
3. La hipertensión pulmonar es uno de los principales problemas asociados a esta patología.
4. El tratamiento quirúrgico debe realizarse de urgencia en las primeras horas para evitar el riesgo de estrangulación de la hernia.

Gráfico de respuestas

Comentario

El tratamiento quirúrgico debe realizarse previa estabilización del paciente. Si se realiza de forma inmediata, los riesgos serían considerablemente mayores. De hecho, las respuestas 1 y 2 podrían haberte servido como pista para saber que la 4 es falsa, ya que insisten precisamente en eso: la necesidad de la estabilización prequirúrgica. (R4)

141. Ante un paciente que presenta frialdad y distanciamiento emocional, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos hacia los demás, indiferencia a la aprobación, a la crítica o a los sentimientos de los demás, amistades íntimas de no más de una o dos personas, entre las que se incluyen los miembros de la familia, sin excentricidades del lenguaje, la conducta o el pensamiento, pensaría usted que padece:

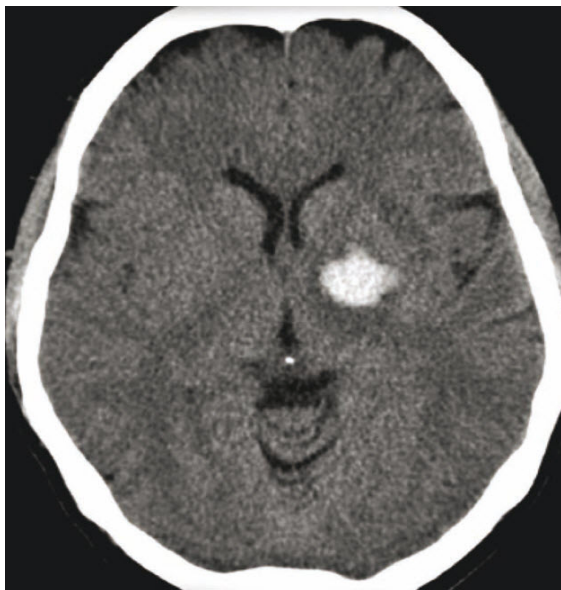
- 1. Trastorno paranoide de la personalidad.
- 2. Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.
- 3. Trastorno borderline de la personalidad.
- 4. Trastorno esquizoide de la personalidad.

Gráfico de respuestas

Comentario

Las respuestas 2, 3 son más fáciles de descartar; la duda principal surge entre las opciones 1 y 4. El paciente pasivo-agresivo es sumiso y no acepta responsabilidades, pero sí tiene sentimientos, y no es indiferente hacia los demás. Tampoco parece un trastorno límite: estos pacientes son precisamente hiperesensibles, sobre todo ante la crítica de otros, con sentimientos muy reactivos (rozan la labilidad emocional). El trastorno paranoide se caracteriza por una constante e inflexible desconfianza hacia los demás, que tampoco nos mencionan.

Para distinguir entre las respuestas 1 y 4, recuerda que el trastorno esquizoide de la personalidad es muy parecido a la esquizofrenia simple. Tienen tendencia al aislamiento, frialdad afectiva, desinterés y pobreza de pensamiento y lenguaje. Estas características encajan perfectamente con el tipo de paciente que tenemos por lo que la opción correcta es la 4. El esquizotípico, en cambio, tendría un pensamiento más lleno de contenido, sobre todo mágico, con conducta y aspecto extravagante, con tendencia a adherirse a sectas. (R4)



142. A 75 years old man with hypertension and dyslipidemia in treatment with clopidogrel and symvastatin, presented to the emergency



department with three hours lost of strength in his right arm and sleepiness. The CT-scan is shown in the picture. Where is the lesion located in?

1. White matter substance.
2. Nigra substance.
3. Thalamus.
4. Hypothalamus.

Gráfico de respuestas

Comentario

Estamos ante una hemorragia intraparenquimatosas, que frecuentemente obedece a la ruptura de arterias situadas en zonas muy profundas del cerebro, como puede haber supuesto en este caso (observa la proximidad a los ventrículos cerebrales). Es frecuente que se asocien con la hipertensión arterial, como factor de riesgo típico. Las localizaciones anatómicas más frecuentes son:

- Putamen (40-45%).
- Tálamo (10-15%).
- Protuberancia (10-15%).
- Cerebelo (10-30%).

Normalmente se deben a la rotura de microaneurismas de Charcot- Bouchard, localizados en pequeñas arterias perforantes.

Esta pregunta podría haberla acertado en base a razones meramente estadísticas. No puede responder el putamen, porque no aparece entre las opciones que ofrecen. Por otro lado, es obvio que no puede tratarse de sustancia blanca subcortical, simplemente porque la hemorragia no es subcortical (observa la gran distancia que la separa de la corteza cerebral). Por frecuencia, debería haberse planteado la respuesta 3, que es la correcta. Y, en cualquier caso, la cabeza del caudado se relaciona con los ventrículos laterales, formando el suelo de su asta anterior, que no es el caso. Tampoco tiene sentido responder hipotálamo, porque este corte tomográfico no está dado a ese nivel, ni sustancia negra (para ser mesencéfalo, la posición de la hemorragia debería ser más medial y posterior). (R3)

143. Adolescente de 16 años de edad, niega relaciones sexuales. Última menstruación 22 días antes de acudir a Urgencias. Refiere dolor intenso y continuo en fosa iliaca derecha. Al examen: pálida, FR: 26 por minuto, PA: 90/60 mmHg, resistencia de la pared abdominal. Exámenes de laboratorio: hematocrito 28%, leucocitos 14,500, bandas 2%, beta-HCG 0.5 mUI/mL. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Rotura de cuerpo lúteo.
2. Anexitis.
3. Pielonefritis.
4. Quiste anexial con pedículo torcido.

Gráfico de respuestas

Comentario



Pregunta de dificultad moderada. Una paciente con antecedente de menstruación hace 22 días y datos en la exploración física de abdomen de irritación peritoneal, con dolor en fosa iliaca derecha debe de descartar la respuesta 4. (R4)

144. Niño de 5 meses que presenta desde hace 48 horas dificultad respiratoria progresiva, y tos intensa que se asocia con vómitos, por lo que deciden acudir a urgencias. Presenta fiebre de 38.5°C, tiraje subcostal, intercostal y supraesternal, sudoración y bamboleo abdominal. La auscultación muestra hipoventilación generalizada y en la palpación abdominal hay hepatomegalia de 2 cm. No refiere antecedentes de cuadros pulmonares. La radiografía de tórax muestra una imagen de condensación en lóbulo superior derecho, desplazamiento de la tráquea hacia dicho lado y ascenso del hemidiafragma derecho. Los exámenes de laboratorio presentan 17,300 leucocitos con 30.2% de neutrófilos, 54.3% de linfocitos, 12.5% de monocitos y 3% de eosinófilos. En la pulsioximetría, la saturación de oxígeno no supera el 90%. ¿Cuál sería la actitud más adecuada en este caso?:

1. Realizar una gasometría, pautar aerosoles de adrenalina, y medidas generales como oxigenoterapia para mantener asegurar un buen intercambio gaseoso y fisioterapia respiratoria.
2. Realizar una gasometría, pautar aerosoles de salbutamol y un ciclo corto de corticoides intravenosos y medidas generales como oxigenoterapia o fisioterapia.
3. Pautar amoxicilina-ácido clavulánico para tratar la neumonía, y oxigenoterapia para mantener el intercambio gaseoso.
4. Realizar gasometría arterial, pautar aerosoles de adrenalina y corticoides sistémicos en ciclo corto además de las otras medidas generales como la oxigenoterapia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta es importante. La dificultad de esta pregunta sobre bronquiolitis viene dada por su extensión.

Nuestra actitud ante un caso de bronquiolitis moderada- grave (saturación de oxígeno < 93%) en un lactante menor de 6 meses es ingresarlo, iniciar las medidas generales como oxigenoterapia y pautar adrenalina en aerosol es el fármaco que ha demostrado mayor eficacia en el tratamiento.

No hay evidencias que apoyen el uso de corticoides. Los antibióticos sólo se deben emplear si existe neumonía bacteriana secundaria. En este caso la imagen radiográfica de condensación en el lóbulo superior derecho se trata de una atelectasia, especialmente frecuente en esta localización, y no de neumonía. En la gasometría de este paciente veremos PO₂ disminuida y PCO₂ aumentada (hipoventilación). (R1)

145. Se puede observar un intervalo QT largo en todas las siguientes situaciones, EXCEPTO una:

1. Síndrome QT largo congénito.
2. Insuficiencia cardíaca.
3. Trastornos electrolíticos.
4. Repolarización precoz.

Gráfico de respuestas

Comentario

El QT se mide desde el inicio del complejo de despolarización ventricular (QRS) hasta el final de la onda de repolarización ventricular (onda T). Su duración es variable con la frecuencia cardíaca, de

forma que cuanto más rápida sea ésta, más corto es el QT (esto tiene aplicación terapéutica en el síndrome del QT largo, ya que se emplean medidas para taquicardizar como un marcapasos o isoproterenol para acortar el QT). La medición por tanto se corrige a la frecuencia cardíaca con la fórmula de Bazett. Si el QT corregido es mayor de 440 ms se habla de QT largo. Las principales causas son la bradicardia, la isquemia, las alteraciones electrolíticas (hipocalcemia, hipomagnesemia, hipopotasemia) y los fármacos. Los fármacos cardiológicos que prolongan el QT son los antiarrítmicos de grupo Ia (procainamida y quinidina) y los del grupo III (amiodarona, dofetilide, ibutilide y sotalol). Los fármacos no cardiológicos que prolongan el QT son muchos, pero los más relevantes son los antihistamínicos, los macrólidos, las butirofenonas (haloperidol), los antidepresivos tricíclicos, los antipsicóticos y los procinéticos. Además existen trastornos genéticos por anomalías en las proteínas canales iónicos de membrana del Na o del K que producen el llamado síndrome del QT largo congénito. Hay hasta 5 tipos descritos en la actualidad. Además uno de ellos afecta al mismo canal que el síndrome de Brugada. En ocasiones se presentan en el contexto de otras anomalías congénitas llamándose síndrome de Jerve - Lange - Nielsen (con sordera congénita, autosómico recesivo) o Romano Ward (sin sordera, autosómico dominante). Todos ellos pueden producir torsada de puntas (taquicardia helicoidal, taquicardia polimorfa ventricular) que puede producir síncope o incluso degenerar en FV y muerte súbita. (R4)

146. En una hernia inguinal indirecta, oblicua o congénita:

1. Es más frecuente en el sexo femenino.
2. Se presenta frecuentemente en ancianos.
3. El saco se desliza con la vejiga.
4. El saco protruye por el processus vaginales que no se obliteró correctamente.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta complicada sobre hernias inguinales.

A partir de la semana 28 de gestación el testículo desciende por el proceso vaginal o conducto peritoneo-vaginal hasta el escroto, sobre la guía del gubernáculum testis, la presión intraabdominal y la acción de la dihidrotestosterona, cerrándose posteriormente antes o inmediatamente después del parto.

La persistencia de este conducto puede ser variable, dando origen a diferentes presentaciones clínicas.

La hernia inguinal indirecta corresponde al 98% de las hernias inguinales del niño y se debe a una amplia persistencia del conducto peritoneo-vaginal. (R4)

147. ¿Cuál de los siguientes fenómenos dermatológicos que podemos encontrar en un neonato NO debe sugerirnos una patología subyacente?:

1. Manchas hipopigmentadas geográficas.
2. Nevus flammeus.
3. Melanosis pustulosa.
4. Manchas café con leche.

Gráfico de respuestas

Comentario



Las manchas hipopigmentadas geográficas sugieren esclerosis tuberosa. Las café con leche, neurofibromatosis. El nevus flammeus puede ser un signo de Sturge Weber.

En cambio la melanosis pustulosa es fisiológica. Són vesiculopústulas que aparecen desde el nacimiento, de localización variable que puede afectar palmas y plantas, en el frotis hay neutrófilos y el cultivo es estéril. (R3)

148. Acerca de la puntuación del Apgar:

1. Es básico para el inicio de la reanimación neonatal.
2. Permite determinar los pasos a seguir en la reanimación neonatal.
3. Muestra la respuesta a la reanimación neonatal.
4. Ninguna de las anteriores.

Gráfico de respuestas

Comentario

El test de Apgar es una forma consensuada de documentar el estado del RN en momentos puntuales. Sirve para evaluar el grado de depresión respiratoria y hemodinámica del RN.

Se ha de hacer a todo RN, independientemente de su edad gestacional, al minuto y a los cinco minutos de vida (y cada cinco minutos hasta los 20 minutos de nacido si la puntuación a los cinco minutos es inferior a 7).

Un test de Apgar bajo en los primeros minutos de vida no sirve para establecer valoraciones pronósticas; no obstante una puntuación inferior a 3 mantenida más allá de los 20 minutos de vida, sí puede predecir una elevada morbilidad. (R3)

149. Niña de 2 años, acude a urgencias traída por la madre por presentar una pápula eritematosa en pierna izquierda, dolorosa, que empieza a formar una lesión ampular en el centro de la lesión. El examen de laboratorio más rápido y sencillo que probablemente le indicará sobre un probable loxoscelismo es:

1. Examen general de orina.
2. Medición de albúmina.
3. Medición de calcio.
4. Ninguna de las anteriores.

Gráfico de respuestas

Comentario

Las picaduras por artrópodos son muy frecuentes en nuestro medio. Las más habituales son producidas por insectos, miriápodos y arácnidos (arañas y escorpiones). El veneno de la araña *Loxosceles* tiene propiedades necrotizantes, hemolíticas, vasculíticas y coagulantes, y el cuadro puede presentarse bajo dos formas bien definidas: loxoscelismo cutáneo y loxoscelismo cutáneo-visceral o sistémico, menos frecuente. En la piel puede provocar graves alteraciones vasculares, con áreas de vasoconstricción y otras de hemorragias que conllevan de inmediato a la isquemia local y a veces a la placa gangrenosa.

No existen exámenes de laboratorio que confirmen el diagnóstico. El examen más importante es determinar la presencia



de hemólisis, hemoglobinuria o hematuria. Luego de 2 a 6 horas posteriores a la mordedura, suele aparecer hematuria que debe ser monitoreada precozmente con sedimento de orina, BH con recuento plaquetario y creatinina. En casos de loxoscelismo cutáneo-visceral estos exámenes deben realizarse periódicamente, además de PT, PTT y tests de función renal. Además, se ha observado que el veneno puede alterar los tests de compatibilidad ABO. (R1)

150. Un aumento en el nivel de alfa fetoproteína en el suero materno puede indicar una alteración de origen genético en el feto. Señale cuál es la más probable:

1. Defectos en el tubo neural.
2. Aneuploidía.
3. Retraso del crecimiento intrauterino.
4. Trasposición de los grandes vasos.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta sobre el screening bioquímico del segundo trimestre.

La alfafetoproteína está elevada característicamente en aquellas gestantes con fetos portadores de defectos del tubo neural (opción 1 correcta) como el mielomeningocele. Recuerde que la alfafetoproteína está muy descendida en madres con feto con síndrome de Down, y que la podemos encontrar elevada en mujeres con tumor del seno endodérmico (tumor de ovario de extirpe germinal altamente maligno). También podemos encontrarla elevada en las gestantes fumadoras. (R1)

151.Cuál de las siguientes NO juega ningún papel en el screening y diagnóstico de las malformaciones fetales:

1. Determinación de beta-HCG en sangre materna.
2. Determinación de alfafetoproteína en sangre fetal.
3. Cariotipo en sangre fetal.
4. Cariotipo del padre.

Gráfico de respuestas

Comentario

El cariotipo del padre no tiene ninguna utilidad en el diagnóstico de malformaciones fetales. Serviría para calcular el riesgo de tener hijos afectados por determinadas enfermedades genéticas y hacer consejo genético. (R4)

152. Masculino de 73 años que ingresa por pancreatitis aguda grave. En la ecografía urgente se observa colelitiasis y el colédoco dilatado, no consiguiéndose visualizar el páncreas. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas debería tomarse a continuación?:

1. Papilotomía endoscópica.
2. Colectomía urgente.
3. Drenaje percutáneo del colédoco.
4. Litotricia biliar urgente.

Gráfico de respuestas

Comentario

Nos encontramos ante un caso de pancreatitis aguda grave de etiología litiásica con datos sugerentes de coledocolitiasis con obstrucción distal del mismo y debemos decidir una actitud específica en este caso. Debemos recordar que en los casos de pancreatitis aguda de etiología litiásica en los existe coledocolitiasis demostrada o esta se sospecha está indicada la realización de una CPRE de forma precoz (antes de las 72 horas) practicándose en el mismo acto una esfinterotomía endoscópica con descompresión de la vía biliar y del conducto pancreático pues esta medida ha demostrado ser eficaz con evolución menos desfavorable de estos casos de pancreatitis frente a aquellos en los que no se practica. (R1)

153. RN de bajo peso para su edad gestacional que, a las 96 h de vida, comienza con llanto agudo persistente, rechazo del alimento, irritabilidad, hipertonia y convulsiones. Presenta rinorrea y obstrucción nasal, así como una frecuencia respiratoria de 55 respiraciones/min y una sudoración excesiva. Entre las actitudes terapéutico-diagnósticas a adoptar ante este caso, NO se encuentra:

1. Administración de líquidos según las necesidades.
2. Administración de clorpromacina.
3. Solicitar opiáceos en orina materna.
4. Administración de naloxona.

Gráfico de respuestas

Comentario

Ante la presencia de hiperexcitabilidad neurológica extrema en un recién nacido (llanto agudo, polifagia, polipnea, taquicardia, convulsiones) junto con síntomas difusos (rinorrea, diarrea), ha de pensar en un síndrome de abstinencia a opiáceos. Lógicamente, no se podría administrar naloxona, porque es el antagonista de los opiáceos y produciría un síndrome de abstinencia mucho mayor. La naloxona puede ser útil en el tratamiento de la intoxicación, pero no en la abstinencia. (R4)

154. Mujer de 35 años que ingresa por fiebre alta y dolor en región anterior del cuello. Refiere malestar general, nerviosismo, insomnio y pérdida de peso. En Urgencias se objetivó leucocitosis y aumento de la VSG. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?:

1. Enfermedad de Graves.
2. Tiroiditis subaguda.
3. Tiroiditis silente.
4. Hashitoxicosis.

Gráfico de respuestas

Comentario

En este caso clínico se describe a una paciente con un cuadro brusco de fiebre, dolor cervical anterior, y con una serie de síntomas que hacen sospechar la existencia de un hipertiroidismo. Dentro de las opciones descritas, la más probable es la tiroiditis subaguda de De Quervain. Recuerde que en esta tiroiditis, el cuadro clínico se inicia de forma brusca con síndrome febril, siendo característica la existencia de un bocio doloroso a la palpación. Otros datos típicos son el antecedente de infección respiratoria previa y la presencia en los exámenes de laboratorio elevación de la VSG así como de leucocitosis. Otro dato importante de esta tiroiditis es el tratamiento. Recuerde que los antitiroideos no se encuentran indicados, y se debe realizar un tratamiento sintomático con antiinflamatorios y betabloqueantes. (R2)



155. ¿Cuál de los siguientes gérmenes coloniza más frecuentemente el esputo de los niños con fibrosis quística?:

1. Estreptococo beta hemolítico.
2. Aspergillus fumigatus.
3. Pseudomonas aeruginosa.
4. Neumococo.

Gráfico de respuestas

Comentario

Es una pregunta que no deberían fallar: además de ser una de las primeras características que deben conocerse de la fibrosis quística, ha sido preguntada de distintas formas varias veces en el ENARM. En una primera fase de la enfermedad los niños presentan infecciones bacterianas debidas a *S. aureus*, *H. influenzae* y otros bacilos Gram negativos. Hasta un 10% de los afectados se colonizan de forma crónica por *S. aureus*, que es el germen más frecuente en los niños pequeños. La *P. aeruginosa*, aparece al final de la primera década, con una frecuencia de colonización crónica del 1-2%, con lo que se llega a una prevalencia del 80% en pacientes mayores de 30 años, siendo de forma global, la colonización más frecuente en estos enfermos. (R3)

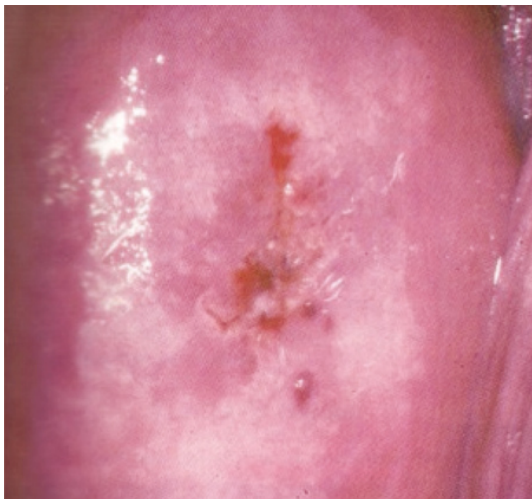
156. Mujer de 30 años, madre de tres hijos acude a urgencias por dolor cólico en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos, y escalofríos. Antecedente de dispepsia a grasas. Al examen: temperatura 38.8°C, no ictericia, Murphy (+). El estudio diagnóstico que recomendaría es:

1. Colangiografía oral.
2. Ultrasonido abdominal.
3. Radiografía de abdomen.
4. Sólo requiere evaluación clínica.

Gráfico de respuestas

Comentario

El mejor método inicial para evaluar la vía biliar y el hígado es el ultrasonido abdominal, por lo que la respuesta correcta es la 2. (R2)



157. Femenino de 30 años que acude a su consulta por una citología positiva para HSIL. Usted realiza una colposcopia y detecta los hallazgos que se muestran en la imagen. Ante dicha imagen debemos:

1. Mantener una actitud expectante puesto que se trata de una imagen en mosaico y realizar nuevo control citológico en 6 meses.
2. Realizar tratamiento con antiinflamatorios locales y nueva citología en 6 meses.
3. Se trata de un hallazgo colposcópico normal, por lo que la paciente realizará nuevo control citológico en un año.
4. Se trata de una zona acetoblanca, por lo que realizaremos una biopsia de la zona.

Gráfico de respuestas

Comentario

De los temas más importantes del bloque de ginecología. Ante una citología cervical alterada, el siguiente paso es la realización de una colposcopia, como han hecho el caso que nos describen. Recuerde que los hallazgos colposcópicos anormales son:

- Epitelio acetoblanco.
- Epitelio yodonegativo.
- Leucoplasia debida a necrosis y queratinización.
- Neoformación vascular.
- Ulceración del epitelio.

Se debe realizar una biopsia de la zona sospechosa y actuar en función del resultado AP que obtengamos. (R4)

158. Señale cual de los siguientes NO parece aumentar el riesgo de sufrir cáncer de cérvix:

1. Obesidad.
2. Promiscuidad.
3. Infección por HPV.



4. Tabaquismo.

Gráfico de respuestas

Comentario

Debe dominar este tema. Tenga cuidado porque, con mucha frecuencia, tratarán que confunda los diferentes factores de riesgo de los cánceres ginecológicos. La obesidad es un factor de riesgo para cáncer de mama y, sobre todo, endometrio. Sin embargo, la infección por VPH y la promiscuidad sexual se asocian al cáncer de cérvix.

Tenga cuidado también con el tabaco, que lo mencionan en una opción. Recuerde que fumar aumenta el riesgo de cáncer de cérvix, pero no de mama. (R1)

159. A 50-year-old woman comes to the emergency room due to severe abdominal pain radiating to the right scapular region and vomiting for the last 6 hours. Her previous medical history is significant for several episodes of the same pain that resolved spontaneously in 30 minutes. BP is 120/60 mmHg, pulse is 90/min, BMI is 32 Kg/m2. Her temperature is 39°C and she has severe tenderness in the right upper quadrant. Abdominal ultrasounds show a gallstone obstructing which of the following?

- 1. Common bile duct.
- 2. Common hepatic duct.
- 3. Cystic duct.
- 4. Pancreatic duct.

Gráfico de respuestas

Comentario

Cystic duct. This patient with acute cholecystitis has multiple risk factors (female gender, obesity and previous history of biliary colics). It results from obstruction of the cystic duct. Obstructions of the common bile duct or the pancreatic duct produce cholangitis (Charcot's triad: pain + fever + jaundice). (R3)

160. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable en un paciente de 33 años con antecedentes familiares de muerte súbita que acude por dolor torácico intenso, de inicio brusco y en reposo y que en la exploración presenta un soplo diastólico precoz y ausencia del pulso radial izquierdo?

- 1. Embolia de pulmón.
- 2. Neumotórax espontáneo.
- 3. Infarto de miocardio con embolia a la arteria radial izquierda.
- 4. Disección aórtica.

Gráfico de respuestas

Comentario

En la disección aórtica se suele describir el dolor como desgarrador o lancinante, aunque en este caso sólo hacen referencia a su intensidad y a la brusquedad de su instauración, lo que también sería una característica. Aun así, lo más importante es la ausencia del pulso radial izquierdo. La asimetría de pulsos orienta fuertemente a esta patología. Ante esto, habría que suponer una disección en los troncos supraaórticos que está afectando a la vascularización del miembro superior izquierdo, de ahí la ausencia del pulso radial.

Recuerde que la disección aórtica suele aparecer en pacientes mayores e hipertensos. Sin embargo, en este caso nos describen un joven de 33 años, lo que no es habitual, a no ser que



presente alguna enfermedad genética que pudiera predisponer a esta enfermedad (de ahí que nos mencionen antecedentes familiares de muerte súbita), como ocurre en el síndrome de Marfan, entre otras patologías del grupo. (R4)

161. Señale qué complicación NO se encuentra en la infección por rubéola adquirida durante la infancia:

1. Artritis.
2. Neuritis.
3. Encefalitis.
4. Cataratas.

Gráfico de respuestas

Comentario

Las complicaciones de la rubéola son las siguientes: artritis de pequeñas articulaciones (más frecuente en mujeres pospúberes), trombocitopenia y alteraciones neurológicas (neuritis, encefalitis, panencefalitis rubeólica). No confunda las complicaciones de la rubéola-exantema con la rubéola congénita, que clásicamente cursa con alteraciones óseas, hipoacusia, alteraciones oculares (entre ellas, las cataratas) y cardiopatía. (R4)

162. Which is the first test that you perform if you suspect a pancreatic cancer?

1. Chest X-ray.
2. Abdominal X ray.
3. Abdominal ultrasound.
4. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP).

Gráfico de respuestas

Comentario

Hay que leer bien. No nos piden la MEJOR PRUEBA de imagen para visualizar un tumor pancreático (que sería la TC), sino la prueba INICIAL (respuesta 3 correcta).

Aunque debemos saber que la mejor prueba de imagen para el diagnóstico y valoración de una masa pancreática es el TAC abdominal, y que incluso en ocasiones el US abdominal no nos permite visualizar bien el páncreas por la interposición de gas de las vísceras huecas, debemos elegir el US como prueba INICIAL. Existen diversas razones para ello, como el ser una prueba barata, rápida e inocua. Por otra parte, nos permite descartar patologías benignas mucho más frecuentes que el cáncer de páncreas y que pueden simular algunos aspectos clínicos de esta enfermedad (como una coledocolitiasis que provoca ictericia obstructiva). Por ejemplo, si demuestra la existencia de colelitiasis y dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, es probable que se trate de una coledocolitiasis, en cuyo caso seguiríamos con una CPRE, no con TC. Por el contrario, si no existe colelitiasis es muy raro que exista una coledocolitiasis por lo que deberíamos realizar un TAC buscando una neoplasia de cabeza de páncreas. (R3)

163. ¿Cuál es la cardiopatía congénita más frecuente en la rubéola congénita?:

1. CIV.
2. Conducto arterio-venoso.
3. Anomalías del arco aórtico.
4. CIA.

Gráfico de respuestas



Comentario

Tema muy importante para fines del ENARM. La cardiopatía más frecuente de la rubéola congénita es el conducto arterioso persistente. En segundo lugar aparecería la estenosis pulmonar. La cardiopatía constituye uno de los ítems de la tríada de Gregg de la enfermedad, junto con la hipoacusia y las alteraciones oculares. El máximo riesgo de cardiopatía se da cuando la madre contrae la enfermedad en las primeras doce semanas de gestación. (R2)

164. De los siguientes efectos secundarios de los anovulatorios, ¿cuál es el más grave?:

1. Sangrado por disrupción.
2. Ganancia de peso.
3. Cloasma.
4. Cefalea migrañosa.

Gráfico de respuestas

Comentario

Es importante que tengamos un conocimiento del mecanismo de acción, los efectos y las contraindicaciones de los anticonceptivos orales pues sí que son preguntados en el ENARM. Aunque sí que debe conocer los principales efectos secundarios, no son los de esta pregunta los más relevantes, que de hecho las podría sacar por descarte. Recuerde que los anticonceptivos se asocian con adenomas hepáticos, aumentan la incidencia de colestasis, pueden producir hipertensión y son un factor de riesgo para la enfermedad tromboembólica y el infarto de miocardio. (R4)

165. Señale cuál de las siguientes infecciones congénitas puede producir síndrome nefrótico congénito:

1. Citomegalovirus.
2. Rubéola.
3. Sífilis.
4. Hepatitis B.

Gráfico de respuestas

Comentario

La sífilis congénita tardía puede dar lugar a una tríada (la de Hutchinson, caracterizada por queratitis, hipoacusia neurosensorial y alteraciones dentarias), a alteraciones neurológicas (paresia juvenil, tabes juvenil), a lesiones óseas deformantes (molares en mora, dientes de Hutchinson, tibia en sable, frontal prominente) y también a un síndrome nefrótico. (R3)

166. Señale la sentencia FALSA en relación con la infección connatal por virus herpes simple (VHS):

1. Es causada principalmente por el VHS tipo II.
2. El parto es el momento de mayor riesgo de transmisión.
3. El método de diagnóstico más útil es la serología viral.
4. Se recomienda realizar cesárea para su prevención.

Gráfico de respuestas

Comentario



El virus herpes simple neonatal se pregunta bastante en el ENARM, quizá más en el adulto que en el niño, pero en cualquier caso debe conocerlo bien. Veamos algunas consideraciones sobre este virus:

Dado que el VHS tipo II es el que suele estar en relación con el canal del parto (herpes genital), es también el que más afecta al recién nacido.

El momento del parto es el de máximo riesgo para la transmisión, puesto que es cuando el RN se pone en contacto con los genitales maternos.

El método diagnóstico de certeza es el cultivo viral. No obstante, también puede emplearse la tinción de Tzanck y la detección de antígeno o del DNA del virus. En cambio, la detección de la IgG sérica viral tiene muy poca utilidad.

La prevención es complicada, porque la mayoría de las madres desconocen su estado de infectadas. Lo que sí sabemos es que el momento de máximo riesgo es el paso fetal a través del canal del parto, que podríamos evitar mediante cesárea. Por ello, ante una mujer con primoinfección sintomática por VHS, estaría justificada la cesárea durante las 24 horas siguientes a la rotura de membranas. (R3)

167. Un paciente que presente: Oftalmoplejia, degeneración retiniana, miopatía, ataxia e hipocalcemia por hipoparatiroidismo idiopático. ¿Qué síndrome presenta?:

1. Enfermedad de Wilson.
2. Síndrome de Kearns-Sayre.
3. SPA tipo 1.
4. SPA tipo 2.

Gráfico de respuestas

Comentario

Hay varios síndromes poco frecuentes que cursan con déficit de PTH. El síndrome de Kearns- Sayre cursa con hipoparatiroidismo, degeneración retiniana, ataxia, oftalmoplejia y miopatía. El síndrome de Di George cursa con hipoPTH por ausencia de las paratiroides, displasia tímica y malformaciones cardiovasculares, todo ello por falta de desarrollo de la 3ª y 4ª bolsas faríngeas de las cuales derivan. La enfermedad de Wilson también puede dar hipoparatiroidismo por infiltración de cobre de las paratiroides. El síndrome poliglandular autoinmune tipo 1 cursa con hipoparatiroidismo, el 2 normalmente no. (R2)

168. En la edad infantil los tumores cerebrales más frecuentes son:

1. Gliomas.
2. Craneofaringiomas.
3. Meduloblastomas.
4. Pinealomas.

Gráfico de respuestas

Comentario

Los tumores intracraneales constituyen uno de los temas más importantes de Neurocirugía.



El tumor intracraneal más frecuente en los niños es el astrocitoma pilocítico, que pertenece a la estirpe glial (RC- 1).

La máxima incidencia de este tumor es la segunda década de la vida (pico de incidencia entre 10-12 años). Desde el punto de vista AP, las fibras de Rosenthal constituyen un dato característico. Se localiza sobre todo a nivel de los hemisferios cerebelosos, y en la RM se muestran como una lesión quística con un nódulo captante en su interior. La extirpación quirúrgica de este tumor consigue curar a este tipo de pacientes, sin necesidad de más terapias complementarias. El pronóstico es excelente en los casos que se consigue la extirpación completa. (R1)

169. El tumor maligno de ovario más frecuente es:

1. Cistoadenocarcinoma seroso.
2. Cistoadenocarcinoma mucinoso.
3. Tumor de células claras.
4. Carcinoma indiferenciado (anaplásico).

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta de tumores de ovario es importante.

El cistoadenocarcinoma seroso es el tumor maligno de ovario más frecuente.

El cistoadenocarcinoma mucinoso es menos maligno y menos frecuente que los serosos.

El tumor de células claras es una variante del adenocarcinoma de endometrio y es el maligno más frecuente en la endometriosis.

El carcinoma anaplásico es muy poco frecuente (R1)

170. Respecto a la infección congénita por CMV, son todas correctas, EXCEPTO:

1. La mayoría de los infectados intraútero están asintomáticos al nacimiento.
2. La microcefalia, calcificaciones periventriculares y la coriorretinitis son los hallazgos más característicos de la forma sintomática.
3. La IgG positiva anti-CMV en el suero del RN es diagnóstica del proceso.
4. Es causa frecuente de sordera y retraso mental.

Gráfico de respuestas

Comentario

De todas las infecciones congénitas, la debida al citomegalovirus es la más frecuente. Se da especialmente cuando la madre padece la primoinfección o cuando está coinfectada por CMV y por HIV.

- Si la madre adquiere la infección durante la primera mitad de la gestación, su hijo puede presentar la tríada sintomática (situación poco frecuente): microcefalia, calcificaciones periventriculares y corioamnionitis.

- Si la adquiere en la segunda mitad (más frecuente), estará asintomático al nacer y después desarrollará hipoacusia neurosensorial.



Para diagnosticarlo, puede recoger un cultivo de orina en la primera semana de vida o determinar la IgM antiCMV en el recién nacido. Lógicamente, la IgG carece de valor, puesto que esta inmunoglobulina atraviesa la placenta y, por ello, es posible encontrarla en sangre del neonato sin que esté infectado. (R3)

171. ¿Qué tratamiento de elección recibiría una mujer de 29 años, con dolor abdominal, dolor anexial, temperatura de 38.2° C, que en los últimos meses ha mantenido relaciones sexuales sin protección, presenta leucocitosis en la biometría hemática y en cuya ecografía se observa en el anexo derecho una imagen de 5x7 cm con el signo de la "rueda dentada"?:

1. Cirugía laparoscópica.
2. Ceftriaxona i.m. dosis única y doxiciclina v.o. 14 días.
3. Amoxicilina y ácido clavulánico vía oral durante 7 días.
4. Anticonceptivos orales durante 6 meses y métodos barrera la primera semana.

Gráfico de respuestas

Comentario

La paciente de esta pregunta reúne criterios para diagnosticar una enfermedad Inflamatoria Pélvica y dado que en la ecografía presenta una imagen compatible con un absceso en el anejo derecho (imagen ecográfica de 5x7 cm con el signo de la rueda dentada) el tratamiento en este caso es quirúrgico. Por ello estará indicada la cirugía laparoscópica para proceder al drenaje del absceso. Además nos permitirá realizar un diagnóstico de confirmación de la patología que sospechamos. Debemos tener en cuenta que asociado al drenaje, debe completar tratamiento antibiótico. (R1)

172. Paciente femenino de 78 años de edad con estenosis aórtica que presenta episodios de hemorragia digestiva baja recurrente sin otra sintomatología, la causa más probable del sangrado es:

1. Angiodisplasia de colon.
2. Colitis isquémica.
3. Isquemia mesentérica crónica.
4. Enfermedad de Crohn.

Gráfico de respuestas

Comentario

La causa más frecuente de hemorragia digestiva baja recidivante en el anciano es precisamente ésta, la angiodisplasia de colon. Recuerde que su confirmación suele realizarse mediante colonoscopia. Existe una asociación con la estenosis aórtica, como sucede en este caso, lo que se conoce como síndrome de Heyde. (R1)

173. ¿Cuál de las siguientes opciones acerca de la bronquiolitis es CORRECTA?:

1. El principal agente causal es el virus respiratorio sincitial, del que hay seis tipos, que van del A al F.
2. El único tratamiento farmacológico que se ha demostrado eficaz es la adrenalina en aerosol.
3. La epidemia de bronquiolitis ocupa, típicamente, los meses de septiembre a enero.
4. El diagnóstico se suele realizar por la detección mediante cultivo del VRS en moco nasal.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta de bronquiolitis es bastante importante ya que resume varios aspectos de interés.

El principal agente causal es el virus respiratorio sincitial, del que hay sólo dos grupos antigénicos, el A y el B. La mayoría de los casos se producen en forma de epidemias anuales entre los meses de octubre a abril (invierno y principios de primavera).

El diagnóstico se suele realizar por la detección de antígeno de VRS en moco nasal mediante técnicas de diagnóstico rápido (inmunofluorescencia). El dato auscultatorio más típico es la presencia de sibilancias en el lactante.

A pesar de que el salbutamol es el fármaco más utilizado en la bronquiolitis, numerosos estudios confirman que los beta-agonistas no son útiles en su tratamiento pero, dado que pueden mejorar a algunos pacientes se utiliza inicialmente. La mejoría puede deberse a que sea el primer episodio de broncoespasmo de un niño asmático o que el episodio actual sea una crisis de sibilancias inducido por otro virus diferente al VRS. El único tratamiento farmacológico que parece eficaz es la adrenalina en aerosol, que disminuye el edema de la pared. (R2)

174. Sobre las convulsiones neonatales, NO es cierto que:

1. Las crisis más frecuentes son las convulsiones tonicoclónicas generalizadas.
2. La causa más frecuente de convulsiones neonatales es la encefalopatía hipóxico-isquémica.
3. Es de mal pronóstico encontrar en el EEG una ausencia de actividad o patrón de “burst – supresión”.
4. Es necesario descartar mediante exámenes de laboratorio la existencia de hipoglucemia o alteraciones electrolíticas.

Gráfico de respuestas

Comentario

Las crisis más frecuentes en el recién nacido son las crisis sutiles, mucho más que las tonicoclónicas generalizadas. (R1)

175. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA sobre los cambios en el ciclo ovárico?:

1. En cada ciclo sólo comienza a madurar un único folículo primordial.
2. Las células de la teca sintetizan estrógenos principalmente.
3. Las células de la granulosa sintetizan andrógenos, estimuladas por la LH en la primera fase del ciclo.
4. El crecimiento de los folículos está estimulado por la hormona foliculoestimulante (FSH) segregada por la hipófisis.

Gráfico de respuestas

Comentario

La FSH estimula en el ovario el crecimiento de la cohorte de folículos primordiales seleccionados. La bajada de FSH selecciona el folículo dominante y la atresia simultánea del resto por exceso local de andrógenos. El desarrollo de la granulosa depende de la FSH y del ambiente estrogénico. El desarrollo de la teca depende de la LH. La teca produce andrógenos que son aportados a la granulosa para que utilizando la aromatasa los convierta en estrógenos. (R4)



176. Señale cuáles son las alteraciones citogenéticas de mal pronóstico en una leucemia mieloblástica:

1. t(8;21).
2. Monosomía 5, 7, cariotipo complejo.
3. Inversión cromosoma 16.
4. Trisomía 8.

Gráfico de respuestas

Comentario

Una pregunta muy difícil sobre las alteraciones citogenéticas de las leucemias agudas.

Dentro de este grupo de enfermedades podemos encontrar aberraciones citogenéticas hasta en un 80% de los casos. Las más frecuentes son las translocaciones, que acaban produciendo la activación de protooncogenes. No obstante, algunas alteraciones son de buen pronóstico, como por ejemplo:

- t(8;12), característica de la LAM M2.
- t(15;17), propia de la LAM M3 (promielocítica).
- inv(16), típica de la LAM m4 con eosinofilia.

La respuesta correcta es la 2. Dicha alteración citogenética, al contrario que las citadas, empeora el pronóstico de las leucemias mieloblásticas.

No obstante, se trata de un dato puramente memorístico y, hasta esta convocatoria, nunca ha salido, te van a preguntar alteraciones mucho más fáciles.

Este tipo de preguntas casi nadie las acertara en un ENARM, y cuando te salgan no debe generar ansiedad, preocúpate por fallar una que todos van a tener bien. (R2)

177. A 55-year-old man comes to the ER due to chest pain on his right side, that started 4 weeks ago, and has not improved since then. He smokes 20 cigarettes per day, and he was diagnosed with dyslipidemia 5 years ago. Besides that, his medical history is unremarkable. Vital signs are: BP 130/89 mm Hg, pulse 73/min and respirations 22/min. Lab tests reveal no abnormalities, and his physical examination is non-contributory. Chest-X ray shows a solitary round lesion in the right upper lung field, that measures 1,5 cm in diameter. You check his medical record and find a chest-X ray that was performed 3 years ago, on which the lesion was not visible. What is the most appropriate next step in the management of this patient?

1. Repeat chest-X ray in 6 months
2. Pulmonary CT-scan
3. Bronchoscopy
4. Surgery

Gráfico de respuestas

Comentario

Pulmonary CT-scan. A solitary pulmonary nodule (SPN) is defined as a discrete, rounded opacity less than or equal to 3 cm in diameter that is completely surrounded by lung parenchyma, does not touch the hilum or mediastinum, and is not associated with adenopathy, atelectasis, or pleural effusion. Lesions larger than 3 cm are considered masses and are treated as malignancies until proven otherwise. Because determining the pretest probability of malignancy is essential in guiding



the management of solitary pulmonary nodules, all patients with SPN should undergo a CT scan of the chest with contrast. CT scanning of the chest has many advantages over plain chest radiography, including better resolution of nodules and detection of nodules as small as 3-4 mm. CT scan images also help to better define the morphologic features of the lesions. Multiple nodules and regions that are difficult to assess on chest radiographs are better visualized on CT scan images. (R2)

178. Un paciente con diagnóstico previo de infección VIH con 600 CD4/ μ l, en tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable, presenta enrojecimiento ocular con dolor y visión de "moscas volantes". Le comenta que a su compañero le aparecieron hace una semana unas lesiones eritematosas que su médico atribuyó al tratamiento con trimetoprim sulfametoxazol. Usted le envía a oftalmología pero sabe que para el diagnóstico será de gran utilidad:

1. Realizar una serología luética.
2. Retirar el tratamiento antirretroviral.
3. Realizar frotis conjuntival.
4. La visión de "moscas" sugiere ingesta de sustancias; pediré tóxicos en orina.

Gráfico de respuestas

Comentario

La uveítis es una forma de presentación de la sífilis secundaria que siempre hay que tener en cuenta. En el caso que se nos presenta con un contexto epidemiológico donde la pareja ha podido tener un exantema, hay que tener en cuenta esta entidad que actualmente es relativamente frecuente como forma de presentación de una lúes secundaria, especialmente en pacientes con VIH. (R1)

179. ¿Cuál de las siguientes enfermedades víricas puede producir un cuadro clínico indistinguible del síndrome de Sjögren?:

1. Herpesvirus.
2. Hepatitis B.
3. Rubéola.
4. Infección por HIV.

Gráfico de respuestas

Comentario

Es una pregunta rebuscada en el síndrome de Sjögren, pero fácil de contestar porque el VIH hace casi de todo. Efectivamente, el VIH es el virus que puede simular un síndrome seco con xeroftalmía y xerostomía además de tumefacción parotídea; puede dar síndromes linfo-ganglionares, puede predisponer al origen de linfomas,? puede "revolucionar" a los linfocitos semejando una enfermedad autoinmune como es el síndrome de Sjögren (pero se encontrarán linfocitos CD8+ y no CD4+). En todo caso la hepatitis C como virus crónico puede también producir un síndrome similar. La sarcoidosis y la amiloidosis pueden simular también un síndrome de Sjögren. (R4)

180. A five-year-old boy presents to his pediatrician with a sudden rash located on his face (especially cheeks) that extended to trunk, with central clearing of the skin lesions. On further questioning, it is known that these lesions worsen after a hot water bath. What would you advise his 15-week pregnant mother to do?



1. Put her at ease, since the majority of pregnant women have antibodies against rubella.
2. Human parvovirus B19 is the causative agent of hydrops fetalis. Therefore, she should avoid contact with the patient.
3. Herpes virus type 6 is associated with a high risk of abortion.
4. The mother should avoid contact because of a high risk of developing complications throughout her pregnancy.

Gráfico de respuestas

Comentario

El eritema infeccioso es una exantemática que presenta como características esenciales dos: cursar sin fiebre y presentar tres fases (1º: exantema en bofetón, 2º: exantema en tronco inespecífico y 3º: aclaramiento central de todas las lesiones). Se puede complicar con crisis de anemia aplásica en niños con anemias constitucionales crónicas, artritis, y en gestantes con abortos e hidrops fetal. (R2)

181. Con respecto a la prueba de la tuberculina, señale el enunciado CORRECTO:

1. Para valorar la prueba se debe medir el diámetro de la zona de eritema a las 72 horas de la inyección.
2. Una prueba negativa permite descartar que el paciente esté infectado por M. tuberculosis. En los individuos infectados por VIH, la situación de inmunodeficiencia es responsable de que
3. al inyectar la tuberculina la reacción sea más intensa, por lo que el límite mínimo para considerar positiva la prueba es de 15 mm de induración.
4. La prueba positiva indica que ha habido contacto entre M. tuberculosis y el sistema inmune (infección), pero no necesariamente que exista enfermedad activa.

Gráfico de respuestas

Comentario

1.- Lo que medimos en esta prueba es la induración, no el eritema.

2.- Existen formas de tuberculosis con Mantoux negativo, como a veces ocurre incluso en la tuberculosis miliar.

3.- Los pacientes VIH, como inmunosuprimidos que son, tienen una respuesta menos intensa a la prueba.

Tal como dice la respuesta 4, la prueba de la tuberculina significa que ha habido un contacto previo entre el sistema inmune y el bacilo, pero no necesariamente enfermedad activa. (R4)

182. Paciente de 30 años que presenta un trastorno caracterizado por fases de decaimiento anímico, inhibición e ideas de culpa, alternantes con estados de exaltación eufórica, hiperactividad y desinhibición. A diferencia de la depresión unipolar, este trastorno es:

1. Más frecuente en mujeres.
2. Más frecuente en individuos de clase social alta.
3. Más frecuente en familiares de pacientes distímicos.
4. De aparición generalmente más tardía que la esquizofrenia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Se trata de un trastorno bipolar. Todos los trastornos psiquiátricos con fuerte carga genética o biológica (psicosis endógenas como el trastorno bipolar y la esquizofrenia, depresión melancólica unipolar, trastorno obsesivo-compulsivo) tienden a la igualdad en ambos sexos. Lo “neurótico”, más sesgado por lo cultural y lo social, está más diagnosticado en el sexo femenino. La probabilidad de que sea un trastorno bipolar aumenta si hay antecedentes familiares de depresión endógena unipolar, pero no está claramente demostrado que esto también ocurra si hay distimia en la familia. Antes se decía que el trastorno bipolar debutaba más tarde que la esquizofrenia, pero se ha visto que debuta también en la adolescencia: ocurre que el curso fásico de la bipolaridad, con restitución a la integridad entre las fases, permite al sujeto alcanzar mayores cotas de adaptación sociolaboral, y mayor demora en el diagnóstico. Por eso, en estudios epidemiológicos transversales (en los longitudinales aún no está claro, aunque parece que también), los pacientes bipolares aparecen como de clase social más alta. De hecho, es el único trastorno que se ha relacionado de un modo sistemático con la “genialidad” y ciertas dotes artísticas y empresariales (en sus formas atenuadas): la 2 es cierta. Los rasgos neuróticos pueden darse, pero no son característicos ni frecuentes en el trastorno bipolar. De hecho, la mayoría de las veces en que se diagnostica “neuroticismo”, se trata realmente de patología bipolar subsindrómica. (R2)

183. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el cáncer de mama:

1. La reconstrucción mamaria después de una mastectomía no interfiere con la historia natural de la enfermedad.
2. Durante los últimos años existe tendencia a realizar resecciones más conservadoras mientras sea posible, acompañadas de radioterapia.
3. La quimioterapia postoperatoria no es una contraindicación para realizar la reconstrucción inmediata.
4. La mastectomía radical modificada (Madden) incluye la extirpación de los músculos pectorales.

Gráfico de respuestas

Comentario

La opción incorrecta es la 4. Dentro de las opciones quirúrgicas de que disponemos para el tratamiento del cáncer de mama, la que incluye la extirpación de ambos músculos pectorales es la mastectomía radical de Halsted. La mastectomía modificada de Madden extirpa tan sólo la aponeurosis del músculo pectoral mayor, pero preserva ambos músculos pectorales siendo, por tanto, mucho menos agresiva para la paciente. (R4)

184. ¿Cuál de estas enfermedades es causa de enfermedad intersticial difusa del pulmón de etiología desconocida?:

1. Asbestosis.
2. Pulmón del granjero.
3. Sarcoidosis.
4. Alveolitis alérgica extrínseca.

Gráfico de respuestas

Comentario

Todas las enfermedades propuestas producen enfermedad intersticial pulmonar, pero sólo la sarcoidosis es de etiología desconocida. La alveolitis alérgica extrínseca o neumonitis por hipersensibilidad comprende un grupo de enfermedades mediadas inmunológicamente y que son secundarias a la exposición a determinados antígenos. Entre ellas se incluye el pulmón del granjero, producida por la exposición al actinomicetos termófilos que está presente en el heno, granos y silos "mohosos". La asbestosis y la silicosis son enfermedades ocupacionales producidas la primera por exposición al asbesto y la segunda por exposición al polvo de sílice. (R3)



185. Masculino de 68 años sin antecedentes de interés, acude al hospital refiriendo dolor precordial opresivo irradiado a hombro izquierdo, que se inició la noche anterior y tras durar ocho horas ya ha desaparecido. Presenta TA de 190/120 mmHg, FC de 100 lpm y no se aprecian signos de insuficiencia cardíaca en la exploración. Su electrocardiograma (ECG) al ingreso muestra ondas Q profundas y elevación de 2 mm del segmento ST en I y aVL. ¿Cuál de las medidas que se proponen NO es adecuada?:

1. Administración sin demora de tratamiento trombolítico.
2. Ingresar en la Unidad Coronaria, monitorización ECG y determinaciones séricas repetidas de enzimas miocárdicas.
3. Dar aspirina por vía oral.
4. Empezar tratamiento con beta-bloqueantes.

Gráfico de respuestas

Comentario

En este caso, el tratamiento trombolítico no estaría indicado. Aunque se suele hablar de 12 horas como límite para el tratamiento de reperfusión, cuando el paciente llega entre las 6 y 12 horas, está sin dolor torácico, y ha desarrollado ondas Q, esto indica que ya "se ha muerto todo el miocardio que tenía que morir", y que por tanto no vamos a obtener beneficio de la fibrinólisis. (resp 1 falsa). El resto son correctas y nos ilustran del tratamiento de la fase aguda del IAM. (R1)

186. Mujer de 60 años, en estudio actual por una hepatopatía de origen no filiada que acude a consultas de neurología por cuadro de 3 días de evolución de alteración de la marcha de semiología atáxica, diplopia y actualmente confusión. ¿Cuál de las siguientes entidades sospecharía usted en primer lugar?

1. Intoxicación por benzodiazepinas.
2. Variante sensitiva del Síndrome de Guillain-Barré.
3. Tumor de fosa posterior.
4. Un déficit carencial por falta de tiamina.

Gráfico de respuestas

Comentario

El grado de de esta pregunta no se encuentra relacionada con la triada descrita, sino con la ausencia de datos claros de "consumo enólico". Únicamente se menciona en la pregunta la hepatopatía de etiología no filiada, sobre la que aparece la típica clínica progresiva del Síndrome de Wernicke, cuyo tratamiento es la vitamina B1 o Tiamina. (R4)

187. ¿Cuál de los siguientes recursos es el más adecuado para tratar la hiperbilirrubinemia (11.2mg/dl) en un lactante de 3 semanas, alimentado al pecho y con crecimiento y desarrollo normales?

1. La fototerapia.
2. La transfusión de recambio.
3. Retirar definitivamente la lactancia materna.
4. Continuar con lactancia materna y tranquilizar a los padres.

Gráfico de respuestas

Comentario

El cuadro que presenta este lactantes es el de un Síndrome de Arias: hiperbilirrubinemia causada por la propia lactancia. En principio no es indicación de suspender la lactancia si los niveles de bilirrubina no se elevan de forma excesiva. **Respuesta 4 correcta.**



188. Una paciente de 58 años de edad con antecedentes de amigdalitis de repetición en la infancia por lo que finalmente fue amigdalectomizada a la edad de 3 años, acude a consulta por disnea progresiva con esfuerzos moderados de 3 meses de evolución. La PA es de 125/75 mmHg, el pulso es irregular a 115 lpm, y en la exploración física se detectan escasos crepitantes en ambas bases, y en ápex se ausculta un chasquido protodiastólico seguido de un soplo diastólico de baja frecuencia con disminución en la intensidad del primer ruido. El ECG muestra fibrilación auricular con respuesta ventricular algo rápida sin anomalías en el QRS ni en la repolarización. Se realiza una radiografía de tórax posteroanterior (imagen vinculada a la pregunta). Respecto a esta paciente señale la opción FALSA:

1. Es probable que la entrada en fibrilación auricular haya ocasionado el deterioro clínico actual.
2. El soplo probablemente muestre un refuerzo presistólico (telediastólico).
3. La fiebre reumática es la causa más frecuente de su valvulopatía.
4. Pueden existir variaciones en la intensidad del primer ruido.

Gráfico de respuestas

Comentario

El antecedente de amigdalitis de repetición, la fibrilación auricular y los datos auscultatorios (chasquido y soplo diastólico) son fuertemente sugestivos de una estenosis mitral de origen reumático. La radiografía adjunta muestra datos favorables a este diagnóstico, como la dilatación auricular izquierda, que seguramente justifica la fibrilación auricular.

La opción falsa es la 2. En la estenosis mitral, cuando el soplo presenta refuerzo presistólico, éste es debido a la contracción de la aurícula. Dado que la paciente está en fibrilación auricular, no podría aparecer este dato auscultatorio. **(R2)**

189. Respecto a la imagen radiológica de la pregunta anterior señale la opción INCORRECTA:





1. Es compatible con una estenosis mitral importante.
2. Existe una marcada elevación anómala del hemidiafragma derecho.
3. La imagen no está correctamente centrada, lo que dificulta su interpretación.
4. Ambos senos costofrénicos están libres de derrame.

Gráfico de respuestas

Comentario

De forma fisiológica, el hemidiafragma derecho está más alto que el izquierdo, considerándose normal hasta unos 2- 3 cm de diferencia. En esta radiografía, la asimetría que presentan no excede estos límites (opción 2 falsa).

El resto de las afirmaciones son válidas. La imagen muestra un crecimiento de la aurícula izquierda, lo cual es compatible con una estenosis mitral (respuesta 1). Es cierto que la imagen no está correctamente rotada, como dice la opción 3. Esto lo sabemos porque las apófisis espinosas no están equidistantes del extremo proximal de las clavículas. Por último, los senos costofrénicos no presentan pinzamiento ni ningún otro tipo de anomalía (opción 4). (R2)

190. Respecto al manejo de esta paciente, señale la opción CORRECTA:

1. No precisa anticoagulación crónica salvo que se planee una cardioversión de su fibrilación auricular.
2. Los betabloqueantes están contraindicados por estar en insuficiencia cardíaca clínica actualmente.
3. El ecocardiograma no permitirá confirmar el diagnóstico y serán necesarias otras pruebas como la resonancia magnética.
4. La digoxina puede ser útil en su tratamiento.

Gráfico de respuestas

Comentario

Con respecto al tratamiento de la paciente en cuestión, podemos decir:

- Dado que se trata de una fibrilación auricular asociada a valvulopatía, la paciente necesita anticoagulación crónica (respuesta 1 falsa).

- La paciente tiene cierto grado de insuficiencia cardíaca (crepitantes auscultatorios, disnea de esfuerzo), pero está compensada. Por lo tanto, no habría inconveniente en este caso para utilizar betabloqueantes (respuesta 2 falsa).

- El ecocardiograma es una técnica lo suficientemente sensible y específica como para valorar de forma adecuada la gravedad de la valvulopatía (opción 3 incorrecta).

La digoxina, en esta paciente, podría tener cierta utilidad. Date cuenta de que la frecuencia cardíaca está en 115. Si conseguimos disminuirla, la diástole será más larga, con lo que mejorará el llenado ventricular izquierdo. Éste es uno de los motivos por el que la digoxina puede ser beneficiosa en la fibrilación auricular con respuesta ventricular rápida. También tiene la ventaja de mejorar la sensación de palpitations que a veces padecen estos pacientes, por su efecto bradicardizante (al bloquear el nodo AV). (R4)

191. El síndrome urémico-hemolítico en el paciente pediátrico ocurre casi siempre después de un episodio de diarrea aguda infecciosa causada por E. coli:



1. Enterotoxigénico.
2. Enterohemorrágico.
3. Enteroadherente.
4. Enteropatógeno.

Gráfico de respuestas

Comentario

El síndrome urémico-hemolítico se caracteriza por la triada de anemia hemolítica microangiopática con presencia de esquistocitos en el frotis de sangre periférica, trombocitopenia, insuficiencia renal y podría agregarse fiebre y muy rara vez alteraciones neurológicas (ya que si se presenta esta pentada estaríamos hablando de PTT). el SUH generalmente esta causado por una E. coli enterohemorrágica O157:H7.(R2)

192. Un niño de 14 años ha sufrido un ataque severo de asma, motivo por el cual ha recibido dosis elevadas de esteroides, aparte de broncodilatadores. ¿Cuál es el mejor criterio, entre los que a continuación se mencionan, para poder reducir la dosis del esteroide utilizado en el ataque agudo, evitando el riesgo de recaída?

1. Desaparición del pulso paradójico.
2. La disminución de la taquipnea.
3. La desaparición de las sibilancias.
4. La normalización del flujo pico.

Gráfico de respuestas

Comentario

Ni la normalización de la gasometría ni la remisión de los signos y síntomas de una crisis asmática pueden predecir que no vaya a haber una recaída. Lo que se emplea como criterio es la normalización del flujo espiratorio pico, que es lo que mejor se correlaciona con lo que está ocurriendo a nivel de la luz bronquial (el broncoespasmo que intentamos revertir).(R4)

193. Hombre que comienza a los 15 días de vida con vómitos proyectivos tras las tomas, progresivamente en aumento hasta vomitar prácticamente todas las tomas. Los vómitos son de contenido gástrico, nunca biliosos, y a pesar de ello, el niño muestra avidez por las tomas. En la exploración, la fontanela está hundida y las mucosas pastosas, siendo normal la palpación del abdomen. En la Rx abdomen se ve una cámara gástrica muy dilatada. ¿Qué NO esperaríamos encontrar?:

1. Alcalosis metabólica.
2. Cetonuria.
3. Hipocloremia e hipokalemia.
4. Hiperkalemia e hipernatriuria.

Gráfico de respuestas

Comentario

En este caso clínico nos presentan a un neonato con vómitos lo suficientemente intensos como para producir deshidratación. Si nos fijamos, se trata de vómitos proyectivos (a distancia) y progresivos (cada vez más intensos). Nunca tienen restos de bilis, lo que inmediatamente debe hacernos pensar en una obstrucción proximal a la ampolla de Vater. La gran burbuja aérea en el estómago indica que probablemente la obstrucción se encuentre a nivel del píloro. Es decir, tenemos una obstrucción pilórica en un varón de 15 días de vida y lo más probable es que se trate

de una estenosis hipertrófica de píloro (si fuera una obstrucción al mismo nivel pero desde el nacimiento, tendríamos que pensar en una atresia pilórica).

La EHP es un cuadro grave que, si no se trata, produce graves alteraciones del medio interno. El recién nacido no absorbe la leche que toma, por lo que se deshidrata (hiperosmolaridad) y desarrolla hipoglucemia (si es mantenida e intensa, con cetosis y cetonuria). Los vómitos continuos suponen una importante pérdida de cloro e hidrogeniones, lo que termina produciendo alcalosis hipoclorémica. Debido a la salida de iones H^+ desde las células en intercambio por potasio para intentar compensar la alcalosis, también aparece hipopotasemia. Por el contrario, la deshidratación estimula el eje renina- angiotensina- aldosterona y, con ello, la reabsorción renal de sodio, por lo que es poco probable la presencia de hipernatriuria. (R4)

194. Indique cuál de las siguientes asociaciones de manifestaciones clínicas es diagnóstica de lupus eritematoso sistémico:

1. Leucopenia ($< 4,000 \text{ mm}^3$, anticuerpos anti-DNAs positivos, eritema malar y crisis comiciales.
2. Leucopenia ($< 4,000 \text{ mm}^3$, linfopenia ($< 1,500 \text{ mm}^3$, trombopenia ($< 100,000 \text{ mm}^3$ y anemia hemolítica.
3. Pleuritis, pericarditis, artritis y anticuerpos antinucleares.
4. Ulceras nasofaríngeas, vasculitis retiniana, artritis, lupus discoide.

Gráfico de respuestas

Comentario

Los criterios diagnósticos de LES es un tema muy importante

El diagnóstico de LES se realiza cuando se encuentran al menos 4 de estos 11 criterios:

1. Eritema malar.
2. Lupus discoide.
3. Fotosensibilidad.
4. Ulceras orales o nasofaríngeas.
5. Artritis.
6. Serositis (pleuritis o pericarditis).
7. Enfermedad renal (proteinuria o cilindros celulares).
8. Enfermedad neurológica (psicosis o convulsiones).
9. Alteraciones hematológicas: leucopenia $< 4,000/\text{mm}^3$, linfopenia $< 1,500/\text{mm}^3$, trombopenia $< 100,000$ plaquetas/ mm^3 o anemia hemolítica. NOTA: aunque tenga 2 o más alteraciones hematológicas, solo se “contabiliza” como un único criterio.
10. Trastorno inmunológico: Ac antiDNAs, antiSm, antifosfolípido o cualquier combinación de ellos.



11. Ac antinucleares.

Si nos fijamos en las respuestas, solo la número 1 cumple 4 de estos criterios. (R1)

195. A 69-year old woman, previously asymptomatic, is scheduled for cataract surgery. Her preoperative lab test shows: WBC count 30,000/ mm³ with absolute lymphocytosis, Hb 12.6g/dl, platelet count 160,000/mm³. The blood smear shows smudge cells (Gumprecht shadows). The immunophenotype is: CD5+, CD19, 20 and 23+, FMC7 negative. What is the most likely diagnosis?

1. Hairy cell leukemia.
2. Mantle cell lymphoma.
3. Chronic lymphocytic leukaemia.
4. Leukemoid reaction.

Gráfico de respuestas

Comentario

Ante una paciente de edad avanzada, asintomática y con linfocitosis en la biometría hemática, debemos sospechar siempre una leucemia linfática crónica. Recordemos además, que esta enfermedad tiene sombras de Grumpecht en el frotis de sangre periférica y su inmunofenotipo es CD5, CD19, CD20 y CD23 positiva. Recordar además, que en pacientes asintomáticos no es necesario tratar la enfermedad. (R3)

196. A 2-year-old child is brought to her pediatrician's office due to fever accompanied by an erythematous rash consisting of superficial bullae and blistering lesions diffusely distributed over her body. She also presents with crusting lesions around mouth. Nikolsky's sign is positive. She recently recovered from an upper respiratory infection but is otherwise healthy. Which of the following is the most likely diagnosis?

1. Staphylococcal scalded skin syndrome.
2. Staphylococcal toxic shock syndrome.
3. Scarlet fever.
4. Atopic dermatitis.

Gráfico de respuestas

Comentario

Staphylococcal scalded skin syndrome. There are two skin diseases that present with a positive Nikolsky sign: bullous pemphigus and staphylococcal scalded skin syndrome. Infectious symptoms associated to fever in this case favours staphylococcal toxin action. Scarlet fever is accompanied by pharyngitis. Herpes zoster infection produces a typical vesicular rash. (R1)

197. Niño de 8 años con síndrome de Down. Desde siempre han observado distensión abdominal y apetito caprichoso. Hace un mes, en un examen rutinario se detectó una anemia microcítica e hipocroma. ¿Cuál de las siguientes actitudes sería la adecuada para diagnosticar la causa más probable de este cuadro clínico?:

1. Determinar Ac antiendomisio IgA y antigliadina IgG.
2. Tratar con hierro oral durante 3 meses, y al finalizar, hacer una BH, ferritina y estudio de hemoglobinas.
3. Determinar ferritina e investigar sangre oculta en heces.
4. Determinar ferritina y hacer un ultrasonido abdominal.



Gráfico de respuestas

Comentario

Lo que debemos sospechar en este caso es una enfermedad celíaca. Tenga en cuenta que esta enfermedad no siempre cursa con un cuadro florido... En muchas ocasiones, se manifiesta con una clínica digestiva poco específica y con el déficit de algún nutriente (en este caso, la anemia que padece es compatible con ferropenia). Por otra parte, la enfermedad celíaca es más frecuente en pacientes con síndrome de Down, detalle que debemos valorar. Dado que nos piden la actitud orientada a la causa más probable del cuadro, habría que dirigir el estudio hacia esta enfermedad (respuesta 1 correcta).

198. Ante una persona que presenta una abolición del movimiento del 5º dedo con una atrofia de la musculatura de la eminencia hipotenar y una debilidad para juntar y separar los dedos entre sí, ¿qué lesión sospecharemos?

1. Lesión del nervio radial.
2. Lesión del nervio circunflejo.
3. Lesión del nervio cubital.
4. Lesión del nervio mediano.

Gráfico de respuestas

Comentario

El nervio cubital, al lesionarse, presenta las siguientes manifestaciones:

- Sensitivas: Hipoestésias y parestesias en el tercio cubital de la palma de la mano, mitad cubital del dorso, quinto dedo y mitad cubital del cuarto.

- Motoras: Dependen del carácter proximal o distal de la lesión:

o Distal: Dificultad para mover el quinto dedo, para separar y juntar los dedos, hiperextensión de las metacarpofalángicas con flexión de las interfalángicas del cuarto y quinto dedo. Signo de Froment positivo.

o Proximal: al cuadro descrito se añade la dificultad para la flexión de la muñeca. (R3)

199. Hombre de 22 años de edad que ingresa en Urgencias tras sufrir accidente de tráfico. Al ingreso el paciente está consciente y orientado, la TA es de 145/80, 140 lpm, el abdomen presenta erosiones superficiales en lo que parece la marca del cinturón de seguridad, siendo doloroso de forma difusa. Progresivamente va cayendo la presión arterial y el paciente comienza con sudoración fría y obnubilación, presentando asimismo distensión abdominal y signos de irritación peritoneal. En los exámenes de laboratorio se detecta Hb de 8 g/dl y Hto de 23%. Ante la situación clínica del paciente, se decide intervención quirúrgica. ¿Qué órgano intraabdominal se habrá lesionado con mayor frecuencia?:

1. Hígado.
2. Riñón.
3. Bazo.
4. Páncreas.



Gráfico de respuestas

Comentario

Esta es una pregunta muy importante para el ENARM y no le debería de plantear ninguna duda si ha estudiado el manual. Le presentan un accidente de tráfico que comienza a deteriorarse hemodinámicamente, sugiriendo hemorragia intraperitoneal. El órgano más frecuentemente lesionado en traumatismos abdominales no penetrantes es el bazo. Clínicamente se observan signos generales de hemorragia y locales de irritación peritoneal en el área esplénica. En raros casos (<5%) puede haber una rotura esplénica diferida por un hematoma eventualmente contenido por la cápsula, manifestándose generalmente dentro de la primera semana tras el trauma. El diagnóstico se establece por ecografía o TC. Si el paciente está hemodinámicamente inestable, la punción-lavado peritoneal es indicación de cirugía sin dilatación. El tratamiento en ausencia de lesiones significativas y de hemorragia persistente puede ser conservador (esplenorrafia), reservando la esplenectomía para lesiones extensas del parénquima. (R3)

200. Recién nacido hace 3 horas, peso de 4.8 kg producto de parto vaginal con dificultades para su extracción, presenta palidez progresiva, anemia severa, datos clínicos de choque y distensión abdominal. Usted sospecharía:

1. Trauma obstétrico con ruptura visceral.
2. Fractura de clavícula.
3. Parálisis diafragmática.
4. Enterocolitis necrotizante.

Gráfico de respuestas

Comentario

En pacientes macrosómicos, con dificultades en el parto, con posterior palidez, anemia, distensión y choque tienes que pensar en ruptura visceral y hemorragia intra-abdominal. **Respuesta correcta 1.**

201. Los principales factores pronósticos de un melanoma en estadio I son:

1. Pigmentación y afectación epidérmica.
2. Localización anatómica y grosor de la lesión.
3. Raza y exposición al sol.
4. Situación hormonal y extensión de la lesión.

Gráfico de respuestas

Comentario

El melanoma es un tema importante para el ENARM dentro del capítulo de dermatología. De los factores mencionados, en el estadio clínico I (lesiones invasivas localmente, sin afectación linfática), el factor pronóstico más importante es la profundidad o grado de invasión vertical del tumor, medida en milímetros, que es lo que se conoce como índice de Breslow (respuesta 2 correcta). En el pasado, se utilizaban los llamados niveles de Clark, que también expresaban el grosor de la lesión según el nivel dermoepidérmico afectado. Se ha visto que es más preciso el índice de Breslow, que mide la profundidad en milímetros desde el estrato granuloso hasta la célula melánica tumoral más profunda. (R2)

202. El siguiente procedimiento corresponde a la Reanimación Cardiopulmonar avanzada:





1. Mantener permeable las vías aéreas.
2. Iniciar la respiración boca a boca.
3. Intubar al paciente y ofrecer oxígeno a presión positiva.
4. Ninguna de las anteriores.

Gráfico de respuestas

Comentario

Aparataje utilizado en RCP avanzada:

- Material para restablecer la vía aérea:

Bolsa Ambú / mascarilla

Material intubación endotraqueal

Respirador de transporte

- Material para instaurar perfusión de drogas y líquidos:

Vía venosa periférica

Vía venosa central

Vía intra ósea

Bombas de perfusión de líquidos (R3)

203. En un niño con una inmunodepresión severa por un cuadro linfoproliferativo. ¿Cuál de las siguientes vacunas estaría contraindicada?

1. Triple vírica (sarampión/rubéola/parotiditis).
2. DTPa (difteria/tétanos/pertussis acelular).
3. Gripe.
4. Antineumocócica.

Gráfico de respuestas

Comentario

La respuesta correcta es la 1 debido a que en cuadros con alteraciones inmunitarias importantes (inmunodeficiencias, tratamiento inmunosupresor intenso y prolongado, radioterapia...) están contraindicadas las vacunas de microorganismos vivos atenuados.

Por tanto, de las vacunas que aparecen en el enunciado la única respuesta posible es la triple vírica. El resto son vacunas de toxoides o antígenos purificados, por lo que no suponen riesgo de infección para un inmunosuprimido. (R1)

204. El tratamiento quirúrgico de elección en los casos de carcinoma de la ampulla de Vater es:

1. Duodenectomía total.



2. Duodenopancreatectomía cefálica.
3. Resección local del tumor.
4. Hepaticoyeyunostomía.

Gráfico de respuestas

Comentario

Actualmente, el tratamiento quirúrgico de elección en el cáncer de la ampulla de Vater sigue siendo la duodenopancreatectomía cefálica, si bien en casos seleccionados puede realizarse una resección local del tumor (ampulectomía). También hay que recordar que en estos casos se puede optar por una modificación de la intervención de Whipple en la que se preserva el píloro. La probabilidad de resección curativa, en estos enfermos, es algo mayor que en los casos de cáncer de páncreas (cáncer de cabeza de páncreas en los que está entre el 10 - 20 %) llegando hasta el 80 %.(R2)

205. Las zonas concretas de un antígeno que determinan la unión con los anticuerpos reciben el nombre de:

1. Paratopos.
2. Mesotopo.
3. Epitopos.
4. Isotipos.

Gráfico de respuestas

Comentario

El epítopo es la región concreta de un antígeno donde se une el anticuerpo (entre 15 y 20 aminoácidos). Un antígeno suele tener varios epitopos distintos. El conjunto de todos los epitopos constituye una fracción muy minoritaria de la estructura del antígeno. Recuerda que a los epítomos también se les llama determinantes antigénicos.(R3)

206. NO es propio de la nefropatía diabética:

1. Asociación frecuente con retinopatía y neuropatía.
2. Gotas capsulares.
3. Hematuria y proteinuria en el sedimento.
4. Hiporreninismo hipoaldosteronémico.

Gráfico de respuestas

Comentario

Mientras que la proteinuria puede aparecer a lo largo del desarrollo de la nefropatía diabética, la hematuria nos haría pensar en otra patología, ya que no aparece en la nefropatía diabética. La respuesta 4 es correcta, ya que puede generar una acidosis tubular renal tipo IV.(R3)

207. Una paciente secundigesta, con antecedente de parto vaginal anterior, ingresa en su 34ª semana de gestación por parto en curso. Mediante tacto vaginal se diagnostica dilatación de 6 cm y presentación pélvica (nalgas puras), variedad S.I.I.A., en II plano. Por USG se estima que el peso fetal estará comprendido entre 2,100 y 2,300 g. Señale la conducta obstétrica CORRECTA:

1. Dejar evolucionar hasta periodo expulsivo y practicar maniobras de ayuda manual para abreviar el periodo expulsivo tras la salida del ángulo inferior de la escápula.



2. Permitir la evolución hasta periodo expulsivo y finalizar éste mediante aplicación de fórceps para evitar la distocia de cabeza última.
3. Terminar el parto mediante cesárea.
4. Determinar la actitud de la cabeza fetal mediante una radiografía simple del abdomen materno.

Gráfico de respuestas

Comentario

El parto en presentación pelviana puede intentar realizarse por vía vaginal en caso de cumplir TODOS los requisitos:

- Edad gestacional igual o mayor 36 semanas.
- Peso estimado 3500 gr.
- DBP < 96 mm.
- Pelvis materna adecuada.
- Modalidad de nalgas puras o completas.
- Cabeza flexionada o indiferente.
- Ausencia de anomalías fetales, impedimentos o contraindicaciones para la vía vaginal.
- Ausencia de cicatrices uterinas.

En este caso la EG son 34 s y el peso aproximado es 2000 gr, por lo que la conducta obstétrica correcta será realizar una cesárea. (R3)

208. Una de las siguientes respuestas NO forma parte del espectro de lesiones cutáneas de la esclerosis tuberosa:

1. Xantogranulomas faciales.
2. Máculas hipopigmentadas en hoja de fresno.
3. Angiofibromas.
4. Placas de piel "Chagrén".

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta de baja importancia ya que se trata de una enfermedad muy rara en el ENARM. La esclerosis tuberosa es un cuadro caracterizado por una marcada afectación neurológica, en forma de epilepsia y retraso mental, junto con lesiones cutáneas y afectación visceral. Entre las manifestaciones cutáneas patognomónicas de esta patología se encuentran los angiofibromas faciales (mal llamados adenomas sebáceos de Pringle) y los fibromas periungueales y subungueales (tumores de Koenen). Las lesiones cutáneas más precoces son las manchas hipocrómicas lanceoladas, que se ven en la mayoría de los pacientes pero no son específicas. A veces estas manchas se ven también en el cuero cabelludo dando lugar a un mechón de pelo blanco que se denomina poliosis. Otra lesión que se puede observar es la placa de piel de chagrén que es una placa de piel engrosada de tonalidad pardo-amarillenta, elevada y rugosa localizada en la región lumbosacra. No son característicos los xantogranulomas faciales. (R1)

209. A 60-year-old man comes to the ER complaining of 2 episodes of hemoptysis over the past week. His previous medical history is significant for hypertension and a 3-year history of productive cough. He is otherwise asymptomatic. He denies weight loss. He has smoked two packs of cigarettes per day since he was 20. He works as a carpenter. Blood pressure is 139/78mmHg, pulse is 65/min, temperature is 37.0°C and respiratory

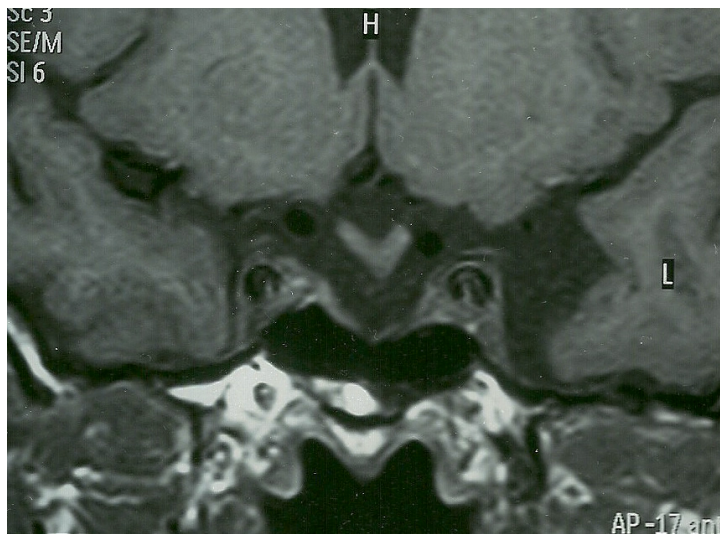
rate is 20/min. Scattered rhonchi are heard on lung auscultation. Which of the following is the most likely cause of his hemoptysis?

1. Lung cancer.
2. Chronic bronchitis.
3. Pleural effusion.
4. Aortic stenosis.

Gráfico de respuestas

Comentario

Chronic bronchitis. Chronic bronchitis is defined as a productive cough that lasts three months or more per year for at least two years. Most people with chronic bronchitis have chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Smoking is the most common cause, with a number of other factors such as air pollution and genetics playing a smaller role. Bronchitis (acute or chronic) is the most common cause of coughing up blood. Hemoptysis due to bronchitis is rarely life-threatening. (R2)



210. **AP-17 ant** Una mujer de 35 años, en estudio por cefaleas de repetición, presenta en la RMN la siguiente imagen. La paciente no refiere antecedentes personales de interés, encontrándose asintomática, y en el estudio hormonal hipofisario sólo se encuentra una leve hiperprolactinemia (PRL: 40 ng/mL). Según estos datos y la imagen mostrada, señale el diagnóstico más probable:

1. Macroadenoma hipofisario no secretor.
2. Microprolactinoma.
3. Macroprolactinoma.
4. Silla turca vacía.

Gráfico de respuestas

Comentario

En este caso clínico se aprecia en la imagen un corte coronal de una RMN craneal. En la silla turca, en el lugar donde debería encontrarse la hipófisis, se observa que no existe tejido tiroideo, sino que se encuentra ocupado por líquido cefalorraquídeo. Esta es la imagen radiológica que define a la silla turca vacía (respuesta correcta 4). Algo muy típico de esta imagen, es observar como se dispone el quiasma óptico, que se aprecia en la imagen con hiperintensidad y con la forma característica en "V". En esta imagen no se aprecian masas hipofisarias, por lo que el resto de las opciones son falsas. (R4)

211. En relación al diagnóstico de la paciente, señale la opción CORRECTA:

- 1. El tratamiento de elección será la cirugía transesfenoidal.
- 2. No es preciso iniciar tratamiento con agonistas dopaminérgicos al presentar un microprolactinoma y encontrarse asintomática.
- 3. Dada la extensión tumoral, la paciente presentará defectos visuales con mucha probabilidad.
- 4. En su patogenia, está relacionado el aumento de presión del líquido cefalorraquídeo.

Gráfico de respuestas

Comentario

La silla turca vacía se clasifica en primaria o secundaria. En la primaria no existe evidencia de un tumor preexistente, y dentro de los mecanismos patogénicos relacionados con su aparición, figura el aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo (respuesta correcta 4). No suelen existir alteraciones hormonales o bien una mínima hiperprolactinemia. Sólo requiere tratamiento quirúrgico si existen defectos campimétricos o fístula de líquido cefalorraquídeo. La silla turca vacía secundaria se produce como consecuencia de un infarto o destrucción hipofisaria tras tratamiento quirúrgico o radioterápico, y se suele asociar a panhipopituitarismo. (R4)

212. A 9 year-old boy with growth failure presents with polyuria, hypokalemia, hyperchloremic metabolic acidosis, hypercalciuria and alkaline urine. Which of the following is FALSE, according to these findings:

- 1. The renal reabsorption of potassium, and the concentration of the urine is abnormal.
- 2. Urinary excretion of ammonia is as high or higher than in normal individuals with equal urine pH.
- 3. In children, growth failure is due to rickets, that responds only to the administration of adequate doses of calcium and vitamin D.
- 4. The formation of calcium phosphate stones is favoured by this condition

Gráfico de respuestas

Comentario

Se trata de una pregunta muy compleja sobre enfermedades tubulointersticiales renales en pediatría.

Nos hablan de una acidosis tubular renal distal o tipo I, ya que presenta poliuria, hipokalemia, acidosis metabólica hiperclorémica e hipercalciuria, asociado a alcalinización urinaria.

La respuesta 1 se descarta por obvias razones, ya que menciona que hay poliuria e hipokalemia, por lo que estará alterada la reabsorción de potasio y la concentración urinaria alterada.

La respuesta 4 se descarta ya que al tener hipercalciuria, existe un mayor riesgo de formar litos de fosfato cálcico.

La duda estaría entre la respuesta 2 y la 3; sin embargo la errónea es la 3, ya que hablan de un raquitismo, el cual no condiciona todas las alteraciones metabólicas previamente descritas (afectaría más al calcio, vitamina D, PTH). (R3)

213. Todo lo siguiente es apropiado para el tratamiento de la laringotraqueobronquitis viral aguda, EXCEPTO:

- 1. Antibióticos.



2. Antipiréticos.
3. Adrenalina racémica.
4. Corticosteroides.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta acerca del tratamiento de la LAV es interesante.

La humidificación del ambiente tiene como objetivo fluidificar las secreciones y evitar la desecación de la mucosa pero no hay estudios que avalen su eficacia. Debe ser evitada cuando se demuestre estresante para el niño.

Los corticoides suelen formar parte del tratamiento habitual. Si el crup es leve: dexametasona vo en dosis única, si es moderado se añade budesonida inhalada.

La adrenalina se considera efectiva por su efecto vasoconstrictor además de relajar la musculatura bronquial y se reserva para casos graves.

Los antibióticos solo están indicados en caso de sobreinfección bacteriana documentada(R1)

214. Una paciente le trae un informe de la biopsia de un tumor melánico cutáneo que dice "compatible con melanoma maligno en estadio de Clark III". ¿Qué es FALSO?:

1. Existe controversia respecto a la realización de linfadenectomía en tumores con ese nivel de invasión.
2. La lesión deberá ser extirpada con márgenes de resección de 5 centímetros.
3. Su supervivencia será cercana al 90% a los 5 años, si se trata adecuadamente.
4. El nivel de Breslow sería aún más fiable que el de Clark, de cara a hacer estimaciones terapéuticas y pronósticas.

Gráfico de respuestas

Comentario

El tratamiento quirúrgico del melanoma incluye márgenes de resección, que serán de 1 cm si el índice de Breslow es inferior a 1 mm, y de 2 cm si es de uno o más milímetros. Lo que no está justificado es hacer "excavaciones" de 5 cm de radio, porque serían muy difíciles de cerrar y además no aportan nada respecto a los márgenes que habitualmente se usan.(R2)

215. El botulismo es una enfermedad paralizante desencadenada por potentes neurotoxinas producidas por el Clostridium botulinum, que pueden ocasionar la muerte del paciente. Señale cuál de las siguientes opciones caracteriza al cuadro neurológico de los pacientes afectados:

1. Parálisis ascendente junto con alteraciones sensitivas.
2. Parálisis descendente simétrica con manifestaciones sensoriales.
3. Parálisis generalizada de instauración fulminante con predominio en miembros inferiores.
4. Parálisis aislada de músculos extensores de miembros, con la instauración característica de temblor intencional.

Gráfico de respuestas

Comentario



La toxina del *C.botulinum* actúa a nivel presináptico en la placa motora, inhibiendo la liberación de acetilcolina e impidiendo así la contracción de la musculatura. Se han descrito ocho tipos de toxina (A, B, C1, C2, D, E, F y G). Todas ellas son neurotoxinas, excepto la C2, que es una citotoxina de significado incierto.

La afectación típica consiste en una parálisis flácida (reflejos disminuidos), descendente y bilateral: comienza con la participación de los nervios craneales y se extiende a las extremidades, incluyendo manifestaciones sensoriales (¡ojo! NO sensitivas) como la diplopía. Por otra parte, no hay afectación del nivel de conciencia, el LCR siempre es normal y que es característica la ausencia de fiebre, a pesar de ser un cuadro infeccioso, ya que está mediado por toxinas, carentes de acción pirógena. (R2)

216. A 33-year-old male with AIDS comes to the clinic with progressive diarrhea for the last month and a 2-kg weight loss. He claims that he has had seven large watery stools daily for the past 5 days. He is currently taking triple antiretroviral therapy. He flies to Asia at least once monthly. His BMI is 22 kg/m². His body temperature is 36.8°C, pulse is 90/min and blood pressure is 115/60. The abdomen is scaphoid. No other abnormalities are found. His CD4+ T-lymphocyte count is 350/mm³ (Normal>500). Which of the following is the most likely causal organism?

1. *Cryptosporidium parvum*.
2. *Strongyloides stercoralis*.
3. Cytomegalovirus.
4. *Mycobacterium avium-intracellulare* complex).

Gráfico de respuestas

Comentario

Cryptosporidium parvum. Acute, watery non-bloody diarrhea in an immunocompromised patients can be caused by several microorganisms. One of the most important clues you can have in questions concerning HIV patients is their CD4 count and immunologic status. *Cryptosporidium parvum* can infect HIV patients with a reasonably good CD4 count, whereas other options such as MAC will affect patient with a much lower count and/or patients who are not receiving antiretroviral therapy. (R1)

217. An otherwise healthy 76-year-old woman refers uncontrolled tearing of both eyes for 3 years. Probing the tear duct by the upper canaliculi reveals that fluid coming out of the inferior canaliculi in both eyes, does not reach the throat. Which of the following is the most effective intervention for this patient's tearing?

1. Tear duct probing.
2. Tear sac removal.
3. Dacryocystorhinostomy.
4. Capping the canaliculi.

Gráfico de respuestas

Comentario

Con el término epífora nos referimos al lagrimeo referido por el paciente. Puede estar producida por un exceso en la producción de lágrima o por un defecto en su drenaje, y se relaciona con multitud de patologías. El hecho de que en el sondaje el líquido no llegue a la garganta y salga por el otro canalículo, localiza la obstrucción en el conducto nasalacrimal. La única cirugía capaz de solucionar la epífora es la dacriocistectomía, que consiste en realizar una osteotomía a la cual se conecta de nuevo la vía lacrimonasal. La dacriocistectomía que consiste en extirpar el saco, solucionaría las infecciones del mismo (evitaría nuevas dacriocistitis), pero no la epífora. El sondaje



en el adulto tiene una utilidad diagnóstica, no terapéutica. La extirpación de la vía lacrimal no es planteable, pues conduciría a severos problemas oculares derivados de la falta de lágrima. La implantación de tapones en los puntos lacrimales es una opción terapéutica en el ojo seco, y no tiene sentido en este contexto pues acentuaría la epífora. (R3)

218. A 5-month-old child is brought to the pediatrician's office by his mother presenting with daily episodes of uncontrollable crying, facial flushing and a wrinkled brow. She reports that he also draws his legs up to his stomach and clenches his hands. The mother is quite anxious and depressed. Regarding this condition, which of the following statements is true?

- 1. Management of this condition is generally conservative and it involves the reassurance of parents.
- 2. Fiber supplements have been proved to have a great benefit.
- 3. It affects 40% of children.
- 4. There is consistent association between this condition and anxiety disorders during childhood.

Gráfico de respuestas

Comentario

Management of this condition is generally conservative and it involves the reassurance of parents. Baby colic is defined as episodes of crying for more than three hours a day for more than three days a week for three weeks at least in an otherwise healthy child between the ages of two weeks and four months. The episodes most commonly occur in the evening and for no obvious reason. Dietary changes are not beneficial. Incidence varies from 5 to 25%. (R1)

219. Todos los que se enumeran a continuación pueden ser mecanismos patogénicos en el origen de una peritonitis bacteriana primaria, EXCEPTO uno. Señálelo:

- 1. Por contigüidad, desde una infección pulmonar o urinaria.
- 2. Por emigración transmural de bacterias a través de las paredes del tubo digestivo.
- 3. Por vía hematógena, a partir de un foco infeccioso extraabdominal.
- 4. Por traumatismo abdominal abierto.

Gráfico de respuestas

Comentario

La importancia de esta pregunta radica en que queden claros 2 conceptos: la peritonitis primaria o espontánea se produce por invasión bacteriana vía hematógena o linfática generalmente en caso de ascitis previa, mientras que la peritonitis secundaria se produce por diseminación bacteriana desde un órgano cubierto por peritoneo, ya sea una víscera o de una fuente externa por lesión penetrante (opción 4).

220. Un paciente de 70 años, diabético, es ingresado por una pielonefritis complicada. Durante su ingreso se realiza interconsulta a Psiquiatría por un trastorno fluctuante del nivel de conciencia, desorientación e incapacidad para fijar la atención. La enfermera de piso le explica que, por las noches, dice "cosas raras" y está mucho más inquieto, mientras que por el día está más tranquilo y con tendencia al sueño. Este problema persiste desde hace 48 horas y nunca antes le había sucedido nada semejante. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

- 1. Amnesia global transitoria.



2. Síndrome orgánico cerebral agudo.
3. Paranoia aguda.
4. Trastorno de ansiedad.

Gráfico de respuestas

Comentario

El síndrome orgánico cerebral agudo es lo mismo que decir síndrome confusional agudo, delirium, psicosis sintomática, síndrome confuso onírico, estado confusional, reacción exógena de Bonhoeffer... Lo importante es reconocer el cuadro de inicio agudo, con inversiones del ciclo sueño- vigilia y, sobre todo, con alteraciones de la atención y la orientación. (R2)

221. Gestante de 39 semanas que acude a urgencias por dinámica de parto. Tras una hora rompe la bolsa y comienza con 3 contracciones/10 minutos. El registro cardiotocográfico es normal, pero tras 15 minutos comienza con una frecuencia cardíaca fetal de 110 lpm, baja variabilidad y deceleraciones tras 50 segundos de la contracción en el 25% de las mismas. ¿Cuál sería su siguiente actuación?:

1. Microtoma de sangre fetal para determinación del pH.
2. Colocar a la mujer en decúbito lateral izquierdo.
3. Cesárea inmediata.
4. Amnioscopia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Caso clínico fácil sobre la actitud ante un RCTG patológico. Se nos presenta una gestante con rotura precoz de membranas estando de parto ya que tiene buena dinámica. Amnioscopia no procede ya que la bolsa está rota y directamente vemos el color del líquido amniótico. El registro no muestra DIPs tipo II, con lo que no nos vale una actitud conservadora como el decúbito lateral izquierdo (que sí sería útil en los casos de supino). La duda nos quedaría entre la cesárea inmediata y la microtoma. Como la microtoma es la forma ideal para el diagnóstico de sufrimiento fetal, es la opción que debemos escoger ya que con la cesárea ya supondríamos un sufrimiento fetal que sólo sospechamos (y no tenemos confirmado) con el registro. (R1)

222. El grado de estenosis aórtica se reconoce mejor con:

1. Electrocardiograma.
2. Radiografía de tórax póstero-anterior.
3. Registro de la presión venosa central.
4. Ecocardiografía-doppler.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta es importante y debe conocerla bien. El grado de estenosis aórtica (al igual que en las demás valvulopatías) se reconoce mejor con la ecocardiografía- doppler, que permite calcular el área valvular y el gradiente de presión, así como la anatomía valvular y el estado de las cavidades cardíacas. Además puede orientar hacia la causa en algunas ocasiones (por ejemplo válvula aórtica bicúspide degenerativa). El cateterismo cardíaco también es una prueba muy precisa para estos fines, aunque es más invasiva. (R4)

223. ¿Cuál de las siguientes medidas fetales es la más fiable para el diagnóstico ultrasonográfico de la edad gestacional en el tercer trimestre?



1. Longitud cefalo-pélvica.
2. Circunferencia abdominal.
3. Diámetro transversal abdominal.
4. Longitud femoral.

Gráfico de respuestas

Comentario

Una pregunta difícil sobre un aspecto muy concreto del USG obstétrico. Respecto a este tema, debe recordar lo siguiente:

- En el primer trimestre, el parámetro más útil para calcular la edad gestacional sería la longitud cráneo-caudal.

- En el segundo y tercer trimestre, el parámetro más fiable y con menos dispersión es la longitud femoral (respuesta 4 correcta).

Es posible que haya dudado con el diámetro biparietal, que también es una medida útil. Sin embargo, como su dispersión es mayor que la de la longitud femoral, ésta sería preferible. (R4)

224. A 53-year-old man, comes to the emergency department complaining of malaise, nausea, vomiting, jaundice and dark urine for the past 15 days. His previous medical history is only significant for being an active injection drug user (IDU). Abdominal examination shows a liver span of 6 cm. with no tenderness. Laboratory evaluation includes the following findings: AST 1,245 U / L, ALT 2,170 U / l, Bb 14 mg / dl, Alb 2.9 g / dl and prothrombin activity 67%. Viral markers were: HIV, HBsAg, IgG and IgM anti-HBc, IgM anti-HCV and VHDag all negative; IgM anti-HAV and HCV RNA were positive. What is the most likely diagnosis?

1. Fulminant HAV hepatitis.
2. Acute HAV and HCV coinfection.
3. Vaccination against HBV.
4. Chronic HBV infection that requires immediate treatment with interferon.

Gráfico de respuestas

Comentario

El paciente que nos presentan tiene una hepatitis aguda, pero no podemos decir que se trate de una hepatitis fulminante. Respecto al virus A, al tener una IgM positiva nos marcaría una hepatitis aguda. Respecto al VHB y D, los marcadores son negativos, luego esos no son causa. Respecto al VHC, la positividad de los anti- VHC indica contacto con el virus, pero no puede saberse si es aguda o crónica. Dado que la opción 2 es la única en que aparecen los dos virus citados, sería la opción correcta. (R2)

225. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la linfangiectasia intestinal NO es cierta?:

1. Es una enfermedad congénita.
2. Cursa con fiebre intermitente.
3. Cursa con esteatorrea e hipoalbuminemia.
4. Es frecuente la linfocitopenia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Concepto poco importante para fines del ENARM. La linfangiectasia intestinal primaria o congénita se caracteriza por diarrea, esteatorrea leve, edema y enteropatía pierdeproteínas, con una dilatación anormal de los linfáticos en la biopsia intestinal. Afecta sobre todo a niños y a adultos jóvenes y el principal hallazgo clínico es edema simétrico secundario a linfáticos periféricos hipoplásicos y derrames quilosos. Existe linfocitopenia y disminución de las proteínas séricas. Los linfáticos hipoplásicos alteran el flujo, aumentan la presión de los linfáticos que se dilatan en intestino y se rompen a la luz. El tratamiento va dirigido a la disminución del flujo linfático mediante una dieta baja en grasas y sustitución por triglicéridos de cadena media (van directamente a la porta). (R2)

226. ¿Cuál de los cuadros que se citan a continuación puede ser causado por un neumococo?:

1. Herpangina.
2. Infección urinaria.
3. Lupus eritematoso.
4. Meningitis supurada.

Gráfico de respuestas

Comentario

S. pneumoniae causa con más frecuencia infecciones respiratorias (otitis, sinusitis, infecciones pulmonares). Es la causa más frecuente de meningitis en adultos y de meningitis recurrente. De forma más excepcional, *S. pneumoniae* puede ocasionar osteomielitis, endocarditis, peritonitis. (R4)

227. Un hombre de 47 años, fumador de 50 paq/año, cartero en activo, obeso (IMC 31 kg/m²), diabético desde hace 10 años, controlado con insulina, hipertenso (toma nifedipino 30 mg/día), con insuficiencia renal crónica (creatinina habitual 2 mg/dl) y con hipercolesterolemia (240 mg/dl), acude al médico de cabecera por disnea desde hace una semana que le obliga a pararse cuando camina en llano (previamente lo hacía sin dificultad); no ha tenido fiebre ni dolor torácico. Cree que está algo acatarrado, pues por las noches tose sin expectorar. La tensión arterial es 150/90. No tiene edemas. Tiene algunos roncus dispersos, crepitantes en bases y se oye un posible tercer tono, aunque está algo taquicárdico (108 lpm) para valorar bien este dato. Los análisis son normales salvo la creatinina de 2.5 mg/dl. Una radiografía de tórax muestra afectación alveolointersticial bilateral basal, sin cardiomegalia. ¿Cuál sería la aproximación diagnóstica más CORRECTA en este momento?

1. La fibrosis pulmonar idiopática requiere una biopsia pulmonar para su diagnóstico. Se le debe recomendar una broncoscopia o biopsia transbronquial.
Una ergometría ambulante sería recomendable para descartar una isquemia silente, muy frecuente en diabéticos, pero no es preciso si el electrocardiograma basal no muestra ondas Q ni alteraciones de la repolarización.
2. Está indicado el ingreso y descartar, lo antes posible, una cardiopatía isquémica. Iniciar tratamiento diurético parental y vasodilatador (inhibidores de la angiotensina convertasa), posiblemente añadir un betabloqueante y controlar los factores de riesgo cardiovascular.
3. Si en un ecocardiograma la fracción de eyección es normal, se descartaría razonablemente la insuficiencia cardíaca y se deberían buscar otras causas de su problema (por ejemplo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada).
- 4.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta de dificultad media del tema de insuficiencia cardíaca.

Se trata de un paciente con múltiples factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, diabetes mellitus, obesidad, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, dislipemia) que consulta por clínica de insuficiencia cardíaca de reciente aparición (disnea de esfuerzo que también podría interpretarse como equivalente anginoso).

La radiografía de tórax no muestra cardiomegalia, así que habría que pensar en disfunción diastólica (hipertrofia ventricular izquierda) o bien seguir pensando en equivalente anginoso. Por eso, la actitud correcta es ingresar al paciente para estabilizar su situación clínica e instaurar el tratamiento de la insuficiencia cardíaca (diuréticos y vasodilatadores) y descartar que no tenga isquemia miocárdica.

El enunciado 4 es incorrecto, dado que si no tiene deterioro de la FEVI no se descarta insuficiencia cardíaca congestiva porque puede ser disfunción diastólica.

El enunciado 2 también es falso, ya que el que no se halle onda Q no descarta cardiopatía isquémica. (R3)

228. Una mujer de 45 años acude al servicio de urgencias por disuria, polaquiuria y tenesmo. No presenta fiebre ni asocia hematuria. Lo primero a realizar en este caso:

1. Urocultivo.
2. Inicio empírico del tratamiento.
3. Radiografía simple de abdomen.
4. Ecografía urológica.

Gráfico de respuestas

Comentario

En caso de la sospecha de una cistitis no complicada en una mujer el diagnóstico sintomático será suficiente para iniciar tratamiento empírico y no ser necesario realizar pruebas complementarias. (R2)



229. Respecto a la patología que se muestra en la imagen, señale lo FALSO:

1. Disnea, estridor, disfagia y tos pueden estar presentes.
2. La teoría etiopatogénica clásica sugiere que el crecimiento glandular es la respuesta a cualquier factor que impida una correcta síntesis de hormonas tiroideas.

- 3. El déficit de yodo y los bociógenos pueden estar implicados.
- 4. El TAC es muy útil para visualizar el compromiso traqueal, pero valora mal la parte posterior y zona retroesternal.

Gráfico de respuestas

Comentario

La imagen que acompaña a esta pregunta nos muestra un bocio endotorácico. No obstante, esto podía inferirse fácilmente a través de las respuestas, ya que se mencionan síntomas compresivos y crecimiento glandular en varias de ellas.

La respuesta incorrecta es la 4. La TC es una técnica muy útil para valorar la zona retroesternal. Esto podría resultar más difícil con una Rx tórax, lo mismo que con la ecografía (muy útil en el cuello, pero no tanto a ese nivel). (R4)



230. Respecto al manejo de la patología de la imagen, señale lo CORRECTO:

- 1. La administración de levotiroxina en dosis supresoras es el tratamiento de elección cuando existe sintomatología compresiva.
- 2. Aunque el tratamiento de elección es la cirugía, la administración de I-131 puede ser una opción razonable en pacientes sintomáticos de mayor edad y malos candidatos a la cirugía.
- 3. La traqueomalacia por compresión durante la cirugía, es la complicación postquirúrgica más frecuente.
- 4. La cirugía de elección suele ser una istmectomía.

Gráfico de respuestas

Comentario

En esta pregunta, aunque no sepa demasiado, era fácil darse cuenta de que la correcta es la 2. Lógicamente, el tratamiento de un bocio con síntomas compresivos es la cirugía, pero en ciertos pacientes (ancianos con mucha comorbilidad), puede suponer un riesgo importante, con lo que podrían ser preferibles otras técnicas menos agresivas. Es difícil que, en Medicina, sea falsa una respuesta que expresa posibilidad.



231. Embarazada en el primer trimestre de gestación, con antecedentes de hijos fallecidos por una inmunodeficiencia y cuyo defecto molecular en la familia ya es conocido. ¿Qué prueba diagnóstica es la más idónea para el diagnóstico prenatal de la inmunodeficiencia?

1. Estudio molecular en los padres.
2. Biopsia de corion en la 9ª semana.
3. Amniocentesis.
4. Estudio de subpoblaciones de linfocitos en la madre.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta sencilla acerca del diagnóstico prenatal. En caso de conocer el defecto molecular la prueba diagnóstica invasiva de elección será la biopsia corial (que se realiza a partir de la 8ª semana de gestación). (R2)

232. A 27-year-old female comes to the ER complaining of pain in left lumbar region and dysuria. She is currently 30 weeks pregnant, and she has frequent urinary tract infections (UTI). Physical examination reveals: BP 110/70 mm Hg, pulse 95/min, temperature 37.1°C and positive left kidney fist percussion. Urinalysis shows: Hb 3+, leukocytes +3, nitrites 2+. Sediment: 15-20 white blood cells / field and 5-10 erythrocytes / field. Which of the following organisms is the most frequently responsible for UTI in pregnant women?

1. Escherichia coli.
2. Enterococcus faecalis.
3. Streptococcus agalactiae.
4. Proteus mirabilis.

Gráfico de respuestas

Comentario

Escherichia coli. In pregnant women, hormones cause changes in the urinary tract, which predispose women to infections. In addition, a growing uterus presses on the bladder, preventing the complete emptying of urine. This stagnant urine is a likely source of infection. Untreated, these infections may lead to kidney infections. Urinary tract and kidney infections in pregnant women should be treated to prevent complications. Like in general population, E. coli is the most frequent microorganism involved in UTI in pregnant women. (R1)

233. En un niño de un año de edad, que sufre una fractura en tallo de antebrazo, ¿hasta qué angulación dorsal es permisible sin reducir?

1. Hasta 5°.
2. Hasta 15°.
3. Hasta 20°.
4. Hasta 30°.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta muy difícil. No debe preocuparse en absoluto si la ha fallado, ya que hace referencia a un dato muy específico. Lo único que tiene que tener claro de las fracturas en tallo verde es que ocurren cuando una inflexión rompe la cortical de un lado, mientras que la contralateral se arruga y abomba sin romperse. Son típicas de los niños. Presentan una marcada angulación clínica



(admisible de hasta 30°, respuesta 4 correcta) y son inestables. Requieren reducción y una vigilancia estrecha para detectar y tratar los desplazamientos que pudieran producirse. (R4)

234. Neonato de 38 semanas de gestación cuyo embarazo fue controlado y normal. El parto fue eutócico y en presentación cefálica, pero precisó instrumentación con ventosa. Apgar 8/10, no precisó reanimación neonatal, peso de 2.950 kg. En la inspección se observa tumefacción craneal occípito-parietal con equimosis suprayacente. Respecto a la patología que sospecha, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Se trata de un edema del tejido celular subcutáneo.
2. Respeta las suturas craneales.
3. Suele manifestarse precozmente.
4. No precisa tratamiento en la mayoría de los casos.

Gráfico de respuestas

Comentario

La lesión descrita en este caso clínico es un caput succedaneum. Esta entidad consiste en un edema del tejido celular subcutáneo producido en el transcurso de un parto difícil.

Se manifiesta en el momento del parto y tiende a la resolución espontánea en pocos días, por lo que la observación es la única medida a tomar en la mayoría de los casos.

Como el tejido afectado se encuentra por encima del hueso, no respeta las suturas. Esto es lo que mejor lo diferencia del cefalohematoma que es su principal diagnóstico diferencial.

El cefalohematoma es un sangrado subperióstico por lo que sólo afecta a zonas con hueso y por tanto no habrá edema en las suturas, ya que en ellas no hay hueso.

Esta entidad suele aparecer horas después del parto, la piel suprayacente es normal y tarda semanas en desaparecer. (R2)

235. Hombre de 30 años, con antecedente familiar de padre fallecido por cáncer de colon a los 38 años. Se practica una colonoscopia que muestra cientos de adenomas a lo largo de todo el colon. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

1. El manejo más apropiado es sulindac, colonoscopias de vigilancia anuales y colectomía total a los 40 años.
2. De no someterse a tratamiento quirúrgico, casi con toda seguridad el paciente desarrollará un cáncer colorrectal.
3. Deben estudiarse los familiares de primer grado del paciente.
4. Los hijos del paciente tienen un 50% de riesgo de padecer la misma enfermedad.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta relativamente fácil en la que se nos pide señalar la incorrecta sobre un tema importante en el ENARM como es los síndromes polipósicos y el cáncer de colon hereditario.

Esta pregunta en concreto hace referencia a la poliposis colónica familiar o poliposis adenomatosa familiar, diagnóstico al que podemos llegar fácilmente con el enunciado, ya que nos dan tres datos clave. En primer lugar, se trata de un hombre joven de 30 años (la edad media de aparición de los

pólipos en este síndrome es de 25 años); en segundo lugar, los antecedentes familiares (un padre muerto por cáncer de colon a los 38 años) y, finalmente, el resultado de una colonoscopia que nos muestra cientos de pólipos. Por todo ello, podemos llegar al diagnóstico de poliposis adenomatosa familiar (respuesta 1 correcta).

De este síndrome debemos saber que es la forma más frecuente de poliposis adenomatosa y que se debe a una mutación en el gen APC que se hereda de forma autosómica dominante. Los pacientes afectados de esta mutación desarrollan cientos o miles de pólipos adenomatosos en el colon desarrollando casi con total seguridad un cáncer alrededor de los 40 años. Con fines de cribado debe realizarse una sigmoidoscopia a todos los miembros potencialmente afectados a partir de los 12 años. Si se encuentran pólipos, debe programarse cirugía de forma individualizada, si es posible no antes de los 20 años. Actualmente, la proctocolectomía con reservorio ileal es el tratamiento de elección una vez se han detectado los pólipos. (R1)

236. Tras una cena de compañeros de curso, dos estudiantes del ENARM comienzan a las 3 horas con náuseas, vómitos repetidos, diarrea copiosa y acuosa. Usted que ya ha asistido a la clase de infectología sabe que el microorganismo probablemente responsable es:

1. V. parahemolyticum.
2. E. coli enterotoxigénico.
3. Bacillus cereus.
4. Campylobacter.

Gráfico de respuestas

Comentario

Con esta pregunta repasamos la "foto típica" de la infección por Bacillus cereus y Staphylococcus aureus. Estos dos agentes son bacterias productoras de neurotoxinas, las cuales se ingieren preformadas con los alimentos (arroz frito y cremas-mayonesas para Bacillus cereus y S. aureus respectivamente), por lo que la clínica aparece en menos de 6 horas tras la ingesta de los mismos. Sobre la clínica de diarrea predominan las náuseas y vómitos, ya que la neurotoxina ejerce acción predominante sobre el área del vómito en el hipotálamo. Opción 3 correcta. (R3)

237. El aporte calórico mínimo para un desnutrido severo en la fase I o transicional, es de:

1. 150 cal/Kg/Día.
2. 100 cal/Kg/Día.
3. 80 cal/Kg/Día.
4. 50 cal/Kg/Día.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta memorística, no se preocupe si la ha fallado. El aporte necesario es de 100, **respuesta correcta 2.**

238. Secundigesta con una cesárea anterior con recién nacido normosómico. Gestación actual de 34 semanas. Acude a Urgencias por referir metrorragia de sangre roja de escasa cantidad. Exploración: útero de tamaño acorde con amenorrea, relajado, presentación cefálica, bolsa íntegra. La monitorización fetal presenta una FCF normal y dinámica



uterina escasa, con buena relajación intercontráctil. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Rotura de vasos previos.
2. Abruption placentae.
3. Placenta previa.
4. Corioamnionitis hemorrágica.

Gráfico de respuestas

Comentario

Es importante que conozca bien el diagnóstico diferencial de las hemorragias del tercer trimestre. Para ello, le ofrecemos una tabla que resume las características de cada sangrado.

La placenta previa produce un sangrado de comienzo lento, discontinuo y de sangre roja, más abundante que en el abruption placentae. Tanto el estado materno como el fetal se afectan poco, salvo hemorragias muy graves. No se acompaña de dolor y el tono uterino es normal (recuerde que, en el abruption, se produce hipertonia uterina).

Otro detalle importante es el dato de la cesárea anterior, ya que es factor de riesgo para desarrollar una placenta previa. Otros factores de riesgo son el embarazo múltiple, la multiparidad, el tabaquismo o la edad avanzada. En definitiva, predisponen a placenta previa todos los factores que dificulten la implantación, sea por cicatrices uterinas o por mala decidualización. (R3)

239. Masculino de 48 años con disnea progresiva que se ha hecho de reposo. En la Rx de tórax muestra un infiltrado nodular fino irradiado desde los hilios. Se realiza fibrobroncoscopia, y en el material de la biopsia transbronquial se encuentran alveolos llenos de material granular PAS positivo. Los macrófagos aparecen ingurgitados con presencia de cuerpos granulares. La disnea va en aumento, así como la hipoxemia. El tratamiento más conveniente será:

1. Corticoides a altas dosis.
2. Ciclofosfamida y azatioprina.
3. Sólo oxígeno.
4. Lavado pulmonar total terapéutico.

Gráfico de respuestas

Comentario

El caso clínico descrito corresponde a una proteinosis alveolar. Esta enfermedad se produce por el acúmulo de un material proteináceo PAS + en los alveolos que no es patognomónico de esta enfermedad pero sí muy sugestivo. Radiológicamente la imagen típica es el patrón alveolar perihiliar bilateral en alas de mariposa (semejante a la del edema pulmonar). El tratamiento de esta enfermedad consiste en el lavado pulmonar total que se debe realizar cuando la enfermedad progresa y existe un deterioro funcional importante. (R4)

240. Recién nacido de 48 horas de vida que presenta rechazo de las tomas, letargia, taquipnea y cianosis central. También llama la atención su aspecto rubicundo, con un color rojo oscuro y tinte icterico de las mucosas. Ante su aspecto pletórico decidimos tomarle una muestra de sangre del talón que nos da un valor de hematocrito de 69%. Señale la opción que NO considere correcta acerca de esta patología:

1. El diagnóstico se basa en el hematocrito central, que debe ser mayor del 65%. Aunque el valor obtenido de sangre capilar es orientativo, suele dar cifras superiores a las reales.
2. La policitemia neonatal es más frecuente en los niños normosómicos y a término.
3. Uno de los factores desencadenantes es la hipoxia durante el periodo neonatal, como sucede en los hijos de madre diabética y en los retrasos del crecimiento intrauterino.
4. La cianosis se debe a la persistencia de la circulación fetal coexistente y a enlentecimiento de la circulación distal.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta importante para fines del ENARM. La policitemia neonatal es más frecuente en los niños con antecedente de retraso de crecimiento intrauterino, secundariamente a la hipoxia crónica que estos niños sufren. Recuerde que la hipoxia supone un estímulo que desencadena la síntesis de eritropoyetina. (R2)

241. En un paciente en el que se sospeche hipocondría, habría que realizar una de las siguientes pruebas complementarias:

1. Estudio de personalidad.
2. Test de supresión por dexametasona.
3. EEG.
4. Curva de glucemia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Desafortunadamente, no existe ninguna prueba diagnóstica patognomónica del trastorno hipocondriaco, existe solo el temor a, la preocupación a, el miedo a... malinterpretando síntomas somáticos. Por lo tanto, no es prioritario el realizar pruebas orgánicas, sino, más conveniente un estudio de su personalidad., que apoye el diagnóstico, y ayude para su posterior terapéutica (que suele ser muy difícil, resistentes al tratamiento). (R1)

242. En las oclusiones del colon izquierdo causadas por una neoplasia en el recto-sigma es cierto que:

1. El dolor suele ser intenso y de tipo claramente cólico.
2. Los vómitos suelen ser poco abundantes y tardíos.
3. El cierre intestinal completo es poco habitual.
4. No resulta posible una oclusión de asa cerrada.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta fácil y bastante deducible por lógica acerca de la obstrucción intestinal baja, que es un tema eminentemente quirúrgico y bastante rentable, tal y como viene expuesto en el Manual.

La pregunta hace referencia a la oclusión intestinal baja. La causa más normal de obstrucción a este nivel es la presencia de cáncer colorrectal, sobre todo en el tramo de recto-sigma, que es más estrecho por cuestiones anatómicas, lo cual hace con frecuencia oclusiones totales. Suele instaurarse de forma lenta, con lo cual un dolor intenso y cólico es inusual (opción 1 falsa); más bien cursa con dolor abdominal difuso, progresivo y no cólico. Suele acompañarse de distensión: a más distal, más acúmulo retrógradamente y más patente será (opción 3 falsa), sobre todo si se produce en asa cerrada o si la válvula ileocecal es competente, con mayor riesgo de isquemia y



perforación. Así, también se dan vómitos, más bien tardíos (opción 2 cierta), puesto que éstos son más típicos de obstrucciones digestivas altas y estreñimiento con incapacidad para la expulsión de heces y gases.

El tratamiento inicial ante cualquier obstrucción intestinal estriba en colocar una SNG y reposición hidroelectrolítica. Suelen resolverse en 24-48 horas. De no ser así o aparecer signos de isquemia o perforación como irritación peritoneal, fiebre o acidosis metabólica, se procederá mediante cirugía.(R2)

243. Ante la existencia de un acúfeno pulsátil, unilateral, continuo y sincrónico con el pulso tendremos que descartar la existencia de:

1. Neurinoma del VIII par craneal.
2. Glomus timpánico.
3. Enfermedad de Ménière incipiente.
4. Sordera súbita.

Gráfico de respuestas

Comentario

El quemodectoma o tumor glómico es un tumor con gran componente vascular derivado de las células del sistema APUD. En el hueso temporal puede tener dos localizaciones de origen: el golfo de la yugular (glomus yugular) y el hipotímpano (glomus timpánico). Cuando se origina en el hipotímpano suele ocupar la caja timpánica produciendo hipoacusia de transmisión y un acúfeno unilateral, pulsátil y sincrónico con el pulso. La otoscopia es típica apareciendo una masa pulsátil rojo- violácea adosada a la membrana del tímpano o en forma de pólipo sangrante si hay discontinuidad de la membrana timpánica.(R2)

244. La AP más frecuente del cáncer de vulva es:

1. Adenocarcinoma de glándulas de Bartholino.
2. Carcinoma escamoso o epidermoide.
3. Fibrosarcoma.
4. Melanoma.

Gráfico de respuestas

Comentario

El cáncer de vulva es una enfermedad relativamente rara, en la mayoría de los casos es un carcinoma epidermoide, también denominado escamoso. Suele aparecer en mujeres mayores de 65 años y los factores de riesgo son tabaco, los inmunosupresores, el cáncer de cérvix, el VPH y la distrofia vulvar con atipias. El síntoma principal es el prurito y suelen localizarse en los labios mayores.(R2)

245. Mujer de 32 años con antecedentes personales de consumo de drogas vía parenteral hasta hace 4 años, que en un análisis de control se detecta serología positiva para el virus C de hepatitis y para VIH negativa. Pareja estable en la actualidad. ¿Cuál de las siguientes medidas NO aconsejarías a este paciente?

1. Lactancia materna.
2. No compartir objetos de aseo personal.
3. Utilizar siempre métodos de barrera en las relaciones sexuales con su pareja.
4. No donación de sangre.



Gráfico de respuestas

Comentario

En pacientes diagnosticados con infección por VHC, con parja estable, no se recomienda utilizar métodos de barrera, ya que en estos casos, no se ha demostrado la transmisión del virus. El resto de respuestas son aconsejables. (R3)

246. En relación al crecimiento y desarrollo de un niño de 2 a 4 meses, se puede observar:

1. Destreza en la comunicación no verbal.
2. Aparición de expresiones faciales claras.
3. Afán de llevar sus pies a la boca.
4. Pronunciación con sílabas múltiples.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta muy difícil y memorística de crecimiento y desarrollo.

DEBE DOMINAR ESTE TEMA PARA EL ENARM, NUNCA FALLA UNA PREGUNTA.

Si la analiza puede descartar la opción 1 y 4. Quedaría duda entre la respuesta 2 y 3. Pero la respuesta 3 ocurre hasta los 8 meses de edad, por lo que la **respuesta correcta es la 2.**

247. ¿En cuál de los siguientes síndromes hay actividad ovárica normal?:

1. S. de Morris.
2. S. de Rokitansky.
3. S. de Swyer.
4. S. de Klinefelter.

Gráfico de respuestas

Comentario

Debe conocer algunos datos básicos de estos síndromes, que aunque no son muy frecuentes como preguntas puede caer algún caso clínico en que le describan uno de ellos. En el síndrome de Rokitansky lo fundamental es una alteración en la permeabilización de los conductos de Müller. El fenotipo y el cariotipo es femenino normal. Los ovarios son normales. El útero es rudimentario y no está canalizado. Hay agenesia de los 2/3 superiores de la vagina, por lo que a la inspección se observa una vagina corta que termina en un fondo de saco ciego. Presenta frecuentes malformaciones renales y urinarias. (R2)

248. Mujer de 71 años que consulta por prurito vulvar que no ha cedido con tratamientos sintomáticos. Presenta una lesión en labio menor izquierdo sobre la que se decide realizar biopsia con el resultado de un carcinoma epidermoide infiltrante. A la exploración presenta endurecimiento de la cara anterior de la vagina, a nivel del introito. Las pruebas de extensión muestran ganglios aumentados de tamaño a nivel inguinal. Usted le propone:

1. Radioterapia más quimioterapia.
2. Hemivulvectomy lateral mas linfadenectomía ipsilateral.
3. Vulvectomy radical mas linfadenctomía bilateral y radioterapia posterior.



4. Hemivulvectomy radical mas linfadenectomy bilateral.

Gráfico de respuestas

Comentario

Para resolver una pregunta de tratamiento en el cáncer de vulva, debemos primero estadificar la lesión para poder proponer la técnica quirúrgica correcta. En este caso, estamos ante un estadio III, sin poder determinar el número de ganglios afectados ni el tamaño de los mismos. Estos datos no son necesarios para responder la pregunta, ya que todos los estadios III del cáncer de vulva deben someterse a cirugía radical y estadificación ganglionar bilateral, igual que en el estadio II, que incluye la afectación del tercio inferior de la vagina, tercio inferior de la uretra o ano. Las pruebas de extensión tumoral nos informan de una posible afectación ganglionar al estar los mismos aumentados, por lo que se consideran altamente sospechosos de afectación. Además no debemos olvidar el tratamiento complementario de las lesiones epidermoides invasivas como es la radioterapia. (R3)

249. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de osteomielitis aguda es CORRECTA?

1. Es comúnmente causada por Streptococcus pyogenes.
2. El síntoma más habitual es el dolor de ritmo inflamatorio en el segmento afecto.
3. Los cambios óseos son visibles radiológicamente dentro de 48 horas de comenzado los síntomas.
4. Requiere terapia antibiótica usualmente por 10 a 14 días.

Gráfico de respuestas

Comentario

La osteomielitis aguda:

- Es comúnmente causada por S. aureus (aunque depende del grupo poblacional al que estemos haciendo referencia).

- Los cambios óseos tardan más de 48 horas en hacerse visibles (la técnica de elección utilizada en las osteomielitis sería la RMN por su mayor sensibilidad, especificidad y su capacidad para valorar el compromiso medular o radicular). Los cambios en radiografías tardan hasta 14 días en verse.

- Los antibióticos deben mantener un mínimo de 6 semanas. (R2)

250. Un paciente es diagnosticado de hipertensión arterial. Todas las pruebas que se enumeran a continuación deben efectuarse siempre en estos pacientes SALVO una. ¿Cuál es?

1. Proteinuria.
2. Hematocrito.
3. Catecolaminas en orina.
4. Electrocardiograma.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta sencilla que no debe fallar y que, por pura lógica, se puede resolver.

En el estudio de un paciente hipertenso, hay que descartar las complicaciones orgánicas de la hipertensión arterial (cardiopatía hipertensiva, afectación renal, etc...). Para ello se solicitan unos análisis de sangre completos, con electrolitos y análisis de orina (descartar proteinuria), así como un electrocardiograma. En el pasado, era una práctica habitual solicitar también una radiografía de tórax, pero actualmente tiene sus detractores, porque es una prueba muy poco sensible (muy pocos hipertensos tienen alteraciones en ella). Este es el estudio básico de todo paciente hipertenso. Lo que no está indicado de rutina es buscar causas infrecuentes de HTA secundaria, a no ser que la clínica o las características de nuestro paciente lo requieran. La HTA es un problema de salud muy prevalente, y el feocromocitoma es una enfermedad muy rara. Por ello, es impensable medir las catecolaminas urinarias en TODOS los hipertensos, porque supondría un enorme consumo de recursos. (R3)

251. La posición en decúbito prono durante el sueño en los lactantes se ha asociado con:

1. Una mayor ganancia de peso.
2. Disminución del tránsito intestinal.
3. Menor incidencia de vómitos.
4. Mayor riesgo de muerte súbita.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta muy fácil, prácticamente de conocimiento popular. De la muerte súbita, principalmente, hay que saber que se relaciona con el decúbito prono y el tabaquismo materno.

El SMSL se define como la muerte repentina e inesperada en un lactante por razones que no quedan claras ni después de la necropsia.

Es la forma de muerte más común en el primer año de vida. La máxima incidencia es a los dos o tres meses de edad. Ocurren pocos casos antes de las dos semanas y después de los seis meses.

Los hombres tienen más riesgo que las mujeres. La incidencia es mayor en los meses fríos. Se ha supuesto que se produce durante el sueño, pues la mayoría de los casos se dan entre la medianoche y las nueve de la mañana. Se ha relacionado con múltiples factores biológicos y epidemiológicos, entre ellos la posición en decúbito prono y lateral (parece que porque interfieren con el control respiratorio, sobre todo en el momento del despertar). (R4)

252. Todos los siguientes son causas frecuentes de gastroenteritis, EXCEPTO:

1. Rotavirus.
2. Enterovirus.
3. Calicivirus.
4. Adenovirus 40 y 41.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta de dificultad media sobre las diarreas de origen viral. Los virus son causa de diarrea con más frecuencia que las bacterias; ocasionan una diarrea acuosa, sin productos patológicos, normalmente autolimitada y producida principalmente por rotavirus en los niños y virus Norwalk en los adultos. Los calicivirus forman un grupo al que pertenecen el virus Norwalk (causante como hemos comentado de diarrea en adultos) y el virus de la hepatitis E. Por otro lado, los adenovirus ocasionan gran variedad de infecciones: respiratorias, fiebre adenofaringoconjuntival (tipos 3 y 7),



diarrea aguda infantil (tipos 40 y 41), cistitis hemorrágica (tipos 11 y 21)... Así, vemos que la opción 2 es la incorrecta; en efecto, los enterovirus son un grupo de virus que ocasionan típicamente cuadros de meningitis "aséptica", miocarditis y pericarditis (coxsackievirus B), herpangina y enfermedad mano-pie-boca (coxsackievirus A), pero no gastroenteritis. (R2)

253. La anomalía congénita más frecuente de la laringe:

1. Laringomalacia.
2. Estenosis subglótica.
3. Fisura laríngea.
4. Parálisis congénita de las cuerdas vocales.

Gráfico de respuestas

Comentario

Las anomalías congénitas de la laringe no tienen mucha relevancia de cara al ENARM.

Su manifestación principal suele ser el estridor inspiratorio en caso de obstrucción dinámica, o bifásico en caso de obstrucción fija. La laringomalacia es la anomalía congénita más frecuente de la laringe explicando aproximadamente el 60% de los problemas laringeos del lactante.

La parálisis de las cuerdas vocales representa un 10% de las anomalías laríngeas congénitas siendo los traumatismos del parto y los trastornos neurológicos las causas más frecuentes. Un diámetro menor de 4mm en el neonato define la estenosis subglótica, que normalmente es adquirida. Se consideran congénitas las que se detectan en ausencia de intubación u otras causas. Otras anomalías más raras son: fisura laríngea, hemangioma subglótico, quistes, atresia laríngea, membranas y epiglotis bífida. (R1)

254. Cuando una mujer está embarazada, desde los momentos inmediatamente posteriores a la fecundación, se producen una serie de cambios que representan adaptaciones, tanto en el plano físico como en el fisiológico, y que implican a la práctica totalidad de los órganos y sistemas, en mayor o menor grado. Durante el embarazo:

1. Existe una anemia dilucional.
2. Disminuyen los fosfolípidos.
3. Aumenta la concentración de bicarbonato estándar.
4. Disminuye el nivel de triglicéridos.

Gráfico de respuestas

Comentario

Durante la gestación, ocurren una serie de cambios en el metabolismo la opción 1 es de lo más importante y preguntado en el nacional, no debe olvidarlo. El resto de respuestas son erróneas, ya que se incrementa los fosfolípidos, los triglicéridos y presenta una alcalosis pero respiratoria, no metabólica, (por la progesterona que incrementa la frecuencia respiratoria). (R1)

255. Señala la respuesta INCORRECTA en relación con la fimosis del lactante:

1. Hasta los 2-3 años, la fimosis puede considerarse fisiológica en un porcentaje de casos muy alto.
2. En muchos casos, no será preciso el tratamiento quirúrgico.
3. Una posible complicación es la parafimosis y las balanopostitis.



4. La fimosis del lactante exige un exhaustivo estudio urológico, puesto que lo más probable es su asociación con malformaciones renouretrales.

Gráfico de respuestas

Comentario

Las respuestas 1 y 4 se contradicen, por lo que de entrada ya podemos saber que la falsa tiene que ser una de estas dos. La fimosis hasta los 3 años es fisiológica en la mayoría de los casos, y por lo general no precisa corrección quirúrgica salvo si se perpetúa más allá de esta edad.

Observe cómo, en la respuesta 2 (que necesariamente es cierta), está apoyando a la 1 al decir que no suele precisar tratamiento quirúrgico. Por lo tanto, la opción 4 tiene que ser falsa. (R4)

256. Una paciente de 31 años acude al servicio de urgencias con fiebre (39°C) y mal estado general. A la exploración física se evidencia dolor en región lumbar derecha y molestias miccionales que se iniciaron hace una semana y que fueron tratadas por su médico de cabecera con un sobre cuyo nombre no recuerda. En los exámenes de laboratorio se observa un recuento de leucocitos de 16700 con un 96% de neutrófilos. En cuanto a esta paciente:

1. Ante la sospecha de PNA se deberá iniciar tratamiento con aminoglucósidos i.v.
2. Según la respuesta inicial al tratamiento y su estado general, el tratamiento podrá ser ambulatorio de forma oral.
3. Según la respuesta inicial se podría suspender el tratamiento tras realizar un ciclo de 3 días.
4. Ante la sospecha de PNA y en ausencia de alergias, se deberá iniciar tratamiento inmediato con un macrólido i.v.

Gráfico de respuestas

Comentario

Ante la sospecha de PNA en un entorno hospitalario, se debe iniciar tratamiento i.v. con quinolonas o beta lactámicos. En casos graves se pueden asociar aminoglucósidos por su efecto sinérgico. Si la paciente evoluciona favorablemente en las primeras horas y su estado general es bueno, se podrá finalizar el tratamiento de forma ambulatoria, no siendo éste en ningún caso menor de 14 días. (R2)

257. En el recién nacido, con líquido amniótico meconial o fétido y portador de amnionitis, la primera acción a realizar, apenas desprendida la cabeza del perineo materno es:

1. Ventilación a presión positiva.
2. Secado enérgico.
3. Aspiración orofaríngea.
4. Masaje cardíaco.

Gráfico de respuestas

Comentario

En el caso de aguas meconiales se debe evitar estimular al neonato para que llore, puesto que aspiraría el meconio. Por lo tanto la primera medida sería aspirar el contenido orofaríngeo para evitar la aspiración. (R3)

258. Todos los siguientes procesos, EXCEPTO uno, son contraindicaciones absolutas para el tratamiento estrogénico sustitutivo durante la menopausia:



1. Procesos tromboembólicos previos.
2. Hiperlipidemia.
3. Hepatopatía grave.
4. Antecedentes personales de tumor endocrinodependiente.

Gráfico de respuestas

Comentario

Una pregunta de dificultad media-alta sobre las contraindicaciones de la terapia hormonal sustitutiva, debe saber manejar con soltura este tema. Algunas contraindicaciones absolutas son las siguientes.

- Antecedentes de trombosis venosa.
- Trombosis venosa activa.
- Diabetes grave, con afectación vascular.
- Hepatopatía activa grave.
- Tumores hepáticos.
- Ictericia idiopática del embarazo.
- Neoplasias estrógeno- dependientes (cáncer de mama, endometrio).
- Endometriosis reciente.

Sin embargo, la hiperlipemia es sólo una contraindicación relativa, puesto que en estos casos podríamos optar por la vía transdérmica, obviando el paso hepático de estos fármacos (**respuesta 2 correcta**).

259. A 55-year-old male presents to the specialist because of a chronic history of abdominal pain that is not controlled with conventional treatment. His past medical history is significant for heavy alcohol consumption and chronic pancreatitis (diagnosed 5 years ago). The physician obtains an ERCP, that shows multiple, irregular and alternating ductal dilations with strictures, along with a lot of stones occupying the entire duct. Which of the following is the most appropriate surgical intervention for this patient?

1. Pancreaticoduodenectomy (Whipple procedure).
2. Transduodenal sphincteroplasty.
3. Caudal pancreaticojejunostomy.
4. Puestow-Gillesby procedure (Lateral pancreaticojejunostomy).

Gráfico de respuestas

Comentario

En caso de reguntar pancreatitis lo harán de una forma aguda, este tratamiento es bastante específico para fines del ENARM. El tratamiento de la pancreatitis crónica es fundamentalmente médico.

Las principales indicaciones de tratamiento quirúrgico son:





- 1) Dolor persistente e incontrolable.
- 2) Ictericia obstructiva.
- 3) No poder descartar un Cáncer subyacente y
- 4) Complicaciones.

De todas las indicaciones la presencia de dolor no controlable con analgésicos es la indicación más frecuente. El dolor generalmente se debe a la existencia de un conducto de Wirsung mal drenado (por obstrucción o estenosis) y la técnica quirúrgica a emplear dependerá del calibre del conducto de Wirsung, de la localización de la zona estenótica, etc. En este caso conocemos el dato de la morfología del conducto pancreático el cual está dilatado por lo que elegiremos una técnica de derivación del mismo rechazando las técnicas resectivas (duodenopancreatectomía cefálica y pancreatectomía caudal o total) debiendo elegir entre la técnica de Duval (1954) que consiste en la pancreatectomía caudal o distal con la realización de una pancreaticoyeyunostomía término-terminal que proporciona un drenaje retrógrado o la técnica de Puestow and Gillesby (1958) que consiste en una pancreaticoyeyunostomía laterolateral la cual ha demostrado mejores resultados con una tasa de éxitos entre el 60 y 90 %. Así pues optaremos por esta opción. La esfinteroplastia transduodenal se reservará a aquellos casos con estenosis limitada a la papila. (R4)

260. Una enfermedad infiltrativa difusa pulmonar, con predominio de las lesiones en los campos superiores, sugiere cualquiera de las siguientes posibilidades diagnósticas, MENOS UNA. ¿Cuál es ésta?

1. Tuberculosis.
2. Histicitosis de células de Langerhans.
3. Sarcoidosis.
4. Asbestosis.

Gráfico de respuestas

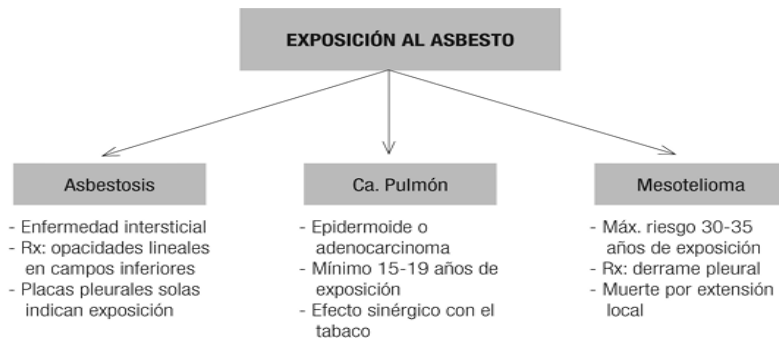
Comentario

Las enfermedades con mayor afectación en lóbulos superiores vienen recogidas por la siguiente regla mnemotécnica, muy conocida entre nuestros profesores y alumnos: FITNESS.

- Fibrosis quística.
- Istiocitosis X".
- Tuberculosis.
- Neumonitis por hipersensibilidad.
- Espondilitis anquilopoyética.
- Silicosis.
- Sarcoidosis.

Por este motivo, la asbestosis sería la incorrecta (de hecho, daña más las bases). Le adjuntamos un esquema con las consecuencias pulmonares de la exposición al asbesto.

Patrones de exposición al asbesto



261. Una niña de dos años, con antecedente de aniridia congénita, presenta a la exploración una masa abdominal palpable, indolora, que no rebasa línea media. Además encontramos hematuria y leve hipertensión arterial. Señale la afirmación FALSA respecto a esta patología:

1. El órgano más afectado por las metástasis es el hígado.
2. Es un tumor que se ve más frecuentemente en niños con hemihipertrofia.
3. La biopsia por punción no se realiza porque romper la cápsula renal y empeora el estadio.
4. La extirpación quirúrgica del tumor se realizará en todos los casos, aunque existan metástasis.

Gráfico de respuestas

Comentario

El cuadro clínico corresponde a un tumor de Wilms, el tumor renal más frecuente en la infancia. Se asocia a ciertas malformaciones congénitas, como la aniridia y la hemihipertrofia. La punción-biopsia no se realiza porque, aunque no parece aumentar el riesgo de diseminación tumoral, la ruptura de la cápsula renal empeora el estadio. El órgano más frecuentemente afectado por las metástasis es el pulmón (imagen radiológica en suelta de globos), seguido del hígado. El tratamiento será siempre quirúrgico (permite diagnóstico histológico, estadiaje, reduce masa tumoral) acompañado de radio/quimioterapia según estadio. (R1)

262. Una de las siguientes circunstancias NO produce deficiencia de hierro:

1. Crecimiento.
2. Menstruación.
3. Anemia refractaria sideroblástica adquirida.
4. Enfermedad celíaca.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta de dificultad intermedia. Las causas por las cuales se produce un déficit de hierro en el organismo son muy variadas, pero se podrían clasificar en :

- a) por disminución de aporte de hierro en la dieta (ya sea por una dieta inadecuada o por un aumento de la demanda como en un niño en pleno crecimiento);
- b) por disminución de la absorción como en la aclorhidria, la cirugía gástrica o en la enfermedad celíaca;



c) por incremento de las pérdidas de hierro como el sangrado crónico gastrointestinal o la menstruación.

La anemia refractaria sideroblástica (opción 3 falsa) forma parte de los síndromes mielodisplásicos, y no existe un déficit de hierro sino una alteración en su utilización y depósito. (R3)

263. Mujer de 21 años, secundigesta con un parto eutócico previo. Ciclos menstruales regulares. Amenorrea de 6 semanas. Gravindex positivo hace 1 semana. Acude a Urgencias refiriendo metrorragia escasa y oscura de 2 días de evolución y molestias inespecíficas hipogástricas. Exploración: restos hemáticos oscuros y escasos en vagina; cérvix de múltipara, cerrado, no sangrado activo de cavidad en el momento de la exploración; útero globobos, en anteversión y de consistencia blanda; anexos no se palpan patológicos. En USG transvaginal: útero regular en anteversión, con histerometría de 65 mm. Endometrio deciduado en el que no se visualiza vesícula gestacional. Anexos sin imágenes patológicas. El siguiente paso sería:

1. Realizar determinación de progesterona sérica.
2. Administración de Metotrexato sódico.
3. Practicar una laparotomía exploradora.
4. Realizar determinaciones seriadas cada 48 horas de B-HCG en plasma y USG transvaginal.

Gráfico de respuestas

Comentario

Nos encontramos ante una paciente con una hemorragia del primer trimestre que consulta por dolor abdominal inespecífico. Uno de los posibles diagnósticos es el de embarazo ectópico. Ante esta posibilidad, estaría indicado realizar un USG que nos muestra ausencia de vesícula intrauterina y es frecuente encontrar la ausencia de vesícula intrauterina como es nuestro caso. A nivel anexial, se puede encontrar alguna imagen sugestiva, aunque en ocasiones no nos aporta más información. En casos como éste, la determinación de HCG es importante. Dado que el estado general de la paciente es bueno y está hemodinámicamente estable, haríamos un seguimiento cada 48 horas con HCG y USG (opción 4), para intentar confirmar el diagnóstico. En el caso de que sea un embarazo ectópico, la HCG será más baja que los valores habituales y el crecimiento también será menor. Si la HCG crece de forma normal, iría en contra de nuestra sospecha. (R4)

264. Ante un recién nacido de 42 semanas de gestación que presentó desaceleraciones tipo II, líquido amniótico teñido de meconio y que está hipotónico, cianótico, apneico y bradicárdico. ¿Cuál es la primera medida a tomar?:

1. Intubación traqueal y aspiración.
2. Provocar la respiración con estímulos físicos.
3. Ventilación con presión positiva mediante mascarilla.
4. Administración de adrenalina.

Gráfico de respuestas

Comentario

Está claro que se trata de un neonato con sufrimiento fetal agudo por lo que la primera medida a tomar será la que se indica en la respuesta número 1: IOT y aspiración de secreciones. (R1)

265. A 5-year-old boy with no previous medical history presents to the emergency department due to progressive fatigue and cough accompanied by fever (38°C) for the



past three days. He is tachycardic and hypotensive. A systolic murmur is found on cardiac auscultation. Further significant findings include: hypoperfusion signs (oliguria and acral cyanosis) and painful hepatomegaly. What is the most likely diagnosis?

1. Acute myocarditis.
2. Rheumatic fever.
3. Kawasaki disease.
4. Acute pericarditis.

Gráfico de respuestas

Comentario

En un paciente sin factores de riesgo cardiovascular, con datos clínicos de insuficiencia cardiaca, asociado a antecedente de síndrome febril, se deberá descartar el diagnóstico de miocarditis vírica.(R1)

266. Entre los medicamentos que disminuyen la eficacia de los anticonceptivos hormonales orales de forma importante, se encuentra:

1. Ampicilina.
2. Fenilbutazona.
3. Rifampicina.
4. Furosemide.

Gráfico de respuestas

Comentario

Es importante que conozca las interacciones farmacológicas de ciertos fármacos, sobre todo que los tenga clasificados como inductores o inhibidores enzimáticos.

La rifampicina es un inductor del citocromo P-450, por lo tanto disminuye la eficacia de aquellos fármacos que utilizan este sistema enzimático para ser metabolizados, como los anticoagulantes orales como la warfarina y los anticonceptivos orales. Durante la toma de rifampicina los anticonceptivos orales no serán eficaces por lo tanto se necesitarán métodos de barrera durante ese tiempo.(R3)



267. Paciente de 56 años, con molestias abdominales inespecíficas continuas desde hace unos meses, que acude a su revisión ginecológica. En el examen ginecológico muestra unos genitales externos normales, cuello sano macroscópico, útero normal, anexo izquierdo normal, mientras que en el lado derecho se palpa una tumoración móvil de 7 cm de diámetro. El USG ginecológico demuestra la formación ovárica que se muestra en la imagen. ¿Cuál sería la actitud más adecuada?

1. Sospecho endometrioma y realizo quistectomía laparoscópica.
2. Sospecho endometrioma y realizo anexectomía laparoscópica.
3. Sospecho disgerminoma y realizo laparotomía exploradora y cirugía radical.
4. Sospecho adenocarcinoma mucoso, realizo anexectomía con estudio intraoperatorio de la lesión y, si es positivo, completo con cirugía radical.

Gráfico de respuestas

Comentario

Una pregunta difícil, pero no imposible. Lo que más llama la atención es la imagen tabicada que nos muestra el USG, por lo que no deberíamos pensar en endometriomas ni disgerminomas, que formarían masas de consistencia sólida. Bajo este punto de vista, un teratoma podría ser una opción más razonable, ya que puede ser quístico. Sin embargo, es más frecuente en mujeres jóvenes, y nuestra paciente tiene 56 años. Por otra parte, más que tabiques, lo que muestra un teratoma quístico en el USG son bolas móviles que pueden cambiar con la posición de la paciente. Aunque este movimiento no puede apreciarse en una imagen estática como la que nos presentan, sí podemos apreciar que se trata de tabiques, y no imágenes esféricas individuales. (R4)

268. Supongamos que el diagnóstico anatomopatológico de la paciente del caso anterior fue cistoadenocarcinoma seroso de ovario de bajo grado de malignidad, con células malignas en el lavado peritoneal. En la exploración de la cavidad abdominal no se observaron otras lesiones. ¿En qué estadio se encuentra el tumor?

1. IC.
2. IIA.
3. IIC.



4. III.

Gráfico de respuestas

Comentario

Una pregunta sencilla en la que no nos hace ninguna falta considerar la imagen ecográfica. Solamente exige conocer el estadiaje del cáncer de ovario. Por el momento, basta que recordemos que el estadio I hace referencia a tumores limitados al ovario, como en este caso. Lo que sucede es que, cuando existe un lavado peritoneal positivo, se trata de un estadio Ic. Genéricamente, el Ic se define como la afectación de uno o los dos ovarios, con la cápsula rota, tumor en la superficie, ascitis tumoral o lavado peritoneal positivo. Es importante darse cuenta de que un lavado peritoneal positivo, en este tumor, no nos ubica directamente en el estadio IV. (R1)

269. Una vez recuperada la paciente del tratamiento quirúrgico, acude a la consulta para evaluar la necesidad de tratamiento complementario. ¿Qué tratamiento aplicaría?

1. No precisa tratamiento adyuvante, sólo revisiones periódicas.
2. Quimioterapia adyuvante.
3. Radioterapia adyuvante.
4. Quimioterapia y, una vez completada, cirugía de estadificación.

Gráfico de respuestas

Comentario

En el cáncer de ovario, los estadios IA y IB, si su grado histológico es G1 o G2, no se precisa ningún tratamiento adyuvante. Sin embargo, el resto del estadio I (IA y IB en grado G3, y todos los IC) precisan tres ciclos de quimioterapia adyuvante, que incluya derivados del platino (cisplatino). Del IIA en adelante, también se emplea este tipo de adyuvancia (derivados del platino y taxol). (R2)

270. La infección congénita por citomegalovirus:

1. Produce frecuentemente lesiones óseas.
2. Es más frecuente en hijos de madre con hepatitis B.
3. Es más frecuente en hijos de madres HIV positivas.
4. Es sintomática la mayoría de las veces.

Gráfico de respuestas

Comentario

La infección por CMV es la infección connatal más frecuente. Afecta preferentemente a los hijos de madre coinfectada por HIV y CMV, y a aquellas madres que sufren la primoinfección por CMV durante el embarazo. Si la infección tiene lugar en la primera mitad del embarazo, hay mayor riesgo de desarrollar infección sintomática (calcificaciones periventriculares, coriorretinitis, microcefalia). Si la infección ocurre en la segunda mitad - condición mucho más frecuente -, permanecerá asintomática, pero dejará como secuela hipoacusia neurosensorial. (R3)

271. A 34-year-old physician presents to the emergency department with high-grade fever, malaise, chills and severe headache for the last 3 days. He has recently arrived back in the United States, after being in Africa, doing humanitarian aid work. He adds that he had a similar episode before leaving Africa, that started with intense chills and shivering followed by fever. His temperature is 39.0 °C, respiratory rate is 20/min, blood pressure is 90/60 mm Hg and pulse is 100/min. Physical examination reveals pallor and hepatosplenomegaly. Which of the following is the most likely cause of this patient's condition?



1. Plasmodium falciparum.
2. Babesia microti.
3. Neisseria meningitidis.
4. Influenza virus.

Gráfico de respuestas

Comentario

Plasmodium falciparum. Recurrent high fever every 48-72 hours (depending on the plasmodium spp) after a trip to an endemic area = MALARIA. (R1)

272. Neonato, nacido en parto vaginal a las 36 semanas de gestación, sin incidencias, tras 8 horas de bolsa rota y líquido claro, que a las 48 horas de vida comienza con mal estado general, frecuencia cardíaca de 195 lpm, frecuencia respiratoria de 67 rpm y temperatura de 37.5° C. Se encuentra quejoso y presenta un cutis reticular generalizado. La auscultación pulmonar es normal y en la cardíaca se detecta un soplo sistólico III/VI. En la palpación abdominal no se aprecian masas ni megalias. El neonato se encuentra poco reactivo y algo hipotónico, con fontanela anterior levemente abombada. En los exámenes complementarios presenta 4,500 leucocitos/mm³, 1,400 neutrófilos/mm³ PCR 15 mg/l, PCT 12 ng/ml. Se decide realizar punción lumbar en la que se observan 205 hematíes/mm³, 1300 leucocitos/mm³ (90% polimorfonucleares, 10% mononucleares), glucosa de 3 mg/dl, proteínas 342 mg/dl y ácido láctico 77 mg/dl. En la tinción de Gram no se observan microorganismos. Ante la sospecha clínica, señale de entre las siguientes, la afirmación INCORRECTA:

1. El paciente presenta una sepsis neonatal precoz.
2. El tratamiento empírico de elección es ampicilina y gentamicina intravenosas.
3. Los gérmenes más frecuentemente causantes de esta enfermedad son el Streptococo agalactiae y la Escherichia coli.
4. La probabilidad de un curso fulminante y muerte es alta.

Gráfico de respuestas

Comentario

Este neonato padece una sepsis precoz ya que presenta signos clínicos y de laboratorio de sepsis en los primeros 5 días de vida (recuerda que lo fisiológico en los neonatos es la leucocitosis, de manera que debemos sospechar infección si ésta es muy llamativa o existe un recuento bajo de leucocitos). Existen varios factores de riesgo para padecer este cuadro: fiebre materna intraparto, corioamnionitis, bolsa rota prolongada (>12- 24 horas), colonización materna por SGB, infección urinaria materna en el último trimestre, hijo previo afecto y prematuridad o bajo peso al nacer. Nuestro paciente sólo presenta un factor de riesgo: ser prematuro. Los gérmenes más frecuentemente implicados son S. agalactiae y E. coli y el curso de una sepsis precoz suele ser fulminante con afectación multisistémica. Para iniciar un tratamiento empírico debemos valorar la posibilidad de afectación del SNC. En nuestro caso, a pesar de no visualizarse células en el gram del LCR, la clínica y las características del LCR hacen sospechar una meningitis, por lo que el tratamiento de elección es ampicilina y cefotaxima (no gentamicina, ya que ésta no atraviesa bien la barrera hematoencefálica y se administra en los casos en los que se descarta afectación del SNC). (R2)

273. Al realizar la prueba calórica, ¿en cuál de estas enfermedades NO se suele observar hiporreflexia vestibular?:

1. Enfermedad de Menière.
2. Neurinoma del acústico.



3. Laberintitis.
4. Vértigo posicional paroxístico benigno.

Gráfico de respuestas

Comentario

La prueba calórica explora el sistema vestibular en cada oído por separado. Consiste en irrigar el oído con agua fría o caliente lo que provoca un enfriamiento o un calentamiento de la porción lateral del laberinto posterior, sobretodo del conducto semicircular externo que hace relieve en la caja, provocando un gradiente de temperatura en los líquidos del laberinto que al moverse producen el vértigo. En la enfermedad de Meniere y en la laberintitis existe generalmente una lesión en el laberinto por lo que se produce hiporreflexia. En el neurinoma y en la neuritis vestibular la lesión está en el nervio por lo que no transmite el estímulo generado en el oído interno. En el vértigo posicional paroxístico sí se produce ese movimiento de los líquidos del laberinto y se transmiten por el nervio sano. (R4)

274. Secundípara de 40 semanas de amenorrea, con monitorización interna intraparto. Se detectan deceleraciones tipo II en el 50% de las contracciones, por lo que se decide realizar microtoma de pH fetal, con un valor de 7.12. La dilatación es de 5 cm. ¿Qué actitud tomaría frente a esta situación?

1. Cesárea urgente.
2. Aumento del goteo de oxitócicos para acelerar la dilatación e intentar abreviar el expulsivo.
3. Medir el pH materno para descartar acidosis materna, y si se confirma, administrar bicarbonato.
4. Usar un tocolítico hasta que se normalice el pH y después hacer cesárea.

Gráfico de respuestas

Comentario

Nos presenta una gestante a término. En una monitorización interna intraparto, se observan dips tipo II y se realiza una microtoma de sangre fetal (que es la actitud correcta). Recordemos que los valores normales son de 7.25-74.5; prepatológicos, 7.20-7.25, y patológicos por debajo de 7.20. Ante un valor de 7.12, tenemos una acidosis grave, y la actitud es realizar una cesárea de forma inmediata (opción 1 correcta).

Este grado de acidosis es demasiado intenso como para intentar revertirla. Por ello, la respuesta 4 es falsa, pues no se puede esperar para hacer la cesárea. Si aumentamos la dosis de oxitocina, lo único que vamos a conseguir es que aumente el sufrimiento fetal, por aumento de las contracciones, agravando la acidosis todavía más (opción 2 falsa). Descartar acidosis materna como nos dice la opción 3, podría ser válida si el valor del pH estuviera en el rango prepatológico, ya que la acidosis materna influye poco en el pH fetal (0.01-0.02, a lo sumo). (R1)

275. ¿Cuál de los siguientes hallazgos podría reducir de manera falsa los niveles de amilasa en un paciente con pancreatitis aguda?

1. Hipocalcemia.
2. Hipercolesterolemia.
3. Hipertrigliceridemia.
4. Hipopotasemia.

Gráfico de respuestas

Comentario



Pregunta relativamente difícil, pero predecible, y se contesta con el Manual. La amilasa acostumbra a estar elevada en pacientes con pancreatitis aguda, pero existen algunas circunstancias que pueden reducir falsamente los niveles de esta enzima. Una de estas causas es la hipertrigliceridemia, como dice la opción 3. De hecho, la propia hipertrigliceridemia puede ser causa de pancreatitis aguda, así que debe pensar en ella ante una clínica típica con amilasa normal. En el laboratorio, una técnica para detectar la amilasa sería diluir el suero, para que no interfiera con los triglicéridos, con lo que ya sería posible de medir. La insuficiencia renal puede ser causa de falsos positivos. También pueden elevar la amilasa el infarto intestinal, las enfermedades de las glándulas salivales y la perforación gástrica, entre otros. (R3)

276. Paciente de 78 años, fumador de dos paquetes/día desde los 20, con síndrome febril desde hace un mes, ingresado para estudio desde hace tres días. Entre sus antecedentes, destacan infecciones respiratorias de repetición y cólicos nefríticos sin expulsivo. La exploración física es normal, exceptuando una disminución de la fuerza en las cuatro extremidades, y una hipertensión, 175/100, tratada con diuréticos. La radiografía de tórax es compatible con el enfisema que padece el paciente; la radiografía de abdomen es normal. La palpación abdominal demuestra hepatomegalia de dos traveses de dedos. En los exámenes de laboratorio existe hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, resto normal; en la orina se determina piuria estéril. ¿Cuál es la etiología de esta fiebre de origen desconocido y su tratamiento?:

1. Neumonía bacteriana con sepsis: ceftriaxona + amikacina.
2. Fiebre medicamentosa: cambiar diuréticos por un calcioantagonista.
3. Tuberculosis miliar: rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol.
4. Metástasis hepáticas de un carcinoma renal: quimioterapia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Caso clínico de dificultad media-alta, que debe resolverse por exclusión. En este caso, sólo tenemos dos datos: fiebre de un mes de evolución + hepatomegalia + piuria estéril. Veamos opción por opción:

Una neumonía bacteriana hubiese producido infiltrados en la Rx tórax, aparte de que no duraría un mes (opción 1 falsa).

La fiebre medicamentosa no justifica la piuria estéril ni la hepatomegalia (opción 2 falsa).

La piuria estéril no orienta a hipernefroma. Por otra parte, si nos hablan de metástasis hepáticas, cabría esperar una hipertransaminasemia, y los laboratorios son normales (respuesta 4 falsa).

En cambio, una fiebre de un mes de evolución con piuria estéril sí que puede encajar en una tuberculosis miliar. La hepatomegalia también podría presentarse en el contexto de este cuadro. No se deje engañar por la placa de tórax: en la tuberculosis miliar puede ser normal, o no haber signos típicos, y esto no significa que no la tenga. En general, el diagnóstico de tuberculosis miliar es difícil y requiere un elevado índice de sospecha. Por eso, la forma más fácil de acertar esta pregunta es por exclusión. De cara a los casos clínicos típicos del ENARM, recuerda siempre la PIURIA ESTÉRIL, te será de gran ayuda. (R3)

277. En relación con el cáncer de endometrio, ¿cuál de las siguientes respuestas es la CORRECTA?

1. El cáncer de endometrio es más frecuente en mujeres premenopáusicas.
2. Los anticonceptivos orales durante más de tres años es un factor de riesgo.
3. El tratamiento con tamoxifeno es un factor de riesgo.
4. La multiparidad es un factor de riesgo.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta muy fácil y con mención directa en el manual.

El cáncer de endometrio afecta a mujeres ancianas postmenopáusicas (respuesta 1 incorrecta). Los anticonceptivos orales disminuyen su incidencia, sobre todo en el síndrome de ovarios poliquísticos (respuesta 2 incorrecta). El tamoxifeno pertenece a los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos, ejerciendo una acción antiestrogénica en la mama, pero estrogénica en el endometrio, de ahí que sea un factor de riesgo para el adenocarcinoma de endometrio (recuerde que el estímulo estrogénico sin la oposición de la progesterona aumenta el riesgo de cáncer de endometrio) (opción 3 correcta).

La multiparidad sería un factor protector (opción 4 incorrecta) (recuerde que la nuliparidad sí es factor de riesgo en cáncer de mama, endometrio y ovario). (R3)

Factores de riesgo del cáncer de endometrio y de cérvix



278. A full-term newborn with a prolonged operative vaginal delivery is brought to the emergency presenting with a lump on his scalp that was not present at the moment of discharge. It is well demarcated and painless. The child has developed mild jaundice and is quite pale. What is the most likely diagnosis?



1. Cephalohematoma.
2. Caput succedaneum.
3. Subgaleal hematoma.
4. Epidural hematoma.

Gráfico de respuestas

Comentario

Cephalohematoma. The differential diagnosis between caput succedaneum and cephalohematoma is important because prognosis is different. Caput succedaneum is a subcutaneous collection of serosanguineous fluid, it may cross the midline of the skull and it resolves in a few days without treatment. On the other hand, cephalohematoma is a subperiosteal collection of fluid, well demarcated by cranial sutures, it can persist for weeks and it can be associated with other intracranial traumatic injuries. (R1)

279. Cardiopatía más frecuente en el Síndrome de Down:

1. Comunicación interventricular.
2. Conducto arterioso persistente.
3. Estenosis aórtica.
4. Ninguna de las anteriores.

Gráfico de respuestas

Comentario

La cardiopatía más frecuente en el Síndrome de Down es la comunicación intraventricular respuesta número 1, pero debe recordar que la más característica es el canal AV.

(R1)

280. Mujer de 54 años que acude a su consulta por epigastralgia de 3 meses de evolución y anemia leve. La exploración física era normal salvo ligera palidez de mucosa conjuntival. Tras estudio de laboratorio destacaban: Hb 10.3 g/dl, VCM 71.3 fl, HCM 23 pg, ferritina 5, leucocitos 7500/mm³, plaquetas 400,000/mm³, GOT 22 U/L, GPT 33 U/L, GGT 39 U/L, bilirrubina total 0.9 mg/dl, fosfatasa alcalina 68 U/L, colesterol 135 mg/dl, triglicéridos 90 mg/dl, sodio 141, potasio 3.9. Los anticuerpos antitransglutaminasa y antigliadina fueron negativos. Serología: anti-HBs > 100 UI/ml, AgHBs -, antiHBc -, AgHBe -, anti-HBe-, anti-VHC -. Se realizó una gastroscopia en la que se observa en el fondo gástrico una lesión redondeada de origen submucoso de unos 4 cm, con ulceración cubierta de fibrina con puntos de hematina tenues. Una ecoendoscopia demostró el origen submucoso y una PAAF permitió observar células fusiformes CD 4-, CD 8 -, CD 117 + (c-KIT), CD 34 +, actina +, enolasa neuronal específica -, cromogranina A -. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Linfoma gástrico tipo MALT.
2. Leiomioma gástrico.
3. Tumor del estroma gastrointestinal.
4. Pólipo adenomatoso fúndico.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta muy compleja para fines del ENARM, aquí abarcamos 2 conceptos en una pregunta, debes saber interpretar los resultados en sospecha de una infección VHB. Los GIST son tumores



raros de origen mesenquimal cuya forma más frecuente de aparición es en forma de una lesión submucosa que puede ocasionalmente ulcerarse. Se caracterizan por ser en un 95% CD 117 + y 70% CD34 +. Un 30-40% son positivos para actina. El potencial maligno de este tumor viene fundamentalmente determinado por el índice mitogénico (> 25 mitosis por campo de gran aumento) y un tamaño mayor de 3 cm. Es importante mencionar que una opción terapéutica es el uso de imatinib, debido a la presencia de la mutación en c-kit. (R3)

281. ¿Cuál es la neoplasia maligna más frecuente del cuerpo uterino?

1. Adenocarcinoma.
2. Melanoma.
3. Carcinoma epidermoide.
4. Linfoma.

Gráfico de respuestas

Comentario

El carcinoma epidermoide de útero es el cáncer más frecuente de su grupo. **Respuesta 3 correcta.**

282. En relación con el hiperaldosteronismo primario, ¿cuál de estas afirmaciones NO es correcta?

1. Ocasionalmente son tumores bilaterales.
2. Es característica la presencia de hipertensión e hipokalemia.
3. El tratamiento médico se realiza con espironolactona.
4. A pesar de su condición benigna, el tratamiento ideal es quirúrgico, independientemente del tamaño o de que la lesión sea unilateral o bilateral.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta fácil en relación con el hiperaldosteronismo primario. El hiperaldosteronismo primario se origina por un exceso de secreción autónoma de aldosterona por la glándula suprarrenal. Tiene cinco formas distintas: adenoma suprarrenal productor de aldosterona (síndrome de Conn), que es la forma más frecuente, hiperplasia micro o macronodular suprarrenal bilateral, hiperplasia suprarrenal unilateral, HAP remediable con glucocorticoides y carcinoma suprarrenal productor de aldosterona.

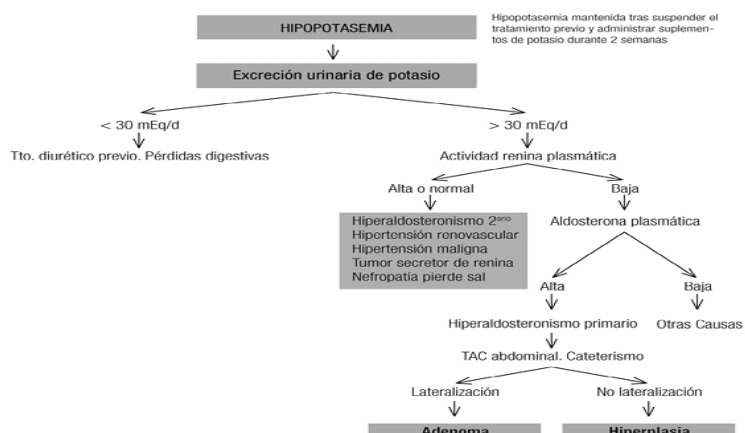
Los cambios clínicos son secundarios al aumento de aldosterona, de modo que la HTA es el hallazgo predominante (consecuencia de la reabsorción aumentada de sodio en el ámbito tubular y la expansión de volumen). Puede surgir hipopotasemia con debilidad muscular, fatiga, calambres e, incluso, parálisis muscular. La depleción de potasio produce un defecto de concentración renal que puede causar poliuria y polidipsia (diabetes insípida nefrogénica). La hipopotasemia ocasiona cambios electrocardiográficos con ondas U prominentes, prolongación de QT y arritmias cardíacas. Si no existe insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal u otras anomalías asociadas característicamente no existe edema, por el fenómeno de escape del sodio.

Se debe hacer screening de hiperaldosteronismo a los pacientes con HTA e hipokaliemia severa o espontánea inducida por diuréticos, a pacientes con HTA sin tratamiento con potasio bajo o límite bajo, incidentalomas suprarrenales, hipertensión refractaria a tratamiento y niños y jóvenes con hipertensión.

El HAP por adenoma se trata mediante la extirpación quirúrgica de éste. En los pacientes en los que la cirugía está contraindicada o que se niegan a ella, la restricción de sodio y la administración de espironolactona suelen controlar la hipopotasemia y la HTA. En el HAP por hiperplasia bilateral, el tratamiento de elección es farmacológico (espironolactona u otros ahorradores de potasio: triamterene, amiloride). La cirugía sólo está indicada cuando la hipopotasemia no se logra controlar con tratamiento médico. En los casos de HAP sensible a glucocorticoides se puede tratar con pequeñas dosis de esteroides o con diuréticos ahorradores de potasio.

Etiología del hipermineralcorticismo

Hiperald 1°	Hiperald 2°	Otros hiperMC
<ul style="list-style-type: none"> · Aldosteronoma (Conn) · Idiopático (hiperplasia micro o macro bilat) · Hiperplasia unilateral · Carcinoma · Remediable con GC 	<ul style="list-style-type: none"> · HTA maligna e hiperreninémica · Edemas · S. Bartter · Nefropatía pierde sal. 	<ul style="list-style-type: none"> · S. de Liddel · Tumores DOCA · Déficit 11 y 17 · Exceso aparente (Cushing)
Aldosterona ↑ ARP ↓	Aldosterona ↑ ARP ↑	Aldosterona ↓ ARP ↓



283. En cuanto a la cicatrización de las heridas, indique cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta:

- Una herida que no afecta a planos profundos en pierna, de 24 horas de evolución, es preferible no suturarla.



2. En el caso de la respuesta anterior, a los 4-5 días puede realizarse un desbridamiento y cierre de la misma
3. El eritema al tercer día de una cirugía, obliga a realizar una revisión quirúrgica de la misma.
4. Los queloides son más frecuentes en pacientes de raza negra.

Gráfico de respuestas

Comentario

En principio parece una pregunta complicada, pero debe leerla con atención. No es un tema especialmente preguntado, pero es bueno conocer algunas generalidades. Lo más importante es que debe dudar de la certeza de toda respuesta que contenga la palabra "siempre". Es habitual en la evolución de las heridas que durante la fase inflamatoria aparezca eritema en la herida; por lo que no se debe realizar una revisión quirúrgica sólo por este dato aislado. Las primeras opciones hacen referencia al cierre por segunda y tercera intención. Recuerde que no se puede suturar una herida contaminada (cierre por segunda intención). En heridas que no se suturan inmediatamente, existe la posibilidad de que en 4-5 días se reduzca el riesgo y entonces se puede reseca los bordes (Friedrich) y proceder a la sutura. (R3)

284. En el diagnóstico diferencial de recién nacido de madres hipertensas debemos considerar a los siguientes diagnósticos, menos:

1. Postmaduros.
2. Neonatos de mujeres con hipertensión arterial esencial.
3. Recién nacidos con sufrimiento fetal por alguna enfermedad crónica en la madre: como nefropatía, neumonía u otros.
4. Neonato de madre diabética.

Gráfico de respuestas

Comentario

Diagnóstico de exclusión. Las tres últimas respuestas se pueden agrupar y pueden tener relación con patología hipertensiva. Respuesta 1 falsa. (R1)

285. A 42-year-old man complains of right upper quadrant fullness. His past medical records show morbid obesity and diabetes mellitus. His physical examination reveals no alteration other than a BMI of 46 kg/m² and a mild hepatomegaly, hardly palpable. Laboratory findings include Alkaline phosphatase 100 U/L, AST 72 U/L, ALT 83 U/L, Total bilirubin 0.8 mg/dL. Hepatitis serology, ceruplasmin, transferrin are normal. Testing for antinuclear antibodies is negative. What causes this patient's increased liver enzymes?

1. Increased hepatic glycogen synthesis
2. Glucagon overproduction
3. Insulin resistance
4. Cirrhosis

Gráfico de respuestas

Comentario

Insulin resistance. In the clinical basis of a metabolic syndrome, elevations of GGT and ALT have been poorly characterized in their association with type 2 diabetes. However, it has been shown that both increased GGT and ALT are biomarkers of systemic and hepatic insulin resistance, with decreased clearance at the hepatic level and increased insulin secretion. (R3)

286. La faringitis estreptocócica está causada la mayor parte de las veces por:





1. Estreptococo del grupo G.
2. Estreptococo del grupo C.
3. Estreptococo del grupo A.
4. Estreptococo del grupo B.

Gráfico de respuestas

Comentario

Las faringoamigdalitis más frecuentes son las de origen vírico. Dentro de las bacterianas, cabe mencionar las producidas por *Mycoplasma*, gonococo y estreptococos. Dentro de las estreptocócicas, la más frecuente (con gran diferencia) es la producida por *S. pyogenes* (grupo A de Lancefield), que a veces se complica con fiebre reumática o con glomerulonefritis postinfecciosa. (R3)

287. En relación al retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) señale lo FALSO:

1. El crecimiento compensatorio luego del nacimiento es más frecuente en el RCIU precoz.
2. Como resultado del estrés en útero, ocasionando por el RCIU, puede acelerarse la maduración de la mayoría de órganos.
3. La medida de la circunferencia abdominal tienen más sensibilidad que la del diámetro biparietal, para detectar RCIU.
4. Existe mayor morbilidad perinatal por asfisia intraparto, acidosis, y aspiración meconial.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta complicada sobre RCIU, no se preocupe si la ha fallado. La **respuesta** incorrecta es la **2**, ya que el estrés puede acelerar la maduración pulmonar. El resto de respuestas son correctas.

288. Un paciente de 40 años, sin antecedentes personales de interés, en pocas horas comienza con: fiebre, cuadro confusional, alteraciones visuales, afasia, trastornos del comportamiento y convulsiones. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable?

1. Encefalitis.
2. Absceso cerebral.
3. Meningitis.
4. Tumor cerebral.

Gráfico de respuestas

Comentario

Un cuadro febril, acompañado de síndrome confusional, debe orientarnos fuertemente hacia una posible encefalitis, sobre todo si además existe focalidad tipo afasia y convulsiones. No se confunda con la meningitis, que no alteraría el nivel de conciencia. Tampoco debe confundirse con un absceso cerebral, donde suele haber más clínica debida a la ocupación de espacio (síndrome de hipertensión intracraneal, con cefalea, etc). (R1)

289. Teniendo en cuenta que el crecimiento intrauterino retardado de tipo II (CIR tipo II) es el más frecuente de los retardos del crecimiento (aproximadamente 70% del total) y tiene como principal responsable del cuadro la insuficiencia útero-placentaria, que no suele afectar al crecimiento fetal hasta el tercer trimestre de la gestación, ocasionando una redistribución del gasto cardíaco fetal hacia los órganos vitales ¿cuál es el principal parámetro en el estudio del crecimiento intrauterino retardado (CIR) de tipo II?:



1. Altura de fondo uterino.
2. Diámetro biparietal.
3. Diámetro abdominal.
4. Relación perímetro cefálico/perímetro abdominal.

Gráfico de respuestas

Comentario

El retraso de crecimiento que aparece en las últimas semanas del embarazo se denomina CIR asimétrico o tipo II. Este se caracteriza por ADELGAZAMIENTO o estacamiento de los diámetros abdominales. Por tanto, en el caso del CIR II el parámetro ecográfico más fiable es la relación entre el perímetro cefálico y el perímetro abdominal, dado que puedes valorar la desproporción que sufre el feto (que no valoras si solo usas el diámetro abdominal). (R4)

290. Indique cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA:

1. En la gestación aumenta el número de plaquetas.
2. En la gestación disminuye la concentración de fibrinógeno.
3. La cifra leucocitaria a lo largo de la gestación no se modifica significativamente.
4. La actividad fibrinolítica está aumentada en el embarazo.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta bastante fácil sobre los cambios hematológicos maternos durante la gestación. Dichos cambios son un aumento de las tres series hematológicas; aumento de la masa eritrocitaria, leucocitosis leve sin desviación izquierda, hipercoagulabilidad por aumento de los factores de la coagulación, trombocitosis leve (respuesta correcta la 1) y aumento de los reactantes de fase aguda como el fibrinógeno. Recuerde que durante el embarazo existe una ferropenia no olvide que es dilucional (por ello se suele suplementar con hierro oral). (R1)

291. Los fármacos finasteride y dutasteride, inhibidores de la 5-alfa-reductasa, están indicados en el tratamiento único o combinados con alfa-bloqueantes de los síntomas producidos por:

1. Adenocarcinoma renal de células claras.
2. Hiperplasia prostática benigna.
3. Litiasis urinaria infectiva.
4. Infección urinaria recidivante.

Gráfico de respuestas

Comentario

Finasteride y dutasteride son tratamiento de HBP no complicada solos (segundo escalón terapéutico) o combinados con alfa-bloqueantes (en segundo escalón o como terapia combinada de inicio si se menciona el estudio Combat). Son inhibidores de la 5-alfa-reductasa y no hay que confundirlos con los inhibidores de la 5-fosfodiesterasa, como por ejemplo el sildenafil o el tadalafilo, para el tratamiento de la disfunción eréctil. (R2)

292. Mujer de 65 años, que consulta por presentar dispareunia ocasional, secreción vaginal amarillenta y sangrado poscoital. ¿Cuál es el tipo de vaginitis más probable?

1. Bacteriana.
2. Trichomonas.



- 3. Atrófica.
- 4. Inflamatoria.

Gráfico de respuestas

Comentario

Debido al mismo origen embriológico de la vagina, trigono uretral y vejiga, las vías urinarias inferiores presentan cambios atróficos por falta de estrógenos. Son comunes las quejas tanto de síntomas urinarios (disuria, infecciones urinarias frecuentes) como los propios de vaginitis atrófica: prurito, sequedad vaginal, dispareunia, sangrado vaginal, así como flujo ocasional.

Dado que tiene 65 años y no se habla de relaciones sexuales de riesgo, la respuesta correcta sería la 3, de origen atrófico. (R3)

293. Un niño de 2 años desarrolla diarrea con sangre posterior a la ingesta en un restaurante. Pocos días después presenta palidez y letargia, su cara se edematiza y la madre nota que orina poco. Los exámenes de laboratorio revelan: hematocrito bajo, plaquetopenia; sangre y proteína positivas en orina. ¿Qué diagnóstico explica estos síntomas?:

- 1. Intususcepción.
- 2. Púrpura de Henoch – Shönlein.
- 3. Síndrome urémico – hemolítico.
- 4. Divertículo de Meckel.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta sencilla sobre un caso típico de SHU. **Respuesta correcta: 3.**

Se presenta con la triada: anemia hemolítica microangiopática, trombocitopenia e insuficiencia renal. Generalmente causado por E. coli O157:H7. (R3)

294. Si se sospecha el diagnóstico de artritis por cristales de pirofosfato con condrocalcinosis, ¿cuáles son las radiografías más idóneas para confirmarlo?:

- 1. Hombros, pelvis y manos.
- 2. Manos, rodillas y pelvis.
- 3. Sacroilíacas y rodillas.
- 4. Hombros, pelvis y pies.

Gráfico de respuestas

Comentario

La rodilla es la articulación más afectada en la artropatía por pirofosfato cálcico dihidratado (PPCD). Otras localizaciones son las muñecas, sínfisis del pubis, hombros, tobillos, codos y manos. La mejor respuesta es la tercera ya que indica entre otras localizaciones la más frecuente que es la rodilla. Los datos clínicos y radiológicos indican que el depósito de PPCD es poliarticular al menos en dos tercios de los pacientes. Cuando el cuadro clínico se parece al de una artrosis lentamente progresiva, el diagnóstico puede ser más difícil. En tales casos, la distribución de las lesiones articulares pueden ser una buena pista para identificar la artropatía por PPCD. Por ejemplo, la artrosis primaria rara vez afecta a las articulaciones metacarpofalángicas, las muñecas, los codos, los hombros o tobillos. Si en la radiografía se observan depósitos densos, puntiformes o lineales en el cartílago hialino (condrocalcinosis), aún se consolida más el diagnóstico de artropatía por PPCD. (R2)

295. De las siguientes afirmaciones, referidas al proceso de reparación de las heridas, ¿cuál de ellas NO es cierta?

1. El factor de crecimiento derivado de las plaquetas (PDGF) tiene un papel importante en la síntesis del colágeno.
2. El factor de crecimiento derivado de las plaquetas (PDGF) no es liberado por los macrófagos de la herida.
3. El factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) estimula la angiogénesis.
4. La interleukina 1 (IL1) está implicada en la angiogénesis.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta de dificultad elevada acerca del proceso de reparación de las heridas. Ha de conocer que el factor derivado de las plaquetas (PDGF) es liberado por los macrófagos de la herida y tiene un papel primordial en la síntesis de colágeno y en la migración y proliferación de los fibroblastos. Además de este factor plaquetario, intervienen otros factores como el VEGF (factor de crecimiento del endotelio vascular) que interviene en la formación de vasos. (R2)

296. Femenino de 44 años presenta lesiones de 18 meses de evolución eritematoedematosas, con descamación, en cara, dorso de manos, antebrazos, escote y espalda, acompañadas de astenia y anorexia. Un brote mas intenso llega a provocar la aparición de lesiones vesiculoampollosas sobre las persistentes. Nunca hizo lesiones en mucosas. Histológicamente se aprecia degeneración hidrópica de la capa basal, edema dérmico, infiltrado linfocitario perianexial, IFD IgG e IgM en la unión dermoepidérmica con patrón granular ANA 1/1280, ENA antiRo y antiLa +. ¿Cuál es su diagnóstico?:

1. Eritema exudativo multiforme mayor.
2. Necrolisis epidérmica tóxica.
3. Penfígoide ampollosa.
4. Lupus eritematoso variedad ampollosa.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta tiene cierta dificultad, pero puede contestarse con facilidad si se van descartando opciones.

En el eritema exudativo multiforme mayor y en la necrolisis epidérmica tóxica, la evolución es mucho más aguda, las lesiones mucosas prominentes, y suelen relacionarse con el consumo de algún fármaco (opciones 1 y 2 incorrectas).

La edad de la paciente, la distribución de las lesiones, la afectación del estado general, la ausencia de prurito, la histología y la inmunofluorescencia, no se corresponden con un penfígoide ampollosa (opciones 3 incorrectas).

Queda, por exclusión, la opción 4, que es concordante con la clínica, la histología, la inmunofluorescencia, y la presencia de anticuerpos antinucleares. (R4)

297. Es FALSO, respecto a la alfafetoproteína, que:



1. Entre un 75% y 80% de los carcinomas hepáticos cursan con aumento de esta proteína.
2. Puede estar elevada en necrosis hepáticas masivas.
3. Niveles elevados de alfafetoproteína pueden observarse en la cirrosis hepática.
4. Niveles superiores a 500 ng/ml orientan hacia el diagnóstico de hepatocarcinoma.

Gráfico de respuestas

Comentario

La alfafetoproteína es un marcador que puede elevarse en muy diversas situaciones. Aparece en el 80% de los carcinomas hepáticos, pero puede estar elevada también en necrosis hepáticas masivas y en cirrosis hepática. Por este motivo no puede usarse como diagnóstico de la enfermedad y sólo puede ser usada como seguimiento. (R4)

298. Un neonato de 20 días de vida presenta vómitos desde hace una semana, alguno de ellos en proyectil. La exploración muestra una leve deshidratación. En los laboratorios de urgencias destaca una alcalosis metabólica. ¿Qué actitud tomaría en primer lugar frente a este paciente?

1. Indicar un ultrasonido abdominal.
2. Tratamiento antiemético con cisapride.
3. Reposición hídrica vía oral con solución hidratante baja en sodio.
4. Observación hospitalaria.

Gráfico de respuestas

Comentario

La presencia de vómitos y deshidratación también podría ser compatible con una insuficiencia suprarrenal, pero no la alcalosis metabólica (todo lo contrario, habría acidosis). Lo que quieren representarnos en este caso clínico es una estenosis hipertrófica del píloro, que va haciéndose más grave a medida que pasan los primeros días de vida, hasta que los vómitos son tan intensos que el niño se deshidrata y entra en alcalosis metabólica, como consecuencia de la pérdida de ácido clorhídrico que se produce a nivel gástrico. La prueba que habría que elegir, por lo tanto, sería el ultrasonido abdominal, que mostrará lo que estamos buscando, la hipertrofia pilórica. (R1)

299. La mayoría de los casos de coartación aórtica se encuentran:

1. Entre las arterias carótidas derecha e izquierda.
2. Entre la carótida izquierda y la arteria subclavia izquierda.
3. Por debajo de la arteria subclavia izquierda.
4. A nivel del diafragma.

Gráfico de respuestas

Comentario

La coartación de aorta se localiza por debajo del nacimiento de la subclavia izquierda, siendo la mayoría postductales (forma ?adulto?) y menos frecuentemente preductales (forma ?infantil?). La forma preductal suele ser la más grave, produciendo manifestaciones clínicas precozmente. De hecho, muchos niños con esta anomalía no sobreviven el período neonatal. El pronóstico de la forma postductal es mucho mejor. Recuerda que en los varones la coartación de aorta es dos veces más frecuente que en mujeres, aunque las mujeres con síndrome de Turner padecen frecuentemente coartación de aorta. Otras asociaciones de esta cardiopatía que debes recordar son la válvula aórtica bicúspide y los aneurismas del polígono de Willis. (R3)

300. A 27-year-old woman who is 8 months pregnant presents to the emergency department complaining of right lumbar pain and dysuria. She claims that she has no fever. Her past history is relevant for recurrent urinary tract infections. Urinalysis reveals: positive leukocyte esterase and nitrites. 15-20 WBC/high power field. Considering that her physician wants to prescribe her antibiotic therapy, which of the following is the most common bacteria responsible for urinary tract infections in pregnant women?

1. Escherichia coli.
2. Enterococcus faecalis.
3. Streptococcus agalactiae.
4. Proteus mirabilis.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta imprescindible, concepto repetidísimo, imposible fallar. E. coli es el germen más frecuentemente implicado en la aparición de infecciones del tracto urinario. Para pensar en cualquier otro agente causal, normalmente se daría un dato específico, como una litiasis, por ejemplo, que haría pensar en un germen ureasa positivo. **(R1)**

301. Atiende Ud. a un paciente politraumatizado con fracturas de húmero, pelvis y tibia abierta que presenta disminución del nivel de consciencia, intensa palidez cutaneomucosa, sudoración profusa, TA 80/50, taquicardia y oliguria. De las siguientes, la causa más probable del estado de choque es:

1. Sepsis por sobreinfección de la fractura abierta.
2. Reacción vagal debido al dolor intenso causado por las múltiples fracturas.
3. Choque hipovolémico por la fractura de pelvis.
4. Choque anafiláctico.

Gráfico de respuestas

Comentario

En este caso nos encontramos ante un paciente con un estado de choque, que por sus características clínicas, la taquicardia, la oliguria y la hipotensión, nos da las pistas para sospechar que se trata de un choque hipovolémico por sangrado. De entre las 2 opciones que nos dan este tipo de choque, nos decantaríamos por la fractura de pelvis, ya que es la que con más probabilidad da complicaciones por sangrado. Si se tratara de un choque vaso vagal, secundario al dolor, el dato característico que darían sería la bradicardia más hipotensión. **(R3)**

302. Durante el trabajo de parto de un niño se observa partículas de meconio en el líquido amniótico, ¿Qué procedimiento debe realizarse luego de colocarlo bajo calor radiante?

1. Secarlo y administrarle oxígeno.
2. Suctionar meconio residual de hipofaringe y suctionar tráquea.
3. Secarlo y observar.
4. Secarlo, posicionarlo y suctionar boca.

Gráfico de respuestas

Comentario

Respuesta sencilla. La **respuesta correcta es la 2.**

303. Una gestante de 10 semanas que acude a recoger los resultados de laboratorio de primer trimestre y en el cultivo de orina se encuentran >100,000 UFC de E. coli. La paciente está asintomática. ¿Qué tratamiento debe recibir?:

1. Ninguno, dado que está asintomática.
2. Quinolonas.
3. Fosfomicina.
4. Tetraciclinas.

Gráfico de respuestas

Comentario

La bacteriuria asintomática en la gestante es necesario tratarla, ya que tiene más riesgo de progresar a ITU y a pielonefritis aguda y a provocar amenaza de parto pretérmino. Todos los antibióticos anteriores son teratogénicos excepto la fosfomicina así lo indica la guía de práctica clínica. (R3)

304. Respecto a los tumores carcinoides señale la afirmación INCORRECTA:

1. Los derivados del intestino anterior secretan predominantemente 5-hidroxitriptófano y se relacionan con una delección del cromosoma 11q13.
2. Los derivados del intestino posterior producen predominantemente serotonina.
3. La cromogranina A es segregado por todos los tipos de carcinoides.
4. Los carcinoides gástricos se clasifican en 3 tipos, asociándose los del tipo 1 a gastritis crónica atrófica.

Gráfico de respuestas

Comentario

Los tumores carcinoides se clasifican según su origen embriológico en:

- Carcinoides del intestino anterior, productores de síndrome carcinoide en el 30% de los casos, asociándose a la secreción de 5 hidroxitriptófano. Se relacionan con una delección del cromosoma 11
- Carcinoides del intestino medio que producen síndrome carcinoide en el 70% de los casos, asociado a la secreción de 5 hidroxitriptófano y serotonina. Se relacionan con una delección del cromosoma 18
- Carcinoides del intestino posterior, que no producen 5 hidroxitriptófano ni serotonina, estando ausente el síndrome carcinoide. La genética molecular de este último grupo es desconocida.

Por otra parte, los carcinoides gástricos (forman parte del primer grupo) se clasifican a su vez en:

- Tipo I: asociado a gastritis crónica atrófica
- Tipo II: asociado a Sd. Zollinger- Ellison, formando parte del MEN-
- Tipo III: carcinoide esporádico sin hipergastrinemia. (R2)

305. Respecto al desarrollo psicomotor normal del niño, señale la afirmación CORRECTA:



1. Junta las manos en la línea media a los 6 meses.
2. Vuelve las páginas de un libro a los 8 meses.
3. Usa 4-6 palabras a los 9 meses.
4. Se sienta sin apoyo a los 6 meses.

Gráfico de respuestas

Comentario

Regla del 3:

a los 3 meses levanta la cabeza, a los 6 meses se sienta, a los 9 meses se pone de pie y a los 12 meses camina. (R4)

306. ¿Cuál es la trisomía más frecuente en la clínica?

1. Trisomía 21.
2. Trisomía 18.
3. Trisomía 13.
4. Trisomía 16.

Gráfico de respuestas

Comentario

La trisomía más frecuente en general es la 16, pero en la clínica es el síndrome de Down o trisomía 21. **Respuesta 1 correcta.**

307. Paciente de 1 año de edad, quien desde hace 3 días presenta evacuaciones líquidas, con moco, sin sangre, vómitos y fiebre. Desde hace un día los vómitos se han intensificado, presenta evacuaciones con sangre, desarrolla palidez marcada y oliguria. La presunción diagnóstica es:

1. Disentería por Shigella.
2. Intususcepción.
3. Divertículo de Meckel.
4. Síndrome urémico hemolítico.

Gráfico de respuestas

Comentario

El síndrome hemolítico urémico es una microangiopatía trombótica que afecta a diversos órganos, con predominio sobre el riñón, el tubo digestivo y el SNC. Es una de las causas más frecuentes de IRA en niños menores de cinco años. Suelen existir antecedentes de gastroenteritis enteroinvasiva por E. coli serotipo O157:H7 aunque también se describen casos precedidos por Shigella.

Entre uno y 15 días tras el episodio desencadenante, se producen:

- Alteraciones hematológicas (preceden a fallo renal): anemia hemolítica microangiopática y trombopenia. No alteraciones coagulación, ni CID.

-Disfunción renal: oligoanuria, hematuria, HTA.

- Afectación SNC (más frecuente PTT).



- Afectación gastrointestinal.

(R4)

308. Señale el concepto FALSO, en relación a enfermedades infectocontagiosas:

1. La descamación gruesa es clásica de la escarlatina.
2. La infección de la piel es muy frecuente en la varicela.
3. El polimorfismo regional es clásico en la rubéola.
4. La hipertermia predomina en el exantema súbito.

Gráfico de respuestas

Comentario

La opción 3 es la falsa ya que la rubéola causa un exantema por todo el cuerpo bastante uniforme, y no con polimorfismo regional. (R3)

309. Los corpúsculos de Heinz que aparecen en los sujetos con déficit de G-6-fosfato deshidrogenasa eritrocitaria (señalar lo que es FALSO):

1. Son un dato específico en este trastorno.
2. Se presentan también en otras anemias enzimopénicas.
3. Se pueden visualizar en tinción con Giemsa.
4. Son corpúsculos de globina precipitados en los hematíes.

Gráfico de respuestas

Comentario

Una pregunta aparentemente difícil, pero en realidad regalada. Sólo puede haber una opción falsa, y las respuestas 2 y 3 dicen que los cuerpos de Heinz pueden aparecer en otras enfermedades... Por ello, al menos una de las dos debe ser cierta, lo que hace que la 1 sea falsa con toda seguridad (aunque sus conocimientos sean nulos sobre el tema).

Los corpúsculos de Heinz se deben a la precipitación de la Hb, o de partes de ésta, en el interior del eritrocito. Se pueden observar en algunas talasemias alfa o en determinadas hemoglobinopatías inestables, al teñirlas con diferentes tinciones. Por ello, su hallazgo es poco específico de una patología en particular (opción 1 falsa). (R1)

310. Si un recién nacido no inicia una respiración en respuesta a la estimulación táctil se debe asumir que está en apnea y debe suministrarse

1. Primaria, oxígeno.
2. Secundaria, ventilación a presión positiva.
3. Primaria, masaje cardíaco.
4. Secundaria, masaje cardíaco.

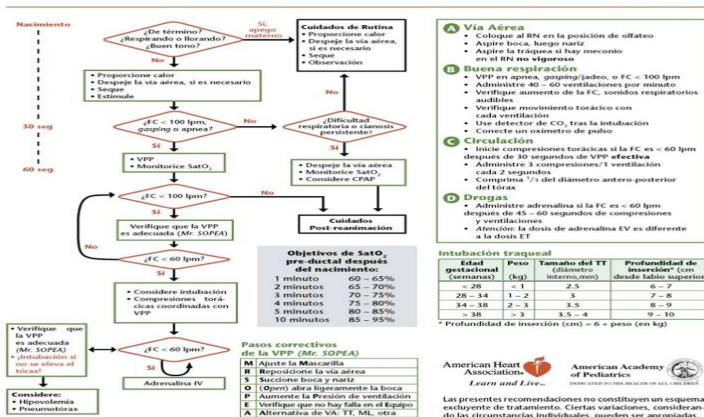
Gráfico de respuestas

Comentario

La respuesta correcta es la número 2.

Recuerda el siguiente algoritmo:





311. Señale, de los que a continuación se refieren, cuál es el oncogén implicado en la patogénesis del cáncer de mama que se utiliza actualmente como una diana terapéutica mediante un anticuerpo monoclonal específico frente a este oncogén:

1. ERBB2 o HER-2.
2. ATM.
3. K-RAS.
4. APC.

Gráfico de respuestas

Comentario

Actualmente, existe un anticuerpo monoclonal que puede ser empleado frente al oncogén Her-2, que recibe el nombre de trastuzumab. (R1)

312. Niño de 2 años que presenta fiebre elevada de 4 días de evolución, con afectación del estado general y ligera irritabilidad. A la exploración destaca la presencia de un exantema maculopapuloso discreto en tronco e hiperemia conjuntival bilateral sin secreción. Presenta además enrojecimiento bucal con lengua aframbuesada e hiperemia faríngea sin exudados amigdalares, además de adenopatías laterocervicales rodaderas de unos 1.5 cm de tamaño. Ha recibido 3 dosis de azitromicina. ¿Cuál, entre los siguientes, es el diagnóstico más probable?

1. Síndrome de Kawasaki.
2. Escarlatina.



3. Rubéola.
4. Mononucleosis infecciosa.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta fácil en forma de caso clínico típico de la enfermedad de Kawasaki.

Esta pregunta expone, en forma de caso clínico, la historia de un paciente con enfermedad de Kawasaki. Esta entidad se diagnostica mediante el cumplimiento de sus criterios diagnósticos. Además de la fiebre, aquí aparecen cuatro: exantema, conjuntivitis bilateral no purulenta, cambios en la mucosa oral (eritema labial, lengua aframbuesada) y adenopatías.

La enfermedad acostumbra a presentarse con fiebre alta de más de cinco días de evolución que no responde a antibióticos (el niño ha recibido tres dosis de azitromicina).

Además de los cuatro criterios diagnósticos que aparecen en la pregunta, pueden aparecer alteraciones en las zonas periféricas de las extremidades, como edema y eritema en manos o pies, descamación de inicio periungueal, que suelen aparecer entre la primera y la tercera semana. La manifestación más significativa por su gravedad es la afectación cardíaca, que ocurre en un 10-40% de los casos.

Se produce vasculitis coronaria en las dos primeras semanas con posterior formación de aneurismas en cuentas de rosario.

Una regla mnemotécnica acerca de las características de la enfermedad de Kawasaki: ABCDEFG: adenopatías, boca (alteraciones mucosa orofaríngea), conjuntivitis, descamación, exantema, fiebre y gammaglobulina en su tratamiento.

Recuerda un dato muy novedoso (año 2005) acerca de la etiología de dicha enfermedad: se relaciona con el coronavirus New Haven que actuaría como un superantígeno.

La clínica del exantema súbito es muy típica y fácil de reconocer en el ENARM. Se produce en niños menores de tres años. Se caracteriza por fiebre muy alta con aparente buen estado general y sin foco durante tres a cinco días y al tercer o cuarto día la desaparición brusca de la fiebre coincidiendo con la aparición de un exantema que no afecta ni a cara ni a extremidades inferiores. Lo causa el VHH tipo 6.

La escarlatina es un cuadro brusco con fiebre y aspecto de enfermedad grave con una lengua en fresa blanca (recubierta por una capa blanquecina) primero y una lengua roja (por descamación aparece una lengua hiperémica). Las amígdalas aparecen cubiertas de un exudado blanco acompañadas de un enantema en el paladar blando. Asimismo, aparece un exantema que predomina en pliegues y que se palpa mejor que se ve (líneas de Pastia). En la cara existe un intenso eritema en frente y mejillas que respeta el triángulo nasogeniano (facies de Filatov). El cuadro está producido por el *S. pyogenes*.

La rubéola se caracteriza por una fase prodrómica de catarro leve con fiebre moderada y conjuntivitis sin fotofobia. El signo más característico es la aparición 24 h antes del exantema de adenopatías retroauriculares, cervicales posteriores y postoccipitales. El exantema es morbiliforme, se inicia en zonas retroauriculares y desde allí desciende centrífugamente afectando en 24 h a todo el cuerpo, respetando palmas y plantas.

La mononucleosis infecciosa afecta típicamente a sujetos entre 15 y 25 años y la produce el VEB.

El cuadro comienza con síntomas gripales que duran 7-14 días seguidos de un cuadro florido con fiebre alta, dolor faríngeo intenso, adenopatías de predominio cervical, hepatoesplenomegalia y rash cutáneo maculopapular (sobre todo, en pacientes tratados erróneamente con ampicilina al suponer que el cuadro de faringitis es de etiología bacteriana). (R1)

	CAUSA	INCUBACIÓN	CONTAGIOSIDAD	EXANTEMA	CLÍNICA	DIAGNÓSTICO HABITUAL	TRATAMIENTO / COMPLICACIONES
Sarampión	Morbillivirus (Paramyxovirus) ADN	1-2 s	- 5 días antes de la erupción hasta 5 días después - Máxima en pródromos	- Centrífrago, rojo, maculopapuloso - Confluyente - Descamación furfurácea	- Fiebre alta - Tos, coriza, conjuntivitis, fotofobia - Koplik	Clinico	- Sintomático - Neumonía, otitis, encefalitis - PEES
Rubéola	Togavirus ARN	2-3 s	7 días antes del exantema hasta 7 días después	- Centrífrago, rojo, maculopapuloso - Menos confluyente, puede serlo en la cara - Enantera (Forchheimer) - Semejante al sarampión, pero de evolución más rápida	- Fiebre moderada - Malestar general - Adenopatías retroauriculares y cervicales	- Clinico - Serologías	- Sintomático - Artritis de pequeñas articulaciones, encefalitis infrecuente
Exantema súbito (roseola infantum o 6ª enfermedad)	Herpes virus 6 ADN	1-2 s	?	Tronco, maculoso o maculopapuloso	- 3 días de fiebre alta, que cesa con el exantema - Niños 6 meses - 2 años	- Clinico - En primeras 24-36 h, es característica la leucocitosis con neutrofilia	- Sintomático - Convulsiones febriles
Megaloteritema (eritema infeccioso, 5ª enfermedad)	Parvovirus B19 ADN	1-2 s	?	- El "bofetón" - Maculopapuloso en tronco - Reticulado	Afebril	Clinico	- Sintomático - Recurrencia con el ejercicio
Varicela	Virus varicela-Zoster (VZ) ADN	2-3 s	- Es la más contagiosa - Unos días antes de la clínica hasta que todas las vesículas son costras	- Vesículas sobre base eritematosa, dispersas - Polimorfo	- Síndrome febril moderado - Prurito	- Clinico - Aislable en lesiones	- Sintomático - Aciclovir en casos graves - Impetiginización - Sd. Reye, SNC - Neumonía
Mononucleosis infecciosa	Virus de Epstein-Barr ADN	1-7 s	Incluso meses después	- Inconstante; a veces desencadenado por ampicilina - Tronco	- Síndrome febril - Adenopatías - Faringoamigdalitis - Esplenomegalia	- Clinico - Paul-Bunnell - Serología - Linfocitos atípicos	- Sintomático - Corticoides, si existe obstrucción de la vía aérea - Anemia - Rara rotura esplénica - Enfermedad de Duncan
Escarlatina	Str. grupo A (<i>Pyogenes</i>)	3-5 días	En fase aguda, hasta 24 h después de comenzar tratamiento antibiótico	- Difuso, maculopapuloso "en lija" - Signo de Pastia - Facies de Filatov - Descamación foliácea	- Amigdalitis - Fiebre	- Clinico - Cultivo faríngeo	- Penicilina - Fiebre reumática - Glomerulonefritis
Kawasaki	¿Superantígeno?	?	No	- Edema / Eritema - Labios rojos y agrietados - Lengua en fresa - Descamación en dedo de guante	- Fiebre - Adenopatías - Conjuntivitis - Muy variable	Clinico	- AAS+ Ig - Aneurismas coronarios

313. Una mujer de 65 años acude a revisión de su patología tiroidea habitual, para la cual toma levotiroxina a una dosis de 50 mcg/d desde hace 15 años. La historia de la paciente no aparece y ella no sabe asegurar el diagnóstico. La paciente refiere la aparición de un bulto en el cuello de reciente aparición y de crecimiento rápido progresivo (1 mes). A la exploración se aprecia una masa firme de unos 5-6 cm de diámetro en el lóbulo izquierdo, adherida a planos profundos. ¿Qué tumor sería obligado descartar?:

1. Carcinoma anaplásico de tiroides.
2. Carcinoma folicular de tiroides.
3. Carcinoma medular de tiroides.
4. Bocio multinodular con sangrado de uno de los nódulos.

Gráfico de respuestas

Comentario

Este caso clínico resulta complejo. Nos presentan a una paciente con una patología tiroidea de larga evolución, que se debe tratar de un hipotiroidismo primario (posiblemente tiroiditis de Hashimoto). Posteriormente en la evolución, la paciente desarrolla un nódulo tiroideo de gran tamaño, con signos de malignidad como son el crecimiento muy rápido del tumor y la adherencia a planos profundos. Si bien la tiroiditis de Hashimoto de larga evolución se asocia a una mayor incidencia de linfoma tiroideo, esta neoplasia no presenta un curso clínico tan agresivo. Tampoco presentan este curso el carcinoma folicular y el medular. Siempre que en un paciente se describa la aparición de un nódulo de estas características, se debe descartar en primer lugar la existencia de un carcinoma anaplásico de tiroides, y la primera prueba a solicitar será una PAAF del nódulo. En el bocio multinodular puede existir un crecimiento de uno de los nódulos por sangrado, pero el



paciente suele presentar dolor en la palpación y en la ecografía se apreciaría un nódulo quístico.(R1)

314. La asociación de pérdida de agudeza visual, escotoma central, discromatopsia y metamorfopsias es característico de:

1. Lesión macular.
2. Lesión del cristalino.
3. Alteración del humor vítreo.
4. Lesión del estroma corneal.

Gráfico de respuestas

Comentario

La degeneración macular es una patología que afecta a la mácula, cuyas células principales son los conos, responsables de la visión diurna y la discriminación de los colores. A su vez se encarga de la visión central, residiendo en ella la máxima agudeza visual, por ello la clínica que presenta este paciente es la típica de la lesión macular. Es característica la no afectación de la visión periférica. En el diagnóstico resulta de ayuda el uso de la rejilla de Amsler (el paciente percibe las líneas torcidas, es decir metamorfopsias).(R1)

315. ¿Cuál de estas articulaciones se afecta con MENOR frecuencia en la artritis gotosa aguda?:

1. Primera metatarsofalángica.
2. Sacroilíaca.
3. Tobillo.
4. Rodilla.

Gráfico de respuestas

Comentario

En cerca del 50% de los pacientes que presentan una artritis aguda por ácido úrico la localización es la primera metatarsofalángica, localización que se conoce como podagra. También puede aparecer con frecuencia en el tarso, tobillo, rodilla, carpo, metacarpofalángicas o interfalángicas. Las articulaciones de las extremidades inferiores se suele afectar con mayor frecuencia. La bursa preaquílea (a nivel de la inserción del tendón en el calcáneo) o la bursa olecraniana también se inflaman con frecuencia. La afectación del esqueleto axial es posible pero muy infrecuente (respuesta 2 correcta).



316. Paciente de 34 años con esterilidad primaria de 3 años de evolución sometida a tratamiento inductor de la ovulación para ciclo de fecundación in vitro a la que se realizó 24 horas antes la punción folicular bajo control ecográfico sin incidencias. Acude a Urgencias por presentar dolor pélvico severo, postración, mareo y aumento del perímetro abdominal. El USG ginecológico se muestra en la imagen. Señale la afirmación CORRECTA acerca del cuadro que presenta la paciente:

1. Se trata de una estimulación ovárica normal: reposo, analgesia y transferencia embrionaria en 48 horas.
2. Se trata de un síndrome de hiperestimulación ovárica: reposo, analgesia y transferencia embrionaria en 48 horas.
3. Se trata de un síndrome de hiperestimulación ovárica: reposo, analgesia, control de diuresis y cancelación transferencia embrionaria.
4. Se trata de un síndrome de hiperestimulación ovárica: laparotomía exploradora y punción folicular.

Gráfico de respuestas

Comentario

El síndrome de hiperestimulación ovárica es una posible complicación de la fecundación in vitro. Se trata de una respuesta excesiva del ovario a la inducción de la ovulación, que desencadena una extravasación de líquido. Las pacientes con síndrome de ovario poliquístico tienen más riesgo de hiperestimulación. Suele ser un cuadro clínico que se desencadena tras la administración de HCG y se resuelve en 1- 2 semanas, cursando con distensión abdominal, grandes ovarios llenos de folículos, dolor abdominal, vómitos, diarrea y ascitis. Puede llegar a ser grave y provocar fracaso renal, tromboembolismos, SDRA y poner en riesgo la vida de la paciente.

En los casos leves-moderados, el tratamiento consiste en reposo, hidratación y control de las constantes vitales. En los casos graves puede llegar a requerir una laparotomía urgente, en la que intentaremos ser lo más conservadores posible. Se debe evitar la gestación cancelando las inseminaciones o criopreservando los embriones en el caso de pacientes sometidas a fecundación in vitro. (R3)

317. En el estudio de esterilidad de la paciente del caso clínico anterior indique cuál de las siguientes pruebas NO se considera fundamental:

1. Ecografía ginecológica vaginal.
2. Seminograma + REM.



3. Histerosalpingografía.
4. Biopsia de endometrio en fase lútea.

Gráfico de respuestas

Comentario

En todo estudio de esterilidad, se deben realizar las pruebas siguientes:

- Anamnesis, exploración y laboratorio (BH, bioquímica, orina, Rh y serologías frente a rubéola, toxoplasma, sífilis, VHB, VHC y VIH).
- USG transvaginal, que nos informa sobre posibles alteraciones morfológicas del útero, anexos, patología endometrial, endometriosis, ovarios poliquísticos, etc.
- Valoración de la ovulación, midiendo FSH, LH y estradiol en fase proliferativa (3-5 días del ciclo). Entre el día 20-22 (fase lútea), se medirían prolactina y progesterona.
- Seminograma y recuperación de espermatozoides móviles.
- Histerosalpingografía.

Existen otras pruebas que se realizan de forma puntual, cuando existen determinadas sospechas. Concretamente, la biopsia de endometrio se utiliza cada vez menos y en este caso no existen razones para realizarla, al menos no de entrada. (R4)

318. La dermatitis herpetiforme va acompañada de un tipo de afectación visceral para cuyo diagnóstico se precisa:

1. Una biopsia del intestino delgado.
2. Una determinación de la glucemia.
3. Una biopsia sinovial.
4. Una inmunoelectroforesis de proteínas de la orina.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta puede responderse con bastante facilidad. Sabemos que la dermatitis herpetiforme se asocia con una enteropatía sensible al gluten, que habitualmente es asintomática (sólo un 30% presentan manifestaciones intestinales: esteatorrea, alteración en la absorción de D- xilosa, ...). Para diagnosticar esta enteropatía, será necesario realizar una biopsia del intestino delgado (opción 2 correcta). (R1)

319. Gestante de 29 años de edad, con antecedentes personales de epilepsia en tratamiento médico, de 32 semanas de gestación, que presenta en el ultrasonido abundantes calcificaciones placentarias, con importantes lagunas anecogénicas en los cotiledones placentarios, indicativos de envejecimiento placentario, así como un perímetro abdominal disminuido para la edad gestacional, cuando en el anterior estudio ecográfico (semana 20) estos parámetros eran normales. Sospechando de un crecimiento intrauterino retardado de carácter asimétrico (CIR tipo II), ¿cuál de los siguientes es el último parámetro en afectarse?

1. Peso.



2. Grasa subcutánea.
3. Perímetro abdominal.
4. Perímetro cefálico.

Gráfico de respuestas

Comentario

Existen dos tipos de crecimiento intrauterino retardado (CIR):

- **CIR tipo I o CIR simétrico:** Se produce desde el comienzo de la gestación. El crecimiento longitudinal, los diámetros abdominales y otras medidas guardan entre sí las proporciones adecuadas. Entre sus causas, destacan las cromosomopatías y las infecciones congénitas.

- **CIR tipo II o CIR asimétrico:** Es mucho más frecuente que el tipo I. Consiste en una reducción de los diámetros abdominales, quedando preservados los parámetros óseos de medida (diámetro biparietal y longitud femoral). La causa más frecuente de CIR II son las enfermedades placentarias, como la preeclampsia u otras condiciones que puedan producir una disminución del intercambio útero- placentario. En definitiva, el peso de la placenta no guarda la debida proporción con el del feto. (R4)

320. Paciente de 35 años de edad, acude por leucorrea y prurito vulvovaginal. Al examen: leucorrea blanquecina grumosa, adherida a paredes vaginales, sin mal olor, cérvix epitelizado, mucosa vaginal eritematosa. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Vaginosis bacteriana.
2. Trichomoniasis vaginalis.
3. Candidiasis vaginal.
4. Vaginitis mixta.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta es muy fácil. Describen el cuadro clínico típico de la candidiasis vaginal. (R3)

321. Marque V ó F, respecto a la meningoencefalitis bacteriana: A. () La glucosa aumenta en el LCR B. () Las proteínas aumentan en LCR C. () Los germen ingresan al encéfalo por los plexos coroideos D. () Para disminuir el edema cerebral usamos los corticoides E. () La ceguera como complicación es muy frecuente.

1. F V V F F.
2. V V F F F.
3. F V F V V.
4. V V V V F.

Gráfico de respuestas

Comentario

No vas a encontrar una pregunta con este tipo de redacción en el ENARM, pero sirve para repasar algunos conceptos. La única respuesta posible es la que aparece en la número 1. Repasa la siguiente tabla. (R1)

	↑ PMN ↓ GLUCOSA	↑ LINFOCITOS ↓ GLUCOSA	↑ LINFOCITOS GLUCOSA NORMAL
Causas infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> Bacteriana <i>Listeria</i> Ocasionalmente ent.: <ul style="list-style-type: none"> Tuberculosa precoz Viral precoz Algunos virus 	<ul style="list-style-type: none"> Tuberculosa <i>Listeria</i> Fúngica Neurosifilis Neurobrucelosis Algunos virus[†]: <ul style="list-style-type: none"> Parotiditis VCML[‡] 	<ul style="list-style-type: none"> Viral Encefalitis viral[*] Leptospirosis Infecciones parameningeas (pueden presentarse con PMN)
Causas no infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> Química Behçet 	<ul style="list-style-type: none"> Carcinomatosis Sarcoidosis 	<ul style="list-style-type: none"> Encefalomiелitis postinfecciosas Enfermedades desmielinizantes

†: de forma ocasional, pueden cursar con glucosa baja
 ‡: VCML: virus de la coriomeningitis linfocitaria
 *: el LCR es similar al de la meningitis viral, aunque en alguna encefalitis, como la secundaria a virus Herpes, puede contener hematies

Tabla 20. Características del LCR según etiología

322. Mujer de 77 años que vive en Veracruz desde la infancia. Presenta 5 lesiones papulosas perladas en mejillas, frente y dorso nasal, que van creciendo lentamente y hacen una costra que se cae. Son asintomáticas y la mayor de todas mide 15 mm de diámetro. Histológicamente son nodos de células de aspecto basaloides con patrón infiltrativo. ¿Qué opción terapéutica NO consideraría?:

1. Curetaje y electrocoagulación.
2. Extirpación con margen de seguridad.
3. Crioterapia con spray externo.
4. Interferón alfa intralesional.

Gráfico de respuestas

Comentario

Es importante que conozca bien los tumores cutáneos malignos para el ENARM. De todas formas, esta pregunta es difícil. El caso que nos exponen es el de un carcinoma basocelular que consiste en varias pápulas. El tratamiento de este tumor puede realizarse mediante varios métodos, aunque el más adecuado es la cirugía. Otras alternativas incluyen la crioterapia, el imiquimod, electrocoagulación, IFN intralesional, radioterapia y terapia fotodinámica con porfirinas. Lo que sucede es que, en este caso, las lesiones son demasiado numerosas y excesivamente grandes como para ser eliminadas solamente con un spray externo de nitrógeno líquido (crioterapia), por lo que la opción menos adecuada es la 3. (R3)

323. Señale la afirmación FALSA sobre los datos de laboratorio de la esclerodermia:

1. Los anticuerpos anticentrómero se detectan en el 10% de los pacientes con esclerodermia cutánea difusa.
2. Los anticuerpos anti-Scl70 predicen la aparición de afección renal y cardíaca.
3. El anti-Scl70 tiene como antígeno la topoisomerasa I.
4. El factor reumatoide es positivo a títulos bajos en el 25% de los casos.

Gráfico de respuestas

Comentario

Los anticuerpos en la esclerodermia están de moda. Los propios de la esclerodermia difusa son los antitopoisomerasa I o anti- Scl- 70. Los más típicos de esclerodermia limitada son los anticentrómero ("localizados en el centro"), aunque desde luego pueden existir en la forma difusa en un pequeño porcentaje de pacientes, por lo que no son nunca patognomónicos. Además, algunos pacientes presentan otros anticuerpos como FR o anti-PM, formando parte del ambiente autoinmune. Así, pues, los anticentrómero se asocian a mayor incidencia de síndrome CREST, y por tanto, de calcinosis y telangiectasias; pero los anticuerpos no predicen complicaciones ni otra



clínica. Es por ello que los anti-Sci-70 NO predicen de las formas difusas quién va a desarrollar afección renal o cardíaca. Los anticuerpos son más comunes entre los que padecen gran afectación visceral, pero no la predicen. (R2)

324. De las siguientes posibilidades, ¿Cuál de ellas NO es un factor de riesgo en el desarrollo de cáncer de cuello uterino?

1. Inicio precoz de relaciones sexuales.
2. Inmunosupresión.
3. Inserción de DIU.
4. Promiscuidad sexual.

Gráfico de respuestas

Comentario

Respuesta fácil de un tema muy preguntado en el nacional año con año.

Factores de riesgo de cáncer de cuello de útero:

Sexualidad: comienzo precoz de relaciones sexuales y la promiscuidad sexual.

Infección genital por VPH, que es el factor más importante, serotipos 16 y 18.

Inmunosupresión crónica

Tabaco

Anticoncepción hormonal

Déficit congénito de alfa 1 antitripsina

Por lo que la respuesta que debiste elegir es la 3. (R3)

325. En el estudio de un paciente que presenta hipoxemia y radiografía de tórax con pulmones claros se practica un estudio funcional completo cuyos resultados son: FEV1 2560 ml (91% del valor teórico), FVC 3280 ml (94%), FEV1/FVC 0.78, CPT 4230 ml (89%), VR 950 ml (82%), DLCO 48%. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos debe sospechar en primer lugar?

1. Hipertensión pulmonar tromboembólica crónica.
2. EPOC tipo enfisema.
3. Fibrosis pulmonar idiopática.
4. Enfermedad de Goodpasture.

Gráfico de respuestas

Comentario

Los resultados mostrados son todos normales excepto la difusión de monóxido de carbono, que está descendida. Las causas que reducen la DLCO son la patología intersticial, la patología vascular y el enfisema.

Las primeras suelen producir una restricción parenquimatosa, y el enfisema obstrucción. Las únicas que no afectan a los volúmenes estáticos ni a la espirometría forzada son las causas vasculares (hipertensión pulmonar primaria, hipertensión pulmonar por tromboembolismo crónico) (respuesta correcta 1).

Podría tratarse de una afectación intersticial incipiente, dado que el parámetro que se altera más precozmente es la DLCO. Sin embargo, el que tenga pulmones claros, es decir, sin afectación de parénquima (ni alveolar ni intersticial) va en contra de este diagnóstico y sugiere un proceso vascular. (R1)

326. ¿Cuál sería el primer cambio hormonal de la pre-menopausia? Señale la respuesta CORRECTA:

- 1. FSH y LH disminuidas.
- 2. FSH normal y LH aumentada.
- 3. FSH aumentada y LH normal.
- 4. FSH aumentada y LH disminuida.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta muy importante que ya ha sido preguntada en el nacional. El primer hecho que anuncia el fallo ovárico de la menopausia es la alteración en el desarrollo folicular lo que lleva a disminución en las concentraciones de inhibina con la consecuente elevación de FSH.

Desde el punto de vista menstrual pueden existir irregularidades con acortamiento o alargamiento de los ciclos. La fertilidad en esta etapa es poco eficiente dado que la ovulación, proliferación y maduración endometrial también se hacen deficientes. Inicialmente el estradiol y la hormona luteinizante (LH) se mantienen dentro de lo normal hasta aproximadamente 1 año antes de la menopausia.

La respuesta correcta es la 3.

327. La imagen en "queso de gruyere" es característica de:

- 1. Secuestro intralobar.
- 2. Secuestro extralobar.
- 3. Drenaje venoso pulmonar anómalo.
- 4. Malformación adenoide quística.

Gráfico de respuestas

Comentario

No se preocupe si has fallado esta pregunta. Las malformaciones congénitas pulmonares son muy poco preguntadas (la más rentable es el secuestro pulmonar, las otras son muy prescindibles).

La malformación adenoide quística se caracteriza por la presencia de grandes quistes en ambos pulmones. Esto, en la radiografía de tórax, se manifiesta como un patrón en "queso de Gruyère". En algunos casos, estos quistes atrapan aire y no permiten que salga, comportándose como válvulas unidireccionales, ocasionando insuficiencia respiratoria aguda y la muerte del recién nacido. (R4)



328. La etiología mas frecuente de neumonía bacteriana en lactantes y preescolares es:

1. Streptococcus pneumoniae.
2. Neisseria meningitidis.
3. Estreptococo b hemolítico del grupo A.
4. Estreptococo b hemolítico del grupo b

Gráfico de respuestas

Comentario

Las etiologías más frecuentes de neumonía en lactantes son NE-HAEM-MO

-Neumococo

-Haemophilus inf.

- Moxarella Catharralis

Este esquema sirve también para la otitis y otras infecciones respiratorias del lactante y preescolar. (R1)

329. Gestante de 32 semanas, secundigesta, con antecedente de preeclampsia en la gestación anterior. Presenta altura uterina y biometría por USG fetal menor que la amenorrea (desfase -3 semanas). ¿Qué exploración diagnóstica solicitaría?:

1. Curva de glucemia.
2. Flujometría Doppler fetoplacentaria.
3. Hematocrito.
4. Valoración cervical ecográfica.

Gráfico de respuestas

Comentario

Para descartar la opción 4 basta con saber para qué sirve ese test. La valoración ecográfica cervical se utiliza en la sospecha de parto prematuro, lo que tampoco tendría sentido ante la única clínica de feto pequeño. La diabetes gestacional suele producir fetos macrosómicos (aunque también podrían ser más pequeños si hubiera patología vascular). La clave aquí es el antecedente de preeclampsia, una patología vascular placentaria que alteraría el crecimiento (CIR) en edades tardías de gestación, y la prueba idónea para detectar ésta condición es la flujometría doppler fetoplacentaria. (R2)

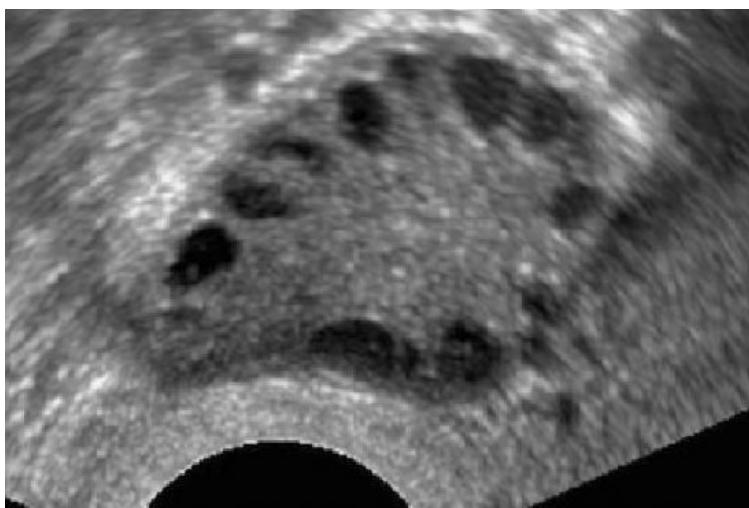
330. ¿Qué mutación se observa frecuentemente en las neoplasias mieloproliferativas crónicas?

1. t(15;17).
2. t(11;14).
3. RUNX1-RUNX1T1.
4. JAK2.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta complicada sobre NMP. La típica es la leucemia mieloide crónica que presenta la mutación BCR-ABL1, sin embargo en las restantes: PV, TE, MFP se observan mutaciones en el gen JAK2. El resto de respuestas es errónea, ya que la respuesta 1 se encuentra en la leucemia promielocítica aguda, la respuesta dos es típica en el linfoma de células del manto y la tercera es el gen de fusión en la leucemia de buen pronóstico generada por t(8;21). (R4)



331. ¿Cuál es el probablemente perfil hormonal de una paciente con ovarios poliquísticos?

1. FSH 40mU/ml, LH 30mU/ml, Estradiol 10pg/ml.
2. FSH 0.5mU/ml, LH 0.5mU/ml, Estradiol 200pg/ml.
3. FSH 6mU/ml, LH 18mU/ml, Estradiol 20pg/ml.
4. FSH 7mU/ml, LH 5mU/ml, Estradiol 50pg/ml.

Gráfico de respuestas

Comentario

La opción 1 corresponde a un perfil postmenopáusico (gonadotropinas altas y estradiol bajo), la opción 2 podría corresponder a un embarazo (gonadotropinas suprimidas y estradiol alto), la opción 3 cumple con el criterio de cociente LH/FSH>2.5, típico del SOP, la opción 4 podría corresponder a una primera fase de un ciclo normal. (R3)

332. Una vez diagnosticada la paciente del caso anterior, consulta porque lleva dos años buscando gestación sin éxito. De los siguientes, ¿cuál sería el primer paso en el tratamiento?:

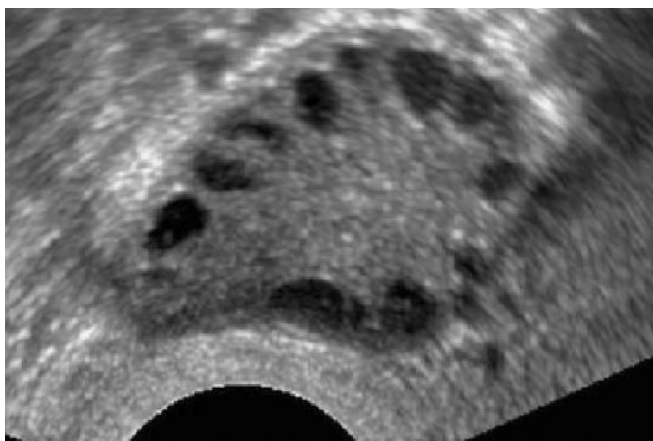
1. Inseminación artificial conyugal.
2. Citrato de clomifeno.
3. Drilling ovárico.

4. Donación de ovocitos.

Gráfico de respuestas

Comentario

La respuesta correcta es la 2, el citrato de clomifeno es un fármaco inductor de la ovulación muy útil en pacientes con SOP que se puede usar durante 6 meses antes de pasar a tratamientos más agresivos. (R2)



333. Acude a su consulta una mujer de 25 años por baches amenorreicos, acné e hirsutismo. Usted le realiza un ultrasonido que se muestra en la imagen y le solicita niveles séricos de hormonas femeninas. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha?:

1. Fallo ovárico precoz.
2. Hiperplasia suprarrenal congénita.
3. Síndrome de ovarios poliquísticos.
4. Síndrome de Sheehan.

Gráfico de respuestas

Comentario

Ya en el enunciado nos dan dos de los tres criterios de Rotterdam para el diagnóstico de SOP: oligo y/o anovulación e hiperandrogenismo (en este caso clínico). El tercer criterio, el ultrasonográfico, nos lo muestra la imagen: folículos de mediano tamaño en corona, subcorticales. (R3)

334. Un recién nacido de 38 semanas de edad gestacional presenta parálisis del miembro superior derecho. El peso del recién nacido es 4,050 gramos, el parto se produjo hace 8 horas por vía vaginal y no se reporta ninguna incidencia, salvo febrícula mantenida de la madre. A la exploración física usted observa que el brazo derecho del neonato se encuentra en rotación interna. Ipsilateralmente el reflejo bicipital está abolido y el reflejo de prensión palmar, conservado. Ante su sospecha diagnóstica señale la respuesta CORRECTA:

1. Se debe a una lesión en las raíces C7 y C8.
2. Requiere reparación quirúrgica urgente.
3. Es de muy mal pronóstico y el niño precisará miotomías correctoras durante su infancia.
4. En caso de dificultad respiratoria debemos descartar lesión del nervio frénico.

Gráfico de respuestas

Comentario

La parálisis braquial superior de Erb-Duchenne se debe a una lesión de las raíces C5 y C6 por distocia de hombros.

Se manifiesta como una parálisis del miembro superior en aducción y rotación interna, con reflejo de Moro y bicipital abolidos y reflejo de prensión palmar conservado.

Puede asociarse a parálisis del hemidiafragma ipsilateral por lesión de C4 (nervio frénico). Suelen ser de buen pronóstico y generalmente sólo precisan fisioterapia. (R4)

335. De las cinco afirmaciones que se hacen sobre la colangitis aguda, una de ellas es FALSA:

1. La presentación clásica se caracteriza por fiebre alta, ictericia y dolor abdominal.
2. Una causa frecuente de colangitis es la estenosis maligna del colédoco.
3. Es obligatoria la hospitalización, reposición hidroelectrolítica, soporte general y terapéutica antibiótica.
4. La endoscopia precoz permite el diagnóstico por colangiografía y el drenaje de la vía biliar.

Gráfico de respuestas

Comentario

Una colangitis es una inflamación de la vía biliar, casi siempre de origen infeccioso. El factor predisponente más frecuente es la coledocolitiasis.

Otras posibles causas, desde luego menos habituales, son las estenosis benignas postquirúrgicas, los tumores de la vía biliar y los periampulares.

Los gérmenes suelen alcanzar las vías biliares por vía portal. También es posible la infección ascendente desde el duodeno, vía linfática o hematógena. El microorganismo más frecuente es E. coli. Entre los gérmenes anaerobios, el más común es B. fragilis.

Clínicamente, se caracteriza por la tríada de Charcot: ictericia, dolor en hipocondrio derecho y fiebre intermitente (respuesta 1 cierta). Cuando se añade choque y obnubilación se habla de la pentada de Reynolds, de mayor gravedad.

En la mayor parte de los casos, se controla adecuadamente con medidas de soporte, antibióticos y, si la causa es obstructiva, con CPRE. Si no se controla, haría falta una descompresión quirúrgica sin demora. (R2)

336. En un paciente en la edad media de la vida con comunicación interauricular tipo ostium secundum con cortocircuito izquierda-derecha mayor de 2:1 y sin signos de hipertensión arterial pulmonar, el tratamiento de elección es:

1. Quirúrgico.
2. Cirugía solo cuando existe fibrilación auricular.
3. Vasodilatadores.
4. Anticoagulación oral crónica.

Gráfico de respuestas

Comentario

La comunicación interauricular no siempre requiere tratamiento quirúrgico. Esto depende, fundamentalmente, de la cuantía del shunt izquierda-derecha. Sin embargo, cuando el cortocircuito alcanza el nivel que aquí nos mencionan (2:1), se trata de una clara indicación quirúrgica. No operarlo supondría un riesgo inaceptable de que el paciente desarrollase, en el futuro, un cuadro de hipertensión pulmonar u otras complicaciones.

Algunos autores indican cirugía con un nivel de shunt no tan elevado (1.5:1), pero con 2:1 no existe ningún tipo de duda. (R1)

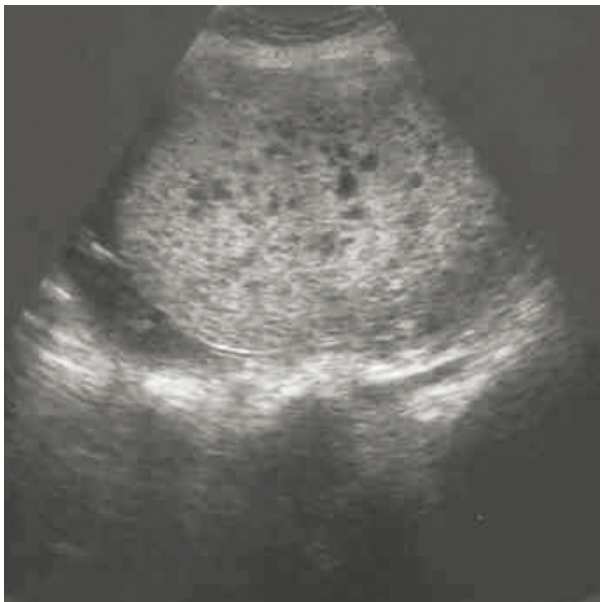
337. Un recién nacido de sexo femenino presenta edema de manos y pies, talla baja para su edad gestacional y coartación de aorta. Señale la anomalía cromosómica que puede asociarse a este fenotipo:

1. 45 XO.
2. Trisomía 13.
3. Trisomía 18.
4. 47 XXY.

Gráfico de respuestas

Comentario

Es importante conocer en el ENARM, ciertos síndromes por sus características más representativas que le permitan reconocer un caso clínico como este que nos habla de un síndrome de Turner. Tiene cariotipos 45XO, 46XX y mosaicos. Presentan talla baja y frecuentes malformaciones extragenitales: pliegue cervical (pterigon colli), cubitus valgus, alteraciones renales, cardíacas (coartación aórtica en los cariotipos 45 XO)...Son causa de abortos y a veces se detectan en vida embrionaria por presentar higromas quísticos, que son tumoraciones linfáticas visibles en la ecografía desde el primer trimestre. Son frecuentes los gonadoblastomas. (R1)



338. Una mujer de 32 años en su cuarto mes de embarazo comienza a sangrar por lo que acude al Servicio de Urgencias. En la exploración se confirma la metrorragia en cantidad menor que regla, abdomen blando con un útero mas grande que el esperado para su edad gestacional. Usted le realiza un ultrasonido en la que encuentra los hallazgos mostrados en la imagen. ¿Cuál es el diagnóstico?



1. Amenaza de aborto.
2. Aborto incompleto.
3. Gestación ectópica.
4. Mola completa.

Gráfico de respuestas

Comentario

Lo que muestra la imagen adjunta es la famosa imagen en nevada de la enfermedad trofoblástica. Como sabemos, la enfermedad trofoblástica consiste en una proliferación anormal del trofoblasto. Lo normal sería que éste detuviese su crecimiento cuando encontrase un área lo suficientemente rica en oxígeno. En la enfermedad trofoblástica, esto no ocurre, con lo que el trofoblasto conserva su tendencia a la proliferación, que es la esencia de esta patología. Se habla de mola parcial cuando, aparte de la proliferación excesiva, existe embrión. Por el contrario, se habla de mola completa cuando no se encuentra embrión y todo lo que se ve es proliferación del trofoblasto, como sucede en este caso clínico (respuesta 4 correcta).

339. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado para la paciente del caso clínico anterior?

1. Legrado por aspiración.
2. Administración de prostaglandinas y legrado si persistencia de restos.
3. Tratamiento con metotrexate.
4. Legrado y tratamiento con metotrexate.

Gráfico de respuestas

Comentario

El tratamiento de la enfermedad trofoblástica consta de dos partes, la evacuación de la mola (legrado por aspiración, respuesta 1 correcta) y un seguimiento posterior de la enfermedad, mediante determinaciones semanales de hCG hasta remisión completa.(R1)

340. Mujer de 24 años diagnosticada de esclerosis múltiple hace 2 años, después de sufrir un brote inicial de neuritis óptica retrobulbar. Señale cuál es el síntoma o el signo que NO esperaría encontrar en la paciente:

1. Disartria.
2. Incontinencia urinaria.
3. Fatiga crónica.
4. Afasia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta difícil por integrar conocimientos de diferentes temas.

Anatomopatológicamente, la alteración más característica de la esclerosis múltiple es la aparición de áreas o placas de desmielinización bien delimitadas en el SNC. El fenómeno patogénico primario podría ser la lesión de los oligodendrocitos, célula formadora de mielina en el SNC. Se afecta, por tanto, la sustancia blanca (por lesión de los oligodendrocitos) y no la sustancia gris, de modo que no se producirá afasia (opción 4 falsa), que es un dato de afectación cortical y, por ello, de sustancia gris. El sistema nervioso periférico nunca se afecta (no se afectarán las células de Schwann).

Clínicamente, se manifiesta, por orden de frecuencia, como:

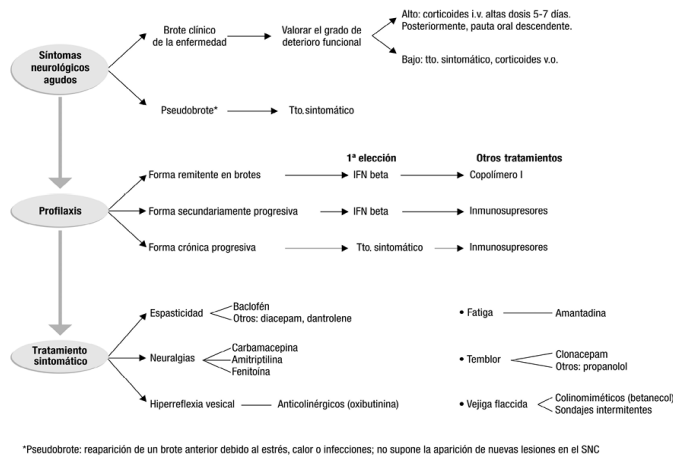


- Síntomas sensitivos: son los más frecuentes. Parestesias e hipoestesias. Característica la sensibilidad al calor con reaparición o empeoramiento de los síntomas con el aumento de la temperatura corporal (fenómeno de Uhthoff)
- Neuritis óptica: generalmente unilateral y más usualmente retrobulbar (fondo de ojo normal).
- Lesión de la vía piramidal: clínica de primera motoneurona. En las lesiones medulares es común la asociación con urgencia miccional, impotencia y pérdida de la sensibilidad cordonal posterior que conduce a ataxia sensitiva y signo de Romberg.
- Oftalmoplejía internuclear: con diplopía por lesión del fascículo longitudinal medial. Recuerda que su aparición en un paciente joven es típico de EM, mientras que en un paciente mayor de 50 años orienta hacia etiología vascular.

Afectación cerebelosa: da lugar a ataxia, disartria cerebelosa, nistagmo y temblor cinético.

Otros síntomas: la disfunción cognitiva en casos avanzados, la de-presión reactiva, sintomatología frontal, fatiga intensa con el ejercicio moderado, síntomas paroxísticos, etc. (R4)

Clínica, tratamiento y profilaxis de la esclerosis múltiple



341. ¿Qué dato de los siguientes NO apoya el origen glomerular de una hematuria?:

1. Presencia de cilindros hemáticos.
2. Proteinuria.
3. Hematuria total en la prueba de los tres vasos.
4. Morfología alterada en los eritrocitos.

Gráfico de respuestas

Comentario

Recuerda que la hematuria que induce a pensar en una nefropatía médica (en este caso glomerular) no suele tener coágulos y se suele acompañar de cierto grado de proteinuria, así como

de cilindros eritrocitarios o de hematíes dismórficos en el sedimento urinario. Por el contrario, la hematuria total suele deberse a patología urológica (vesical o del tracto urinario alto).(R3)

342. A conventional treadmill test would be especially useful and appropriate as a diagnostic tool in which of the following patients?

1. A 40-year-old woman with no cardiovascular risk factors who presents with pain located in her left hemithorax.
2. A 70-year-old man with atrial fibrillation that is being treated with digoxin.
3. A 50-year-old with effort angina pectoris and normal ECG.
4. Varón de 65 años, con dolor torácico y criterios de hipertrofia ventricular izquierda en el ECG.

Gráfico de respuestas

Comentario

En primer lugar, tenemos que descartar las respuestas 2 y 4, porque en los dos casos nos encontraríamos un ECG no interpretable en la prueba de esfuerzo por las alteraciones que producen en la repolarización el BRI, la HVI y la digoxina (cubeta digitálica). En estos casos, habría que recurrir a estudios de perfusión con isótopos o al ecocardiograma de estrés.

Entre las otras dos opciones, debemos decantarnos por la respuesta número 3, cuyo ECG basal no presenta ningún impedimento para su correcta interpretación. En la respuesta 1, la probabilidad pretest de que esa mujer tenga enfermedad coronaria (joven, sin factores de riesgo y con dolor atípico) es mínima, por lo que un resultado positivo sería muy poco valorable (bajo valor predictivo positivo).(R3)

343. Ante un paciente joven con poliposis juvenil en el colon, intestino delgado y esófago, así como lesiones ectodérmicas tales como alopecia y distrofia ungueal, señale lo INCORRECTO:

1. La cirugía puede ser necesaria en caso de sangrado rectal o prolapso del pólipo.
2. Lo más probable es que se trate de un Síndrome de Cronkhite-Canada.
3. Es frecuente tener que realizar colectomías totales dado el elevado índice de malignización de los pólipos que presentan en el colon.
4. Algunos pacientes con poliposis juvenil tienen algunos pólipos adenomatosos además de los múltiples pólipos hamartomatosos característicos del síndrome.

Gráfico de respuestas

Comentario

El paciente parece presentar un síndrome de Cronkhite-Canada que se caracteriza por la presencia de pólipos hamartomatosos, y alteraciones ectodérmicas como atrofia ungueal e hiperpigmentación. Al igual que la poliposis juvenil pueden presentar algunos pólipos adenomatosos. La malignización no es la norma por lo que no precisan colectomía sino revisiones periódicas con colonoscopia. Esos pólipos si que pueden complicarse por su tamaño con hemorragia o torsión, pudiendo ser necesaria la cirugía.(R3)

344. Mujer de 24 años, con antecedentes personales de episodio de amaurosis fugax y dos tromboflebitis en miembros inferiores. Presenta unas lesiones circulares, infiltradas con un borde eritematoso elevado y descamación, con telangiectasias en el cuero cabelludo y pabellones auriculares. En exámenes de laboratorio realizados por su médico



de cabecera destaca la presencia de leuco y linfopenia; éste sospecha una enfermedad autoinmune característica. ¿Cuántos criterios diagnósticos de esta enfermedad cumple la paciente?:

1. Ninguno.
2. Uno.
3. Dos.
4. Tres.

Gráfico de respuestas

Comentario

La enfermedad que debemos sospechar ante estos hallazgos es un lupus eritematoso sistémico, con síndrome antifosfolípido asociado. Debe pensar en este último ante la amaurosis fugax y las tromboflebitis. Lo que nos piden en esta pregunta es el número de criterios que presenta en este momento, que serían dos:

- Lesiones cutáneas: Nos están describiendo lesiones de lupus discoide (lesiones circulares con un borde eritematoso elevado).
- Las alteraciones hematológicas que nos mencionan forman parte de otro de los criterios (leucopenia y linfopenia se consideran un solo criterio, no dos distintos).

Aunque la paciente presenta una clínica compatible con un síndrome antifosfolípido, para poder tenerlo en cuenta como criterio es precisa la determinación de anticuerpos antifosfolípido, que no nos han citado. (R3)

Eritema: - malar

- o discoide. (¡incluye dos criterios en esta letra!)

Serositis: pleuritis o pericarditis.

Úlceras orales: úlceras bucales o nasofaríngeas observadas por un médico.

Neurológico: convulsiones o psicosis sin otra causa conocida.

Sangre: anemia hemolítica (recuerda que es más frecuente la anemia de enfermedad crónica, que no constituye criterio diagnóstico), leucopenia, linfopenia o trombopenia.

Artritis: no erosiva.

Fotosensibilidad.

Anticuerpos antinucleares (ANA).

Renal: proteinuria o cilindros celulares.

Inmunología alterada: anticuerpos anti-ADNds, anti-Sm o VDRL falsamente positivo, célula LE.

345. 3 hours after sustaining a motorcycle accident, a 26-year-old man comes to the emergency department with anesthesia along the medial aspect of his right arm, forearm and hand. Physical examination shows paralysis of intrinsic muscles of the hand and inability to fully to flex his fingers. Horner's syndrome and negative Tinel's sign are also noted. Which of the following is the most likely diagnosis?

1. Inferior brachial plexus injury (Déjerine-Klumpke).
2. Subclavian artery injury.
3. Radial nerve palsy associated with humeral shaft fracture.
4. Frontal subdural hematoma.

Gráfico de respuestas

Comentario



Las lesiones del plexo braquial se han preguntado con frecuencia en el nacional. La afectación de las raíces inferiores del plexo braquial produciría una debilidad en la musculatura de la mano, así como en ocasiones un síndrome de Horner asociado. Por este motivo, la respuesta correcta es la 1. No se confunda con la parálisis de Erb- Duchenne (superior), donde se alteraría el reflejo de Moro y, a veces, coexistiría con una parálisis frénica. (R1)

346. Respecto al diagnóstico de la enfermedad de Hirschsprung o megacolon agangliónico, señale la VERDADERA:

1. En la tinción inmunohistoquímica podemos encontrar un aumento de acetilcolinesterasa.
2. En un enema opaco se ve la región afecta dilatada y la zona proximal sana estrecha y dentada.
3. El diagnóstico de confirmación lo aporta la detección de un reflejo inhibitorio rectoanal anulado en la manometría rectal.
4. El tacto rectal permite detectar una ampolla rectal llena de heces.

Gráfico de respuestas

Comentario

La confirmación diagnóstica de la enfermedad de Hirschsprung nos la proporciona la biopsia de la zona afecta, en ella vemos que no aparece el parasimpático intramural: no existe ni el plexo submucoso de Meissner ni el plexo mientérico de Auerbach.

En la biopsia también podemos encontrar una hipertrofia de los axones extramurales y un aumento de la acetilcolinesterasa.

La manometría rectoanal es una prueba de screening y es característico encontrar un reflejo inhibitorio rectoanal anulado (por eso la 3 es falsa, ya que habla de diagnóstico confirmatorio). La confirmación de la enfermedad es mediante biopsia.

También puede realizarse un enema opaco en el que veríamos como la zona agangliónica es estrecha y proximalmente presenta la zona sana dilatada por el acúmulo de heces.

En la palpación del abdomen podemos detectar restos fecales en la fosa ilíaca izquierda y mediante un tacto rectal, una ampolla rectal vacía. (R1)

347. En relación con el crecimiento y desarrollo del niño en sus primeros años de vida, todas las afirmaciones siguientes son ciertas, EXCEPTO:

1. A los 12 meses de vida, el niño aproximadamente duplica su peso al nacimiento.
2. La talla al nacer se duplica, aproximadamente, a los cuatro años de vida.
3. La velocidad de crecimiento en estatura es máxima durante los cuatro primeros años de vida.
4. Hacia los 2 meses suele haber hecho su aparición la sonrisa voluntaria o social.

Gráfico de respuestas

Comentario

El peso al nacimiento se duplica al 5º mes. Para el 12º mes el peso al nacimiento se ha triplicado, por lo que la respuesta 1 es incorrecta.

Este tipo de preguntas no se pueden allar en el ENARM! (R1)

348. A 37-year-old woman comes to your office complaining of a breast mass. She underwent a breast reduction 5 years ago. Her medical history is irrelevant, except for her grandmother, who was diagnosed with breast cancer at age 54. Breast examination shows a slightly retracted left nipple, and a fixed mass is palpated in the lower outer quadrant of the left breast. Mastography shows a 2x2 cm spiculated mass with coarse calcifications, and ultrasonogram shows a hypoechoic mass. Multiple core biopsy samples show foamy macrophages and fat globules. Which of the following is the most appropriate next step in management?

1. Routine follow-up and no intervention.
2. MRI of the breast.
3. Genetic studies.
4. Radiation therapy of the left breast.

Gráfico de respuestas

Comentario

Routine follow-up and no intervention. This patient has fat necrosis of the breast. It is an uncommon condition that can sometimes be seen after breast trauma or surgery. It can mimic breast cancer clinically and radiographically, except for the fact that calcifications in cancer tend to be microcalcifications, whereas fat necrosis typically produces coarse ones. Once it is diagnosed with core biopsy, standard follow-up is enough, because there is no increase in the risk of breast cancer. (R1)

349. En relación a las complicaciones del infarto agudo al miocardio NO es cierto:

1. La rotura aguda de pared libre suele manifestarse en forma de disociación electromecánica.
2. La presencia de derrame pericárdico en la fase aguda del IAM es patognomónica de rotura cardíaca.
3. La presencia de un salto oximétrico en el ventrículo derecho es indicativa de rotura septal interventricular.
4. El RIVA no precisa de tratamiento antiarrítmico.

Gráfico de respuestas

Comentario

Aunque no es excepcional observar ligero derrame pericárdico en un infarto agudo de miocardio, no siempre se debe a una rotura, que en caso que el paciente no tenga repercusión hemodinámica, sería contenida. La propia reacción inflamatoria puede dar ligero derrame. La presencia de salto oximétrico en ventrículo derecho indica comunicación interventricular. El RIVA es una arritmia que indica reperfusión, y aunque puede afectar ligeramente el estado hemodinámico, suele ser transitorio y no precisa de tratamiento pues suele estar bien tolerado. El bloqueo AV que aparece en el infarto inferior suele responder a atropina. Sin embargo si parece un BAV en un infarto anterior hay que pensar que se ha necrosado parte del septo que contiene el sisinfrahisiano de conducción, lo que oscurece el pronóstico dado que probablemente no responda a atropina y precise de estimulación interna o externa. (R2)

350. De los siguientes, el germen que con mayor frecuencia produce infección nosocomial en el neonato corresponde a:

1. Streptococcus beta-hemolítico del grupo B.
2. Listeria monocytogenes.
3. Staphylococcus aureus.
4. Escherichia coli.



Gráfico de respuestas

Comentario

Dentro de las sepsis, ha de distinguir dos grandes grupos en función de su origen. Por un lado, las sepsis no nosocomiales (a su vez clasificables en precoces y tardías) y por otro, las sepsis de ámbito nosocomial. Como cualquier infección nosocomial (a lo mejor está más familiarizado con las de la edad adulta), dentro de la etiología debe recordar los frecuentísimos estafilococos (aureus y epidermidis), los gram negativos tipo Pseudomonas spp. y los hongos (Candida). (R3)

351. Una familia acude a consulta con su hijo de 7 años. Refieren que se orina en la cama por las noches, cinco o seis a la semana, y están realmente preocupados. Es FALSO que:

1. Si no tiene síntomas diurnos se trata de una enuresis monosintomática.
2. La tendencia natural es a la resolución espontánea del proceso con el tiempo.
3. Normalmente estos niños siguen con escapes de orina frecuentes al alcanzar la edad adulta.
4. Puede considerarse su diagnóstico a partir de los 5-6 años de edad.

Gráfico de respuestas

Comentario

La práctica totalidad de los niños enuréticos están completamente curados al llegar a la adolescencia. El resto de las opciones proporcionan datos muy útiles para el estudio. (R3)

352. Masculino de 9 años de edad que acude a Urgencias por presentar un cuadro de dolor abdominal que ha comenzado en epigastrio, para posteriormente localizarse en la fosa ilíaca izquierda, de 3 horas de evolución. En la exploración, el paciente presenta una temperatura de 38.8° C. El abdomen es doloroso de forma difusa, más localizado en la fosa ilíaca izquierda, con importantes signos de irritación peritoneal. Ante tales datos, deberemos pensar que el paciente puede presentar los siguientes diagnósticos EXCEPTO:

1. Apendicitis aguda.
2. Diverticulitis de Meckel.
3. Invaginación intestinal.
4. Salpingitis aguda.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta muy sencilla sobre el abdomen agudo, que se resuelve fácilmente leyendo con atención la primera palabra del enunciado.

El término de abdomen agudo se aplica a cualquier dolor abdominal de inicio repentino que presente signos de irritación peritoneal, siendo imprescindibles ambos datos para el diagnóstico.

Nos describen el caso clínico de un hombre, y como los hombres NO tienen trompas de Falopio, el diagnóstico menos probable es una salpingitis aguda. Sentimos decepcionaros, pero no hay salpingitis sin trompas. (R4)

353. Masculino de 25 años de edad acude a consulta por hemoptisis de repetición en los últimos 2 meses acompañada de forma ocasional de sensación distérmica. En los últimos 5 días se ha sumado eliminación de orinas oscuras. En el sedimento de orina hay



hematuria y la creatinina sérica es de 2 mg/dL. ¿Cuál de estas afirmaciones es CORRECTA en relación con el proceso que probablemente padece este sujeto?:

1. Hay siempre hemoptisis.
2. Hay siempre anticuerpos antimembrana positivos.
3. A veces presenta infiltrados pulmonares.
4. Hay eosinofilia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta es puramente teórica y hace referencia al síndrome de hemorragia reno-pulmonar o síndrome de Goodpasture. Su causa primaria, de naturaleza inmunológica, es la Enfermedad de Goodpasture en la que encontramos anticuerpos antimembrana basal glomerular en un 90% de los casos y que presenta afectación pulmonar en un 60- 70% de los casos. La eosinofilia es para que se plantee un Churg-Strauss, pero los antecedentes no son los característicos (asma...). Por último, recuerda que la afectación pulmonar en la mayoría de los pacientes consiste en diseña progresiva, hemoptisis, hipoxemia e infiltrados alveolares generalizados. (R3)

354. ¿Cuál de las siguientes sustancias NO atraviesa la placenta?

1. Vitaminas hidrosolubles.
2. Insulina.
3. Proteínas complejas.
4. TRH.

Gráfico de respuestas

Comentario

Existen tres sustancias que no atraviesan la placenta:

- 1.- Heparina.
- 2.- Insulina.
- 3.- Inmunoglobulinas (excepto IgG, que sí la atraviesa).

355. Mujer de 52 años, con amenorrea desde hace 4 meses, que consulta por la presencia de artromialgias, cefaleas, sofocos e irritabilidad en los últimos meses. Entre sus antecedentes destaca el ser fumadora de un paquete de tabaco al día y el ser hipertensa en tratamiento. Entre las recomendaciones que usted le haría a esta paciente NO se encuentra:

1. Disminuir el consumo de sal.
2. Tratamiento hormonal sustitutivo.
3. Ejercicio físico moderado.
4. Aumentar los productos lácteos de la dieta.

Gráfico de respuestas

Comentario

La administración de terapia hormonal sustitutiva está contraindicada en pacientes con antecedentes de cáncer de mama o endometrio, tromboembolismo venoso activo, hepatopatía



grave o neoplasias hepáticas, LES, melanoma y vasculopatía diabética. Tampoco estaría indicado en pacientes con riesgos cardiovasculares (en este caso mujer fumadora e hipertensa) por el riesgo que asocia. (R2)

356. La variedad histológica de cáncer de ovario más frecuente es:

1. Linfoma ovárico.
2. Tumor de Sertoli-Leydig.
3. Cistoadenocarcinoma seroso.
4. Tumor del seno endodérmico.

Gráfico de respuestas

Comentario

La inmensa mayoría de cánceres de ovario son de estirpe epitelial, y de ellos el tipo más frecuente es el cistoadenocarcinoma seroso, respuesta correcta 3. (R3)

357. Se encuentra usted en el servicio de Urgencias. Está atendiendo a un paciente masculino de 30 años. Tiene historia de úlcera duodenal, pero últimamente no tenía ningún síntoma. Se encuentra muy cansado y débil, nota palpitations y cuando se levanta se marea. Usted comprueba la palidez cutánea evidente y una frecuencia cardíaca de 120 lpm, aunque está afebril. ¿Qué es lo que NO considera correcto con este enfermo?

1. No pensaría en complicaciones de la úlcera por no tener molestias pépticas.
2. La exploración física está incompleta.
3. Indagaría en el posible consumo de antiinflamatorios.
4. Probablemente tenga cifras de urea por encima de lo normal con creatinina normal en sangre.

Gráfico de respuestas

Comentario

Ante un paciente con antecedentes de úlcera, hay varios datos que nos pueden hacer pensar en sangrado (no sólo que presente dolor o molestias). Bastaría la presencia de astenia y debilidad, junto con síntomas de ortostatismo, palidez mucocutánea y ortostatismo, para hacernos pensar en un sangrado digestivo, probablemente con anemia importante añadida. Por tanto, la primera sospecha diagnóstica sería la de hemorragia digestiva por úlcera péptica, aunque no haya presentado dolor. De hecho, algunas úlceras pépticas debutan como hemorragias digestivas, sin síntomas previos. Recuerde que, en este caso, habría que realizar un tacto rectal, para ver las características de las heces, por el posible sangrado. (R1)

358. In which of the following cases would you perform a double volume exchange transfusion?

1. A 4-day-old newborn with serum bilirubin levels of 12 mg/L.
2. A premature baby born at 33 weeks gestational age, who weighs 2000 g and has serum bilirubin levels of 5 mg/dL two days after birth.
3. A 2-day-old premature newborn who has serum bilirubin levels of 22 mg/dL.
4. A 4-week-old infant who has serum bilirubin levels of 10 mg/dL.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta es bastante compleja. Simplemente me interesa que tenga el concepto de que la hiperbilirrubinemia se maneja desde el punto de vista terapéutico en función de unas gráficas (nomograma de Buthani) que establecen para cada hora de vida y cada modalidad de neonato lo que hay que hacer. El tratamiento es tanto más agresivo cuanto más precoz sea y más prematuro sea el paciente diana. (R3)

359. Acude a su consulta una mujer de 63 años por palpase un nódulo en mama derecha. Como sintomatología acompañante refiere edema de brazo derecho y pequeños nódulos rojizos en la piel suprayacente al tumor. La mastografía muestra un nódulo de bordes mal delimitados. La biopsia de la masa confirma la existencia de células malignas. La actitud terapéutica más adecuada en esta mujer es:

1. Tumorectomía con linfadenectomía y radioterapia, con quimioterapia si hay ganglios positivos.
2. Mastectomía simple con linfadenectomía, quimioterapia y hormonoterapia.
3. Mastectomía simple con linfadenectomía y radioterapia, con quimioterapia, tanto si hay ganglios positivos como negativos y tamoxifeno.
4. Combinación de quimioterapia y radioterapia con cirugía si responde bien, y posterior hormonoterapia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta es de las difíciles en cuanto al tratamiento del cáncer de mama. Debe fijarse en la presentación clínica de este cáncer, que tiene un componente inflamatorio (nódulos rojizos en la piel) e invasión linfovascular (edema en el brazo), con lo que serían características que convierten a este tumor en inoperable de entrada, considerándose un carcinoma localmente avanzado, por lo que las opciones 1, 2 y 3 las descartamos. Así pues, la opción 4 es la correcta. (R4)

360. ¿Cuál de los siguientes marcadores tumorales puede ser útil para el diagnóstico y seguimiento del cáncer de mama?

1. CA 19.9.
2. CA 125.
3. Alfa-fetoproteína.
4. CA 15.3.

Gráfico de respuestas

Comentario

De los marcadores que le ofrecen, el único relacionado con el Ca de mama es el CA15.3. Sin embargo, es poco sensible como diagnóstico y, aunque parece que sí es un marcador pronóstico hasta el momento su presencia no modifica el tratamiento. En las recomendaciones ASCO 2007 sólo se recomendaba monitorizar el CA 15.3 y CA 27.29 para seguimiento de enfermedad metastásica.

Recuerde que el CA 125 es para cáncer de ovario. (R4)

361. ¿A qué diagnóstico corresponde el siguiente patrón manométrico? En el cuerpo esofágico distal, las contracciones son de baja amplitud y son simultáneas, el esfínter esofágico inferior es hipotenso:





1. Acalasia vigorosa.
2. Polimiositis.
3. Espasmo esofágico difuso.
4. Esclerodermia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta parece más difícil de lo que es en realidad. Aunque aparentemente nos piden un dato memorístico, podemos ir descartando opciones a partir de conocimientos básicos.

Las opciones 1 nos hablan de la acalasia vigorosa. La acalasia viene definida por una ausencia de relajación del esfínter esofágico inferior con la deglución, y aquí nos cuentan todo lo contrario: esfínter esofágico inferior hipotenso. La diferencia entre la acalasia vigorosa y la clásica teniendo en cuenta que la única diferencia entre ellas es la presencia de ondas de mayor amplitud y repetitivas, similares a las que aparecen en el espasmo esofágico difuso, en la acalasia vigorosa. Tampoco pensaríamos en la opción 3, por ser en nuestro caso ondas de baja amplitud. Finalmente, nos queda elegir entre polimiositis y esclerodermia. En la esclerodermia se afectan especialmente los dos tercios inferiores del esófago, por infiltración de la musculatura lisa, lo que hace que disminuya el peristaltismo y la presión del esfínter esofágico inferior. (R4)

362. Un paciente que ingresa por hemorragia digestiva alta es diagnosticado de úlcera gástrica. Se encontraba previamente en tratamiento con AINE por lumbalgia. ¿Cuál de los siguientes supuestos le parece FALSO?

1. La mortalidad en este tipo de pacientes es mayor que en los diagnosticados de úlcera duodenal.
2. El misoprostol es un fármaco adecuado para prevenir recidivas ulcerosas en caso de repetir tratamiento con AINE.
3. Es imprescindible tomar biopsias en el seguimiento de este paciente.
4. En este paciente no tiene sentido erradicar el H. pylori, si se comprueba su presencia.

Gráfico de respuestas

Comentario

1.- Efectivamente, una úlcera gástrica complicada con una hemorragia produce una mortalidad mayor que una úlcera duodenal. Aparte, se trata de una úlcera por AINEs, con lo que el sangrado será más difícil de detener.

2.- El misoprostol, que tiene efecto prostaglandínico, puede ser útil para prevenir estos cuadros, ya que se opone a la acción de los AINEs (al inhibir la ciclooxigenasa, disminuyen el nivel de prostaglandinas en la mucosa gástrica).

3.- El cáncer gástrico a veces se manifiesta como una lesión ulcerada, por lo que debemos tomar biopsia de toda úlcera gástrica (en las duodenales no es necesario biopsiar todas).

4.- En este paciente, si se demuestra la presencia de H. pylori, habría que erradicarlo, puesto que dificultaría la cicatrización de la úlcera. (R4)

363. A 42-year-old woman consults a physician because of easy fatigability, anorexia and a 7-kg weight loss for 3 months. She denies tobacco use. Chest x-ray shows a 4-cm mass located in the lingula. Thoracic CT scan reveals that this mass is not contacting the mediastinum or the thoracic wall. Adenopathies at left paratracheal, subcarinal and right

paratracheal stations are also noted. Fibrobronchoscopy and biopsy of the mass are performed (Pathology report: adenocarcinoma). Transbronchial puncture of the adenopathies is also performed (Pathology report: normal lymph nodes). Brain CT scan shows no signs suggesting CNS metastatic lesions. PET scan shows pathological captation in the lung mass, one lesion in the liver along and active lesions at vertebral bodies D8, D9 and L1. Puncture of the hepatic lesions is also obtained (Pathology report: Adenocarcinoma. EGFR mutation +). Pulmonary function studies are normal. Which of the following is the most appropriate treatment?

1. Gefitinib.
2. Cisplatin and gamcitabine.
3. Superior left lobectomy may be performed.
4. Platinum-based chemotherapy and prophylactic brain radiotherapy.

Gráfico de respuestas

Comentario

Se trata de un adenocarcinoma pulmonar avanzado, con metástasis cerebrales, por lo tanto un estadio IV, por lo que el tratamiento de elección sería un inhibidor de EGFR como el gefitinib. (R1)

364. Paciente de 63 años, con prurito vulvar y pápulas blancas que confluyen en periné, ano y totalidad de la vulva con la piel tensa y que se descama con facilidad. El único hallazgo de interés adicional es la citología, que es informada como frotis atrófico. El diagnóstico más probable es:

1. Neoplasia vulvar intraepitelial (VIN).
2. Liquen escleroso.
3. Infección por HPV.
4. Dermatitis por contacto.

Gráfico de respuestas

Comentario

El liquen escleroso es una patología crónica de la piel que afecta sobre todo el área genital y anal, aunque en ocasiones puede tener otras localizaciones. Al comienzo de la enfermedad aparecen pequeñas manchas blancas en la piel. Las manchas suelen ser lisas y brillosas. Luego, las manchas se extienden y la piel afectada se arruga y se vuelve fina. A medida que avanza la enfermedad, la piel se agrieta con facilidad y es común que salgan moretones rojos o morados. Es más frecuente en mujeres postmenopáusicas. (R2)

365. ¿Qué significado tiene la presencia de gotas de grasa en un líquido articular?:

1. Hipotiroidismo.
2. Hipercolesterolemia.
3. Fractura.
4. Reticulohistiocitosis multicéntrica.

Gráfico de respuestas

Comentario

Existen algunos hallazgos característicos en el líquido sinovial: en el caso de una artritis provocada por un hipotiroidismo encontramos un líquido de características mecánicas, con escasa celularidad, pudiendo encontrar además depósito de cristales de pirofosfato. Existen casos de hiperlipidemias familiares que pueden presentar cuadros de artritis, con líquido escasamente celular, con

infiltración de la sinovial por células espumosas. La reticulohistiocitosis multicéntrica es una rara enfermedad sistémica que presenta lesiones cutáneas pápulo-nodulares asociado a artritis destructiva, causada por un infiltrado de histiocitos y células gigantes multinucleadas. El hallazgo de gotas de grasa en el líquido articular es característico de las fracturas intraarticulares. (R3)

366. A 7-month-old boy is brought to the emergency department by his worried parents. He appears ill and irritable. His body temperature is 38°C and has a bulging fontanelle. CSF laboratory tests show: 110 cells/mm³ (75% lymphocytes), proteins 120 mg/dl and glucose 28 mg/dl (serum glucose is 89 mg/dl). Which of the following is the most likely diagnosis?

1. Viral meningitis.
2. Bacterial meningitis.
3. Tuberculous meningitis.
4. Viral encephalitis

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta sencilla sobre meningitis. Los datos claves son fiebre más signos neurológicos. En el LCR destaca una hipogluorraquia, hiperproteinorraquia y la presencia de linfocitos, por lo que la sospecha diagnóstica sería con una tuberculosis meníngea. Otra posible opción sería la infección fúngica, sin embargo no aparece dentro de las opciones. La meningitis viral incrementaría las proteínas en el LCR, pero no disminuiría la glucosa, aunque existen excepciones. (R3)

367. En cuanto al carcinoma escamoso vesical NO es verdadero:

1. Comprende menos del 5% de todas las neoplasias de la vejiga.
2. La presencia de metástasis se documentan en sólo el 10% de los casos al diagnóstico.
3. Se relaciona típicamente con el antecedente de extrofia vesical.
4. Puede presentarse en pacientes que tienen una larga historia de síntomas irritativos.

Gráfico de respuestas

Comentario

En regiones endémicas para el Schistosoma hematobium, aproximadamente el 75% de las causas de muerte por cáncer corresponden a un carcinoma escamoso, con quien se relaciona estrechamente. También puede presentarse en pacientes que tienen una larga historia de síntomas irritativos. El adenocarcinoma es el que se asocia típicamente con la extrofia vesical. (R3)

368. ¿Qué cifras analíticas pueden corresponder con una deshidratación hipertónica?:

1. Na:145, Cl:115, K:4.5.
2. Na:140, Cl:105, K:4.
3. Na:143, Cl:117, K:3.8.
4. Na:160, Cl:120, K:5.5.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta acerca de la deshidratación hipertónica no es muy importante. Se puede contestar sabiendo simplemente que la deshidratación hipertónica o hipernatrémica es la que cursa con valores séricos de sodio superiores a 150 (respuesta 4). Como los niveles de cloruro suelen ir paralelos a los de sodio, la hipercloremia se asocia a hipernatremia. Los valores de K son casi



siempre normales o elevados en caso de deshidratación secundaria a diarrea, se asocia a acidosis o exista disminución del filtrado glomerular. (R4)

369. Paciente de 31 años que acude a urgencias porque presenta mal estado general, y dolor difuso en ambas fosas renales. Refiere que tras un partido de fútbol ayer tomo una pastilla cuyo nombre no recuerda porque le dolían las rodillas. Comenta que ha estado orinando más que habitualmente. En los exámenes de laboratorio destaca Cr 3.1 mg/dL, Urea 120 mg/dL, Na 139 mEq/L, K 4.9 mEq/L. Leucocitos 10,000 (N 75%, L 20%, E 5%). En la orina presenta Na 80 y en el sedimento leucocitos 30-40/campo, sin bacteriuria. ¿Primera medida?

1. Rehidratar y esperar la evolución.
2. Forzar diuresis para intentar transformar en poliúrico el FRA
3. Iniciar inmunosupresores
4. Retirada del fármaco.

Gráfico de respuestas

Comentario

Ojo con esta pregunta. El tratamiento con corticoides precoz ha demostrado ser eficaz en la nefritis inmunoalérgica aguda, pero lo más importante es RETIRAR EL FÁRMACO PRECOZMENTE. Hay eosinófilos!! (R4)

370. A 32-year-old primigravida comes to the emergency room complaining of genital bleeding and positive pregnancy test. Gynecological examination, ultrasound findings and laboratory tests suggest the diagnosis of vesicular mole. Which of the following is the treatment of choice?

1. Curettage with Recamier uterine curette and Winter's forceps.
2. Suction curettage.
3. Simple hysterectomy.
4. Radical hysterectomy.

Gráfico de respuestas

Comentario

Este tipo de preguntas no se deben fallar. El tratamiento de una mola es el curetaje por succión. Respuesta 2 correcta. (R2)



371. Un niño de 3 años es llevado a Urgencias por presentar episodio de dificultad respiratoria con tos no productiva desde hace 3 días y fiebre de 38.5°C de 5 horas de evolución. Refieren episodio de tos con cianosis al inicio del cuadro. A la exploración física destaca auscultación de sibilancias localizadas, así como la presencia de lesiones eczematosas pruriginosas en ambas mejillas y tórax. Como antecedentes personales destaca una alergia a las proteínas de la leche de vaca desde los 15 meses, habiendo sido sustituida su leche de fórmula por un hidrolizado. Obtiene la siguiente radiografía. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?:

1. La causa más probable del cuadro presentado es una neumonía por Mycoplasma (neumonía atípica).
2. La primera medida a tomar dada la cianosis y la radiografía es descartar una tetralogía de Fallot con crisis de hipoxemia. Trasladaría al paciente, previa estabilización clínica, a un centro con donde pudiera realizarse una broncoscopia y posibilidad de cirugía, ya que en realidad el niño parece tener una obstrucción a nivel del bronquio principal derecho.
3. La causa más frecuente de estos episodios no suele observarse directamente en la radiografía simple de tórax la gran mayoría de las veces, aunque esta es muy útil.

Gráfico de respuestas

Comentario

Se comenta en la pregunta siguiente.

372. Con respecto a la patología que usted sospecha es FALSO que:





1. La localización más frecuente es en el hemitórax derecho.
2. La mayoría de las veces no son radiopacos por lo que no se visualizan en la radiografía simple de tórax.
3. En espiración el lado patológico típicamente muestra una disminución de volumen.
4. La clínica puede variar con la postura del paciente.

Gráfico de respuestas

Comentario

Concepto que ha sido preguntado en el ENARM así que ponga atención. La presencia de un cuerpo extraño debe entrar en el diagnóstico diferencial de cuadros clínicos en diversas localizaciones (ótico, nasal, vía digestiva, etc) sobre todo en niños menores de 3 años. En el caso del cuerpo extraño en vía aérea, el cuadro clínico suele tener una primera fase de tos brusca con o sin cianosis con auscultación de sibilancias localizadas en el punto de la obstrucción, seguido de la expulsión del cuerpo extraño o muchas veces de una segunda fase asintomática en la cual el cuerpo extraño permanece en la vía aérea, agotados los reflejos irritativos, por lo que la ausencia de clínica retrasa el diagnóstico. En una tercera fase aparecerían las complicaciones entre las que se encuentran la atelectasia y la infección (en este caso se aprecia una consolidación izquierda). El cuerpo extraño más frecuente son los frutos secos (1/3) seguidos de otros alimentos y juguetes pequeños, que al ser radiotransparentes no se van a observar directamente en las radiografías simples, aunque si en una TC (sólo entre el 15-30% de los cuerpos extraños serán radiopacos). El cuerpo extraño con frecuencia tiene un comportamiento valvular, dejando entrar el aire e impidiendo su salida, por lo que inicialmente se observa un aumento del volumen pulmonar en espiración en el lado afecto. En caso de atelectasia será al contrario, el pulmón afecto disminuirá de tamaño, junto con aparición de consolidación y desplazamiento del mediastino. La localización más frecuente es el bronquio derecho (60%, aunque no en este caso) porque al estar el bronquio izquierdo desplazado hacia arriba por el corazón tiene una entrada más horizontalizada con respecto al bronquio derecho, lo que hace más probable por gravedad la caída en este último. Lo principal en el tratamiento es la extracción del cuerpo extraño lo antes posible mediante endoscopia a través de instrumento rígido. (R3)

374. Una mujer de 72 años con antecedentes de diabetes mellitus e infarto de miocardio hace un año, tiene una fracción de eyección ventricular izquierda de 30% y está en tratamiento habitual con aspirina, furosemida (20 mg/día) y captopril (25 mg/día). Acude a su consulta por disnea de pequeños esfuerzos. La exploración física es compatible con insuficiencia cardíaca, de predominio derecho. TA: 140/70 mmHg. FC: 70 lpm. ¿Cuál de las siguientes intervenciones es de menor prioridad desde el punto de vista de mejorar su pronóstico?

1. Cambiar el captopril por lisinopril (20 mg/día).
2. Iniciar tratamiento con digoxina (0.25 mg/día).
3. Iniciar tratamiento con bisoprolol (1.25 mg/día).
4. Iniciar tratamiento con simvastatina (40 mg/día).

Gráfico de respuestas

Comentario

Quien falle esta pregunta el día del ENARM, debe saber que estaría cediendo un punto a toda España. Se ha preguntado en numerosas ocasiones y es extraordinariamente importante. Existen algunos fármacos que han demostrado aumentar la supervivencia en pacientes con insuficiencia cardíaca:

- IECA (sustituibles por ARA-II si no se toleran).
- Betabloqueantes.



- La combinación de hidralazina + nitratos.
- Espironolactona (y eplerrenona).
- Estatinas (con el fin de obtener LDL < 100).

En cambio, la digoxina NO ha demostrado un aumento de la supervivencia. Se emplea porque ayuda a controlar los síntomas y disminuye los reingresos, pero no mejoraría el pronóstico. (R2)

375. Masculino de 23 años, soltero y peluquero de profesión. Hace 2 años presentó una sífilis que fue tratada con penicilina consiguiéndose la negativización del RPR. Desde hace 1 año ha presentado 3 brotes semejantes al actual, que consiste en lesiones discretamente pruriginosas, que afectan al dorso de ambas manos, cara anterior del tronco, región facial y boca. En la exploración se observan lesiones eritematosas en forma de placas sobreelevadas, con zona central deprimida de color más violáceo. En la mucosa labial se observan lesiones herpéticas residuales. Señale lo FALSO con respeto a esta patología:

1. En mucho casos no puede ser aclarada la etiología del proceso.
2. Los corticoides a altas dosis han demostrado claramente su efectividad en el tratamiento y en la profilaxis de las recidivas.
3. El elemento sobreelevado y ampolloso se denomina herpes iris.
4. El estado general suele estar conservado.

Gráfico de respuestas

Comentario

Es importante reconocer las lesiones cutáneas que se describen, son las lesiones en diana o en escarapela. Si las lesiones en diana se acompañan de una vesícula en el centro (posteriormente puede verse una erosión) se denominan herpes iris de Bateman. Con este tipo de lesiones podemos hacer el diagnóstico de eritema exudativo multiforme (EEM). Como la afectación de mucosas es mínima, se trata de la forma menor. El EEM menor es una enfermedad recurrente, autolimitada, sobretodo de adultos jóvenes. Las lesiones son típicamente simétricas y acrales. La afectación de mucosas sólo ocurre en el 25% de los casos y suele limitarse a la mucosa oral. Recuerde que la causa más frecuente de la forma menor del EEM es la infección por el VHS. Los casos que se desencadenan tras una recurrencia de herpes simple pueden abortarse tratando ésta con antivíricos sistémicos. Una vez que el brote de EEM menor se ha manifestado puede tratarse con corticoides tópicos o si es muy extenso con corticoides sistémicos. (R2)

376. Señale la respuesta FALSA sobre la esclerodermia:

1. En la mitad de los pacientes se detecta hipergammaglobulinemia.
2. El 25% tiene niveles bajos de factor reumatoide.
3. Los Ac antitopoisomerasa-1 se asocian a la afección cutánea limitada.
4. Los Ac anti-RNP U3 se asocian a hipertensión arterial pulmonar.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta sirve para repasar los anticuerpos en la esclerosis sistémica progresiva. Lo más importante son los Ac. anticentrómero, propios de la forma limitada o localizada ("localizados en el centro") y los antitopoisomerasa I o también llamados anti-Scl-70, propios de la difusa. Además están los anti-RNA- polimerasas, los anti- U3- RNP, ? que debe asociar a esclerodermia sin más (sabiendo que cada uno se corresponde con patrones de esclerodermia definidos, como los U3- RNP a la HTPulmonar). Algunos pacientes tiene títulos bajos de factor reumatoide y muchos



presentan hipergammaglobulinemia, otros presentan anti- PM, demostrando con ello que la autoinmunidad está alterada. Recordar asimismo que los ANAs se elevan. (R3)

377. A 33-year-old female comes to the ER. She states that she suddenly began feeling a myriad of symptoms such as sensation of breathlessness, dizziness, unsteadiness and faintness, palpitations and tachycardia, nausea and abdominal discomfort. What is the most likely diagnosis?

- 1. Major depression.
- 2. Panic attack.
- 3. Bipolar disorder.
- 4. Hypochondriasis.

Gráfico de respuestas

Comentario

Panic attack. Panic attacks are periods of intense fear or apprehension of sudden onset accompanied by at least four or more bodily or cognitive symptoms (such as heart palpitations, dizziness, shortness of breath, or feelings of unreality) and of variable duration from minutes to hours. Repeated panic attacks are considered a symptom of panic disorder. (R2)

378. ¿Cuál NO sería una causa de resistencia a la eritropoyetina?:

- 1. Ferropenia marcada.
- 2. Hiperparatiroidismo severo.
- 3. Proceso inflamatorio crónico.
- 4. Mantenimiento de parámetros nutricionales excelentes.

Gráfico de respuestas

Comentario

Ha de conocer algunos aspectos del manejo de la anemia de la IRC y de la necesidad de administrar EPO.

Definimos la resistencia a la EPO como el fracaso en conseguir la concentración diana de hemoglobina o la necesidad de recibir más 300 U/kg/semana (cerca de 20,000 U/semana) de EPO por vía subcutánea. La causa más común es el déficit absoluto o funcional de hierro. Así debemos valorar pérdidas sanguíneas crónicas, infección/inflamación, hiperparatiroidismo, toxicidad por aluminio, hemoglobinopatías, deficiencias de vitaminas, mielofibrosis, mieloma múltiple, otros tumores malignos, malnutrición, hemólisis, fármacos, diálisis inadecuada. Que los parámetros nutricionales sean los correctos no es ningún impedimento para la acción de la EPO. (R4)

379. El trastorno convulsivo más frecuente en la infancia es:

- 1. La convulsión febril.
- 2. La crisis de ausencia.
- 3. La epilepsia mioclónica.
- 4. La crisis tónico clónica generalizada.

Gráfico de respuestas

Comentario

Siempre lo más frecuente es lo menos patológico por lo que las convulsiones más frecuentes en la infancia son las febriles, secundarias a una mala tolerancia del sistema nervioso inmaduro de los niños a la elevación de la temperatura. (R1)

380. Masculino de 80 años que vive en una residencia geriátrica, con AP: demencia, HTA y una mala situación basal que le obliga a estar encamado, es llevado al servicio de urgencias por presentar distensión abdominal progresiva, con dolor difuso abdominal y estreñimiento de 48 horas de evolución. En la exploración se aprecia un abdomen doloroso a la palpación profunda de forma difusa, sin claros signos de peritonismo ni otros hallazgos patológicos. Los exámenes de sangre y orina son normales, apreciándose en la Rx de abdomen una importante dilatación del marco cólico, más evidente en localización derecha. ¿Cuál es el diagnóstico de presunción y qué prueba indicaría?:

1. Diverticulitis. Enema opaco.
2. Cáncer de colon. Colonoscopia.
3. Aerofagia. Laxantes.
4. Síndrome de Ogilvie. Descompresión por colonoscopia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta difícil, que no es fácil de reconocer, pues se trata de una patología poco frecuente en el ENARM.

La pseudoobstrucción intestinal es un trastorno crónico en el que existen signos y síntomas de obstrucción sin lesión obstructiva. Cuando el cuadro es agudo se denomina Síndrome de Ogilvie y es típico de pacientes ancianos encamados con enfermedades crónicas, en los cuales debe sospecharlo ante la presencia de distensión y dolor abdominal, vómitos acompañado por una imagen radiológica compatible con obstrucción intestinal (niveles hidroaéreos y distensión de asas que afecta sobre todo al colon derecho y al transversal).

El tratamiento debe ser escalonado en primer lugar se utilizan los enemas pero cuando existe importante dilatación está indicada la colonoscopia descompresiva por el importante riesgo de perforación. La neostigmina es un procinético que parece ser también útil en el manejo de esta patología, pudiendo a veces evitar la necesidad de colonoscopia o cirugía. (R4)

381. Mujer de 39 años, con diagnóstico de fallo ovárico precoz hace 5 años, que acude a consulta rutinaria anual con su ginecólogo. Refiere presentar problemas con su pareja por disminución de la libido y presentar dolor y escozor en las relaciones sexuales. Ocasionalmente presenta sofocos, que le dificultan el descanso nocturno. Tras una correcta anamnesis y valoración clínica de la paciente, decide pautarle como tratamiento de elección:

1. Lubricante vaginal en las relaciones sexuales.
2. Tibolona.
3. Extractos de soja exclusivamente, dado que la paciente es muy joven para THS.
4. Calcio oral, lubricante vaginal y benzodiacepinas.

Gráfico de respuestas

Comentario

La tibolona es un esteroide sintético con propiedades estrogénicas, gestagénicas y androgénicas, útil en el tratamiento de la clínica vasomotora y del síndrome climatérico en general y que además



mejora la libido. Sería la opción terapéutica más completa en este caso. Los lubricantes genitales pueden ayudar, pero no son un tratamiento eficaz en sí mismo. Los estrógenos locales mejoran la atrofia genital, pero no es un tratamiento útil en el síndrome climatérico de forma aislada. En la mujer más joven, las contraindicaciones de la THS son las mismas que para otros rangos de edad. (R2)

382. Regarding the treatment of Darier's disease, mark the FALSE answer:

1. Etretinate.
2. Antibiotic therapy when bacterial superinfection occurs.
3. Phototherapy.
4. Salicylate therapy.

Gráfico de respuestas

Comentario

La enfermedad de Darier no es un tema frecuente en el examen. No se preocupe si ha fallado esta pregunta, pero sería bueno recordar algunas características sobre esta enfermedad:

- Herencia autosómica dominante (de ahí el carácter familiar).
- Pápulas queratósicas en áreas seboreicas (cara, cuero cabelludo, tronco, ingles).
- Muecas en forma de V en las uñas.
- Empeoramiento con la luz del sol (por ello, no puede tratarse con fototerapia, respuesta 3 falsa).
- Histología: Acantólisis + disqueratosis (por ello, la enfermedad de Darier también se llama disqueratosis acantolítica). Es especialmente típica la disqueratosis, que consiste en la queratinización anómala de células individuales en el estrato espinoso. (R3)

283. Respecto a la neumoconiosis de los trabajadores del carbón, señale la opción FALSA:

1. No asocian acropaquias.
2. Si presenta Mantoux positivo, se debe instaurar profilaxis con isoniacida.
3. El síndrome de Caplan consiste en la asociación de nódulos pulmonares, generalmente periféricos y bilaterales con artritis reumatoide.
4. La exposición al polvo de carbón aumenta el riesgo de bronquitis crónica y enfisema.

Gráfico de respuestas

Comentario

El hecho de que un paciente diagnosticado de neumoconiosis del carbón tenga una prueba de la tuberculina positiva no es indicación, por sí solo, de quimioprofilaxis. En esta enfermedad, no existe un riesgo aumentado de sufrir tuberculosis. La neumoconiosis asociada a riesgo aumentado de TB es la silicosis, con la que la pregunta intenta confundirle. (R2)

384. Hombre de 62 años, fumador importante, bebedor de 90 gramos de alcohol al día, consulta por disfonía de varios meses de evolución. Además, desde hace algunas semanas tiene un "bulto" en el cuello, que en la exploración resulta ser una masa

redondeada, de consistencia dura y 3 cm de diámetro. La laringoscopia muestra una masa vegetante en cuerda vocal izquierda, que ha perdido su movilidad. Señale la respuesta FALSA respecto a este caso:

1. En pacientes con esta enfermedad, es muy probable la aparición en el tiempo de un segundo tumor en la vía aerodigestiva superior, o también pulmonar.
2. En estos tumores, la aparición de adenopatías metastásicas es, comparativamente, menos frecuente que en los supraglóticos o en subglóticos.
3. Uno de los factores predisponentes a este tipo de tumoraciones es la infección por virus de Epstein-Barr.
4. Si se confirma que la masa descrita corresponde a una adenopatía tumoral, precisará un vaciamiento ganglionar radical.

Gráfico de respuestas

Comentario

La pregunta nos presenta un tumor glótico, que debuta con síntomas de disfonía, como suele ser característico en este tipo de localización. Son tumores que no suelen presentar muchas adenopatías, comparativamente con los de otras áreas vecinas. En caso de presentarlas estaría indicada la linfadenectomía. Recuerde que entre los factores de riesgo, encontramos al tabaco y al alcohol principalmente. La infección por el VEB está descrita en relación al cáncer de cavum, pero no en esta localización. (R3)

385. A 5-year-old girl is brought to the emergency department for presenting bloody diarrhea and sickness. Laboratory test results shows HB 8 g/dL, platelets 50,000/mm³ and creatinine 5 mg/dL. What is the most likely cause of these symptoms?

1. Celiac disease.
2. Escherichia coli.
3. Cytomegalovirus.
4. Ulcerative colitis.

Gráfico de respuestas

Comentario

Escherichia coli. Hemolytic-uremic syndrome is the most common cause of renal failure during childhood and is characterized by a triad that includes hemolytic anemia, kidney failure and thrombocytopenia. Cases during childhood are precluded by an invasive diarrhea caused by Shigella, Campylobacter or, most importantly, E. coli O157:H7. Renal failure is often severe and may require renal replacement therapy. (R2)

386. El tratamiento radioterápico mediante braquiterapia endocavitaria con sonda intrauterina y colpostatos vaginales es una alternativa terapéutica útil en uno de los siguientes tipos de neoplasia genital:

1. Cáncer de trompa avanzado.
2. Cáncer de ovario no tributario de cirugía.
3. Cáncer de cuello uterino localmente avanzado.
4. Tras tratamiento quirúrgico por cáncer de endometrio.

Gráfico de respuestas

Comentario



Cáncer cervico uterino es muy importante para el ENARM, pero lo preguntan más en forma de prevención, diagnóstico, screening. El tratamiento fundamental del cáncer de cérvix, durante los estadios iniciales (IA, IB y IIA), es la cirugía. Habitualmente, se recurre a la histerectomía radical tipo Wertheim-Meigs, que incluye linfadenectomía pélvica de cadenas ilíacas primitiva, externa, interna y de la fosa obturatriz.

Por otra parte, suele combinarse radioterapia, que puede ser externa o braquiterapia. Recuerde que la braquiterapia consiste en radioterapia local intravaginal. En las fases más iniciales del cáncer de cérvix, estas modalidades de radioterapia se han mostrado tan efectivas como la cirugía. **(respuesta 3 correcta).**

387. Está usted en la consulta de ginecología funcional, valorando a una mujer de 17 años por amenorrea primaria. Mide 150 cm (talla mucho menor que la de sus padres y hermanos) y pesa 50 kilos. El examen físico revela infantilismo sexual sin ninguna otra anomalía. En la bóveda vaginal se palpa una estructura compatible con cérvix uterino, y el examen rectal sugiere la presencia de un útero pequeño. Las concentraciones séricas de FSH y LH son 120 y 100 mIU/ml respectivamente. De los cariotipos siguientes el que más probablemente encontraremos en esta paciente es:

- 1. 45 XO.
- 2. 46 XX / 47 XXY.
- 3. 46 XY / 47 XXY / 45 XO.
- 4. 46 XX.

Gráfico de respuestas

Comentario

Es importante que conozcas ciertas características básicas del síndrome de Turner porque puede ser preguntado. Aproximadamente la mitad son 45 XO, el 25 % son mosaico 45X/46 XX y el resto presentan un cromosoma X con anomalías estructurales. Tiene estrías gonadales que carecen de folículos con trompa y útero infantiles. Las gonadotropinas están elevadas y el estradiol bajo. Los genitales externos son femeninos pero permanecen inmaduros con escasez de vello pubiano y axilar. No tiene desarrollo mamario. Recordemos que es la causa más frecuente de amenorrea primaria que cursa con talla corta, linfedema de manos y pies, pterigun colli, tórax en coraza, coartación de aorta, malformaciones renales, nevus pigmentados, alteraciones autoinmunes...Para el tratamiento se debe realizar feminización con estrógenos a dosis crecientes hasta conseguir desarrollo mamario. El tratamiento con GH y oxandrolona mejora el pronóstico de talla final. **(R1)**

388. En un paciente con arteritis de la temporal, la aparición de rigidez y dolor en los músculos del cuello, hombros, espalda, caderas y muslos hace sospechar la existencia de:

- 1. Artritis reumatoide.
- 2. Polimialgia reumática.
- 3. Hiperostosis idiopática difusa.
- 4. Polimiositis.

Gráfico de respuestas

Comentario

La arteritis temporal es importante de cara al ENARM y esta manifestación te ayuda en cada caso clínico: la polimialgia reumática, esto es, dolor, rigidez e impotencia funcional en cinturas escapular

y pelviana, que pueden llegar a ser muy limitantes para la vida normal del paciente. Tengan en cuenta que la polimialgia reumática no siempre va asociada a arteritis de la temporal, pero si en un anciano hay cefalea muy intensa o ceguera (amaurosis fugax), debemos descartar la arteritis de células gigantes. La diferencia radica en la dosis de corticoides que pautaremos al paciente, en la mera polimialgia será baja, mientras que en la arteritis temporal comenzaremos por altas dosis de corticoides sistémicos. (R2)

389. El síntoma o signo más frecuente en pacientes con cáncer de cérvix es:

1. Dolor pélvico.
2. Hemorragia vaginal.
3. Flujo vaginal maloliente.
4. Sensación de tumor pélvico.

Gráfico de respuestas

Comentario

Los signos y síntomas más frecuentes son, en este orden:

- Sangrado intermenstrual, postcoital y postmenopaúsico.
- Apariencia anormal de cérvix (sospechosa de malignidad).
- Descarga vaginal (manchado).
- Dolor pélvico.

Con esto, la **respuesta correcta es la 2.**

390. Hombre de 65 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta por cuadro de 6 meses de evolución de astenia y pérdida de 8 kilos de peso. En la exploración presenta esplenomegalia dura a 10 cm y hepatomegalia a 5 cm del reborde costal. En los laboratorios se observa anemia con dacriocitos, 8,000 leucocitos/mm³, cuadro leucoeritroblástico, cifra de plaquetas normal, hiperuricemia y aumento de la LDH. El aspirado medular fue seco, por lo que realizas una biopsia de médula ósea en la que esperas encontrar:

1. Fibrosis reticulínica y colágena y pequeños focos de hiperplasia hematopoyética.
2. Infiltración por leishmanias.
3. Leucemia aguda mieloblástica promielocítica.
4. Enfermedad de Castleman.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta tipo caso clínico de dificultad intermedia. No olvidemos que los casos clínicos son cada vez más frecuentes en el ENARM. Nos presentan a un paciente con un síndrome constitucional importante asociado a esplenomegalia masiva, anemia mieloptísica (dacriocitos y reacción leucoeritroblástica) y aspirado medular seco. La aplasia medular, cursa con pancitopenia y no presenta esplenomegalia. La enfermedad de Castleman (hiperplasia angiofolicular linfoide) es una enfermedad ganglionar no neoplásica, caracterizada por adenopatías generalizadas, fiebre y leucocitosis, hallazgo poco compatibles con nuestro paciente. Les recuerdo que, tanto la infiltración

por leishmanias como la leucemia mieloblastica promielocitica, no se caracterizan por tener un aspirado medular seco, como nuestro paciente. Por lo tanto, el diagnóstico más probable es la metaplasia mioide agnogenica, considerando como respuesta correcta la opción 1. (R1)

391. ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado para una paciente con un carcinoma de cérvix estadio IB2?:

1. Histerectomía total simple.
2. Histerectomía con doble anexectomía y linfadenectomía.
3. Histerectomía radical tipo Wertheim-Meigs.
4. Quimioterapia y radioterapia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Al ser un tumor de >4 cm, de entrada es inoperable, por tanto se administra quimioterapia radiosensibilizante y después radioterapia. En el estadio IB2, la cirugía+RT no ha demostrado más eficacia que quimioterapia + radioterapia, y además la cirugía tiene mayor tasa de complicaciones. (R4)

392. El examen oftalmológico directo NO puede usarse para evaluar:

1. Córnea y vítreo.
2. Disco óptico.
3. Mácula.
4. Presión intraocular.

Gráfico de respuestas

Comentario

Es una pregunta fácil que no requiere estudio sino meros conocimientos de la práctica médica. Las opciones 1-3 pueden ser evaluadas con el oftalmoscopio directo, mientras que para medir la presión intraocular es necesaria la tonometría. (R4)

393. RN pretérmino que, tras iniciar la alimentación por vía oral, comienza con un severo deterioro del estado general, distensión abdominal importante, evacuaciones sanguinolentas y aspecto séptico. En la radiografía abdominal de este paciente, esperaría encontrar:

1. En la radiografía con bario aparecerá una columna filiforme central y una imagen en forma de muelle.
2. Patrón granular espumoso.
3. Calcificaciones peritoneales difusas.
4. Neumatosis intestinal, asa fija, patrón en miga de pan.

Gráfico de respuestas

Comentario

La enterocolitis necrotizante tema que hemos repasado en diversas ocasiones ya que es importante para el ENARM, es la patología digestiva neonatal más grave. Ha de sospecharla ante la presencia de factores de riesgo (prematuridad, hipovolemia, bajo gasto cardíaco, rápida introducción de alimentación enteral) y una clínica particular (empeoramiento del estado general, distensión abdominal importante, evacuaciones hemorrágicas). Su expresión radiológica incluye: aireación



anormal, asas intestinales fijas, edema de asas, aspecto de miga de pan, neumatosis intestinal, gas en la porta y neumoperitoneo en casos extremos. (R4)

394. La invaginación o intususcepción intestinal consiste en la penetración de un segmento intestinal en otro, generalmente más distal. Señale cuál de estas afirmaciones acerca de esta entidad es VERDADERA:

1. Antes de iniciar cualquier tratamiento conviene esperar 12-24 horas, ya que en este período de tiempo la tasa de desinvaginación espontánea es alta.
2. Es una causa frecuente de obstrucción intestinal en el adulto.
3. La mayoría de las invaginaciones intestinales del adulto están en relación con un tumor (benigno o maligno).
4. La mayoría de las veces se produce entre dos segmentos de íleon.

Gráfico de respuestas

Comentario

La invaginación intestinal del niño es un tema que debe dominar en pediatría para el ENARM, sin embargo en el adulto no es un tema muy preguntado. En los adultos la invaginación intestinal suele aparecer con cuadro compatible con la obstrucción intestinal, cursando con dolor abdominal de tipo cólico, vómitos y heces escasas o sanguinolentas (en jalea de grosellas) pero esta triada puede estar ausente. El tipo más frecuente no es la ileoileal, sino la ileocólica. El tratamiento de la invaginación intestinal del adulto difiere de la del niño, ya que en éste la etiología suele ser primaria y la reducción hidrostática consigue buenos resultados mientras que en el adulto suele existir una lesión etiológica específica que requiere resección, pero en cualquier caso la tasa de desinvaginación espontánea no es alta. Recuerde que debe desconfiar de aquellas opciones que digan NUNCA o SIEMPRE. (R3)

395. RN de 24h de vida con peso de 1,700 gr y que presenta irritabilidad, apnea, arritmias cardíacas y convulsiones. Cuál de los trastornos metabólicos sería el causal de dicha sintomatología?

1. Hipercalcemia.
2. Hipocalcemia.
3. Hiperglicemia.
4. Hiponatremia.

Gráfico de respuestas

Comentario

La mayoría de los RN con hipocalcemia se encuentran asintomáticos. Aquellos que presentan manifestaciones clínicas, el signo característico es el incremento de la irritabilidad neuromuscular. Los RN se encuentran irritables, con espasmos musculares inducidos por el medio ambiente u otros estímulos. Pueden ocurrir convulsiones. Presentaciones más raras incluyen estridor inspiratorio, causado por laringoespasma, broncospasma, vómito. **Respuesta 2 correcta.**

396. Señale cuál de las siguientes formas neoplásicas del ovario no pertenece al grupo de los tumores del epitelio-estroma:

1. Carcinoma seroso.
2. Tumor endometriode.
3. Carcinoma de células claras.
4. Carcinoide.



Gráfico de respuestas

Comentario

Los tumores epiteliales del ovario son:

- Serosos: son los más frecuentes y con frecuencia son bilaterales.

Mucinosos: la mayoría son benignos y se asocian al pseudomixoma peritoneal.

- Endometrioides: asociados a la endometriosis ovárica.
- Células claras: también asociados a la endometriosis ovárica.
- Brenner: caracterizado por el componente epitelial similar al urotelio vesical.

El tumor carcinoide ovárico se trata de un teratoma monodérmico especializado. Se origina del epitelio intestinal en un teratoma. Puede ser funcionante en tumores de gran tamaño produciendo 5-hidroxitriptamina y el síndrome carcinoide. Es maligno en < 2%. (R4)

397. A 12-year-old girl is brought to the pediatrician's consultation for a routinely vaccination visit. Vaccines are administered and physical examination is performed, with no remarkable findings whatsoever. Blood laboratory tests are within normal limits for age and sex, and urinalysis shows isolated 2+ proteinuria without hematuria, pyuria or urinary sediment abnormalities. Serum creatinine level is 1.0 mg/dL. Which of the following is the best management in relation to this clinical picture?

1. Repeat dipstick testing in two subsequent different occasions during next visits.
2. Renal biopsy
3. Kidney ultrasound
4. Start ciprofloxacin for one week

Gráfico de respuestas

Comentario

Repeat dipstick testing in two subsequent different occasions during next visits. Proteinuria and hematuria are common findings in urinary tests performed in children. Proteinuria is commonly a benign condition but may be associated with severe illnesses as primary or secondary nephropathies. When proteinuria appears in a routinely dipstick, the test should be repeated another day to confirm the finding. Orthostatic or transitory proteinuria is intermittent and benign. If proteinuria persists, the child must be referred to a nephrologist. (R1)

398. En relación al aumento de la prevalencia de sobrepeso y la obesidad en la población infantil, todas las siguientes afirmaciones son ciertas EXCEPTO una:

1. La medición de obesidad y sobrepeso se realiza mediante el cálculo del índice de masa corporal.
2. El bajo nivel educativo de los padres y las condiciones económicas negativas se consideran factores de riesgo.
3. El empleo de los estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud facilita la comparación entre estudios realizados en distintos países.
4. El rápido aumento de la prevalencia experimentado en últimas décadas es atribuido a causas genéticas.

Gráfico de respuestas

Comentario

La obesidad se define como un aumento de la grasa corporal, cuya estimación establecemos de manera indirecta mediante el empleo del IMC (índice de masa corporal), obtenido de la división del peso (kg) entre el cuadrado de la talla (m). Así se define sobrepeso como IMC entre el p85-97 para la edad y sexo, y obesidad como IMC superior al P97 (Tabla OMS).

El 95% de la obesidad obedece a causas exógenas con una predisposición genética poligénica y un desequilibrio entre la ingesta y el gasto metabólico. En los últimos años existe un aumento de prevalencia de la obesidad infantil, debido a cambios en el estilo de vida, mayor ingesta calórica y sedentarismo. Entre los numerosos factores de riesgo se encuentran familias de bajo status social, padres obesos, rebote adiposo temprano, antecedente de CIR o macrosomía neonatales. Un factor muy importante constituye la valoración dietética, donde una distribución proporcionada de las calorías a lo largo del día en 5 comidas, con eliminación de hidratos de carbono refinados y el consumo de grasas trans, evita los picoteos y la ansiedad a la hora de la ingesta. Por último, recuerda que solo un 5% de obesidades son endógenas debido a trastornos sindrómicos u endocrinológicos, siendo característico en estos casos el compromiso en la talla o la velocidad de crecimiento. Por ello recuerde que la obesidad exógena cursa con talla alta y maduración ósea acelerada. (R4)

399. La complicación más frecuente del leiomioma gástrico es:

1. Ulceración de la mucosa.
2. Estasis gástrico.
3. Metástasis hepáticas.
4. Malignización.

Gráfico de respuestas

Comentario

Los leiomiomas son los tumores gástricos benignos más frecuentes. Aunque habitualmente son asintomáticos, pueden dar lugar a dolor abdominal o, incluso, sangrado, por ulceración de la mucosa, que es la complicación más frecuente. Sin embargo, suelen ser hallazgos necrópsicos. Generalmente no malignizan, aunque la biopsia endoscópica es poco rentable, porque a veces, son muy difíciles de distinguir de un leiomiomasarcoma. (R1)

400. Tras el tratamiento del hiperparatiroidismo primario, señale la FALSA:

1. Siempre es necesario monitorizar los niveles de Mg.
2. Hay que monitorizar los niveles de calcio hasta el 3º - 5º día en que puede descender.
3. La hipocalcemia puede ser indicador de buen resultado de la cirugía.
4. Si existe osteítis fibrosa quística es más grave la hipocalcemia.

Gráfico de respuestas

Comentario

El hiperparatiroidismo primario es la causa más frecuente de hipercalcemia. Normalmente es asintomática y se debe a un adenoma de paratiroides. Cuando hay indicación quirúrgica se extirpa la glándula adenomatosa biopsiando el resto. Si la cirugía es efectiva, el Ca sérico disminuye en un plazo de 24 h, normalizándose a los 3-5 días (2 falsa). La hipocalcemia es un indicador del buen resultado de la cirugía, suele ser leve y asintomática y se trata con suplementos de Ca en la dieta o con Ca oral. Si es sintomática (aparece nerviosismo o signos de Trousseau y Chvostek positivos) se da Ca parenteral. Es importante monitorizar los niveles de Mg, pues la hipomagnesemia produce defecto en la secreción de PTH y resistencia periférica a ésta. La hipocalcemia postoperatoria es más grave si existía previamente osteítis fibrosa quística (se produce el síndrome del hueso hambriento) y se lesionan todas las paratiroides. (R2)

401. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera que es la más CORRECTA?

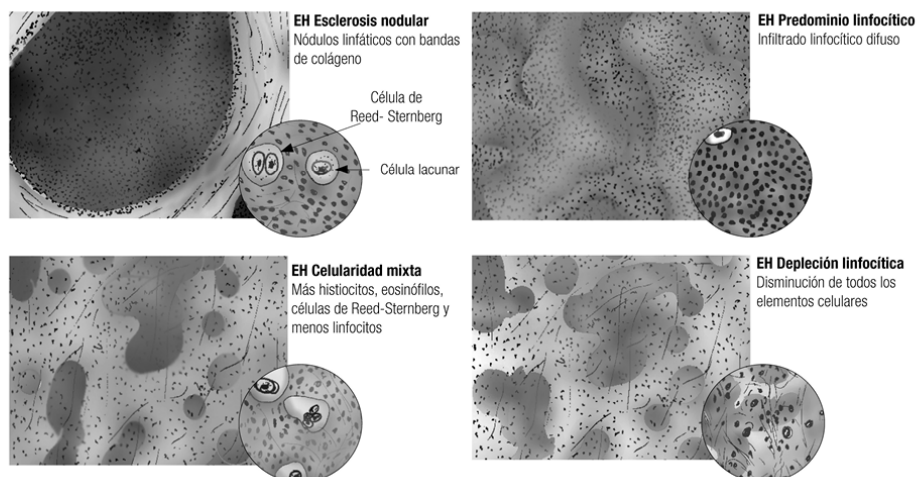
1. La forma de enfermedad de Hodgkin esclerosis nodular es especialmente frecuente en mujeres jóvenes.
2. El linfoma de Burkitt se caracteriza por $t(14;28)$.
3. La presentación inicial más frecuente de un linfoma MALT es una masa mediastínica.
4. La radioterapia nodal es el tratamiento de primera elección para un paciente con enfermedad de Hodgkin en estado III-B en mujeres en edad fértil.

Gráfico de respuestas

Comentario

El subtipo histológico de enfermedad de Hodgkin más genérico es el de esclerosis nodular, que típicamente aparece en mujeres jóvenes. No confunda la alteración citogenética del linfoma de Burkitt, que es la traslocación (8,14). El linfoma folicular tiene habitualmente comportamiento clínico de baja malignidad. El linfoma MALT se muestra como un linfoma de mucosas, no como una masa mediastínica. El tratamiento de la enfermedad de Hodgkin no se realiza con radioterapia exclusivamente en ningún caso hoy en día, dado que es necesario el tratamiento quimioterápico. Véase la figura de la parte superior de la página siguiente. **(R1)**

Clasificación histológica en la enfermedad de Hodgkin





402. Niño de 9 años que acude a Urgencias por presentar tumefacción cervical bilateral, sin fiebre ni otros síntomas. En la exploración física presenta: BEG, febrícula, palpación de varias adenopatías dolorosas de 1.5 cm, bilaterales en región submandibular, y un exudado blanco-amarillento sobre amígdalas hipertróficas e hiperémicas. En el frotis nasofaríngeo aparece cultivo positivo para estreptococo beta hemolítico del grupo A. Se instauro tratamiento con amoxicilina v.o., a pesar de lo cual la paciente regresa al 5º día por persistencia del cuadro, fatiga intensa, exantema maculopapuloso en tronco y extremidades, y fiebre de 39°C. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Herpangina.
2. Sarampión.
3. Rubéola.
4. Mononucleosis infecciosa.

Gráfico de respuestas

Comentario

El cuadro clínico de la mononucleosis infecciosa es fiebre de 1-2 semanas de evolución y afectación del estado general. Linfadenopatías: afectación difusa a cualquier nivel aunque el más frecuente es la afectación cervical. Faringoamigdalitis exudativa con importante halitosis y odinofagia. Exantema maculopapuloso que aparece más frecuentemente si se administra ampicilina o amoxi. Espleno y hepatomegalia..

En el hemograma es característica la aparición de leucocitosis con linfocitosis y presencia de linfocitos atípicos. (R4)

403. A 4-month-old infant with no past medical history and a normal development is brought to the specialist due to a one-week history of symmetrical erythematous papulous and itchy rash predominantly over her cheeks but also seen on her neck, trunk, forehead and proximal limbs. The diaper area is spared. She is afebrile. Which of the following is the most likely diagnosis?

1. Atopic dermatitis.
2. Tinea corporis.
3. Chickenpox.
4. Lice infestation.

Gráfico de respuestas

Comentario

Atopic dermatitis. The child in this case suffers from atopic dermatitis. This condition is caused by an abnormal skin barrier resulting in increased sensitivity to allergens. The usual location is on the face in children of this age, and is accompanied by intense itching. It is a noninfectious disease. Ringworm requires a previous contact with infected animals. Scarlet fever causes high fever and sore throat. (R1)

404. En el cáncer oral supone un 25% de los cánceres de cabeza y cuello, cuya histología es casi siempre la de carcinoma epidermoide. Señale, entre las siguientes, cuál sería la localización más frecuente:

1. Lengua móvil.
2. Paladar duro.
3. Labio inferior.



4. Paladar blando.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta es una pregunta de contestación directa sobre un concepto muy concreto. La localización más frecuente del carcinoma epidermoide de cavidad oral es el labio inferior. Recuerde que, cuando estudie el carcinoma epidermoide característico de zonas fotoexpuestas, también hablaremos de la cara y fundamentalmente del labio inferior. (R3)

405. El test de Apgar evalúa los siguientes parámetros, EXCEPTO:

1. Color.

2. Temperatura.

3. Tono muscular.

4. Esfuerzo respiratorio.

Gráfico de respuestas

Comentario

El test de Apgar valora cinco ítems: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, color, tono y respuesta a la estimulación. No valora la temperatura corporal. Este test nos sirve para evaluar el grado de depresión de nuestro recién nacido. Se hace a todos los recién nacidos, independientemente de su edad gestacional, a los 1, 5 y 10 minutos de vida. (R2)

406. Una mujer de 60 años ha sido intervenida mediante tumorectomía de un carcinoma de mama. Se trataba de un tumor de 2 cm con ganglios libres y receptores hormonales negativos. ¿Cuál de las siguientes opciones de tratamiento recomendaría?

1. Quimioterapia con un taxano.

2. Radioterapia adyuvante.

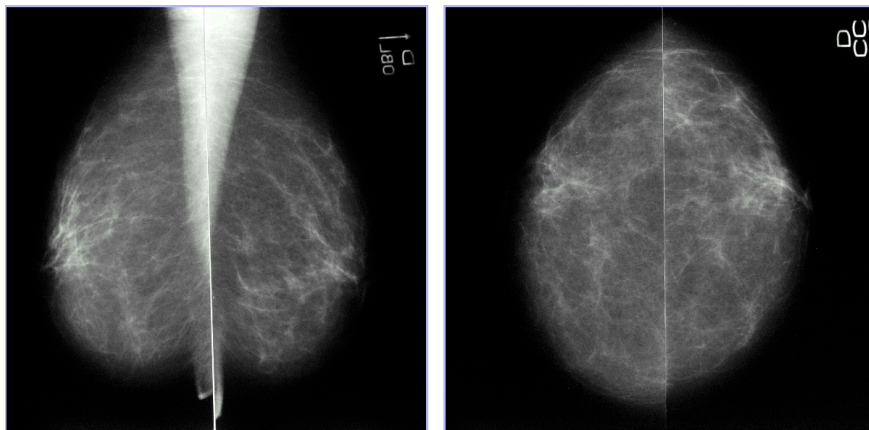
3. Tamoxifén adyuvante.

4. Está curada, puede realizarse reconstrucción mamaria.

Gráfico de respuestas

Comentario

Cuando se trata de un tumor de pequeño tamaño, ha de saber que la mastectomía radical ofrece los mismos resultados que la tumorectomía, siempre que ésta se acompañe de radioterapia (respuesta 2 correcta). La clave está en que el tumor que nos describen es de 2 cm. En este caso, no estaría indicado emplear quimioterapia, puesto que los ganglios axilares son negativos. Por otra parte, la negatividad de los receptores hormonales hace que no necesitemos añadir tamoxifeno. (R2)



407. Paciente de 54 años, con menopausia a los 49 años, fumadora de 15 cig/día, y sin antecedentes médicos de interés. Antecedentes familiares: hermana diagnosticada de cáncer de mama a los 50 años. En la mastografía de cribado poblacional se observa la imagen que se muestra. Según el sistema BI-RADS esta mastografía se evaluará como:

1. BI-RADS 1.
2. BI-RADS 2.
3. BI-RADS 3.
4. BI-RADS 4.

Gráfico de respuestas

Comentario

El sistema BI-RADS (Brest imagin Reporting And Data System) es el mas extendido para la interpretación de los hallazgos mamográficos. La imagen que nos muestran en este caso corresponde a una mastografía normal, sin ninguna lesión y sin nada que señalar, por tanto BI-RADS 1.

El BI-RADS 0, se trata de una exploración incompleta en la que son necesarias otras pruebas complementarias para establecer las características de una lesión.

BI-RADS 2: mamografía benigna (calcificaciones benignas, nodulos de contenido graso o nódulos calcificados).

BI-RADS 3: probablemente benigna; requiere un seguimiento periódico para detectar cambios.

BI-RADS 4: mamografía sospechosa.

BI-RADS 5: altamente sospechosa de malignidad.

(R1)

408. En la paciente del caso clínico anterior, ¿cuál sería el cribado recomendado?:

1. Mastografía bianual.
2. Mastografía anual.
3. Debido a los antecedentes familiares, debería hacerse una RM.

4. Es indispensable la autoexploración mamaria periódica además de la mastografía para un buen diagnóstico precoz.

Gráfico de respuestas

Comentario

La autoexploración no ha demostrado su utilidad para el diagnóstico precoz del cancer de mama. En mujeres con antecedentes familiares de primer grado, se realiza una mastografía anual, comenzando al menos 2 años antes de la edad en que se afectó el familiar o a los 40 años.

El ultrasonido es útil para el estudio inicial en pacientes jóvenes, menores de 35 años o menores de 30 con antecedentes familiares.

La RM como diagnóstico precoz es útil en pacientes con riesgo genético (portadoras BRCA) o que han recibido radioterapia torácica en la juventud (por ejemplo por un linfoma Hodgkin); también es útil en las portadoras de prótesis de mama. (R2)

409. El frote pleural se caracteriza por lo siguiente, EXCEPTO:

1. No desaparece con la tos.
2. Se palpa y se ausculta.
3. Tiene traducción radiológica.
4. Ninguna de las anteriores.

Gráfico de respuestas

Comentario

Se trata de una pregunta fácil sobre patología pleural. El roce pleural no tiene traducción radiológica, evidentemente en un paciente con patología pleural (derrame, pleuritis, engrosamientos pleurales) tendremos una radiografía patológica con gran probabilidad.

Las otras opciones son correctas, no desaparece con la tos, y se palpa y se ausculta ya que las vibraciones se transmiten. (R3)

410. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas es la más característica del cuadro de SIDA infantil?:

1. Sarcoma de Kaposi.
2. Toxoplasmosis.
3. Neumonía intersticial linfoide.
4. Síndrome mononucleósico.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta de dificultad media del SIDA pediátrico, que debemos intentar dejar clara en la primera vuelta para poder memorizarlo bien en la segunda.

La opción correcta es la 3, la NIL (neumonía intersticial linfoide) es la alteración crónica respiratoria más frecuente de los niños con SIDA. Está producida por el propio virus VIH y se presenta como un cuadro de dificultad respiratoria progresiva con hipoxemia moderada, que se diagnostica por la presencia de un patrón reticulogranular en ausencia de etiología infecciosa en el BAL (lavado broncoalveolar). Su tratamiento es sintomático con oxígeno, broncodilatadores y corticoides. (R3)

411. Paciente con vómitos, niveles séricos de amilasa aumentados y de lipasa normales. La amilasuria y el aclaramiento de amilasa/aclaramiento de creatinina están disminuidos; este último es del 0.78. Señale, entre los que se mencionan, el diagnóstico más probable:

1. Pancreatitis aguda en paciente con hipertrigliceridemia.
2. Pancreatitis crónica.
3. Macroamilasemia.
4. Lesión de las glándulas salivares.

Gráfico de respuestas

Comentario

Los niveles de amilasa elevados sin amilasuria son propios de la macroamilasemia. Esta entidad se caracteriza porque la proteína transportadora de amilasa en sangre alcanza un peso molecular demasiado elevado. Esto impide su filtración a nivel renal, con lo que aumenta la amilasa sérica, sin ningún tipo de patología subyacente.

No olvide que la pancreatitis aguda secundaria a hipertrigliceridemia puede alterar la amilasa (valores falsamente normales, cuando la hipertrigliceridemia es muy importante). (R3)

412. Señala lo FALSO respecto al carcinoma ductal in situ:

1. Representa el 80% de los casos de carcinoma in situ.
2. Es frecuente en la menopausia.
3. La forma de presentación más habitual es como un hallazgo mastográfico.
4. No se emplea en ningún caso la técnica del ganglio centinela.

Gráfico de respuestas

Comentario

Todo lo anterior es cierto con respecto al carcinoma ductal in situ excepto la opción 4, ya que sí se puede emplear la técnica del ganglio centinela en casos seleccionados de tumores de gran tamaño y alto grado nuclear por ser más probable que tengan focos de microinvasión o que vayan a ser sometidos a mastectomía.

En cuanto a la técnica de examen, es una opción muy cerrada, que debe hacerle desconfiar, aún si no supiera nada. ¿Realmente puede estar seguro que NUNCA se usa el ganglio centinela?, es muy osado afirmarlo. (R4)

413. Definimos como TIA:

1. Un cuadro recortado de déficit neurológico unos instantes de duración con mínima secuela.
2. Déficit neurológico focal y súbito, de origen isquémico con recuperación completa en menos de un mes.
3. Déficit neurológico focal y súbito que se recupera en menos de 24 horas.
4. Déficit neurológico subagudo que deja una secuela mínima.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta básica sobre un tema muy preguntado en el ENARM como son los EVC. Se define accidente isquémico transitorio (TIA o AIT) como un cuadro de déficit neurológico focal de una duración menor de 24 horas de origen isquémico. (respuesta 3 correcta) El ictus o stroke por su

parte, es un déficit neurológico que dura más de 24 horas, causado por disminución del flujo en un territorio. (R3)

414. En relación con el cuadro clínico de la meningoencefalitis aguda bacteriana del lactante menor, ¿Cuál de los siguientes signos es MENOS frecuente?

1. Fontanela abombada.
2. Rigidez de nuca.
3. Fiebre.
4. Taquicardia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Respuesta sencilla se contesta con lógica ya que al tener un sistema nervioso tan poco desarrollado, es poco probable que desarrollen signos de irritación meníngea, por lo que la respuesta correcta es la 2 rigidez de nuca. (R2)

415. Habitualmente la fecundación tiene lugar en:

1. Superficie del ovario.
2. Porción ampular de la trompa.
3. Porción ístmica de la trompa.
4. Porción intersticial de la trompa.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta fácil sobre la fisiología de la fecundación. El óvulo se fecunda en la trompa, con lo que descartamos la opción 1. Las demás opciones nos indican distintas partes de la trompa. La correcta es la opción 2, ya que es en la zona ampular donde se produce la fecundación, y tardará 7 días en recorrer su camino hasta implantarse en el endometrio. Recuerde que éste es el fundamento por el cual la gran mayoría de los embarazos ectópicos ocurren en la zona ampular de la trompa. (R2)

416. A 47-year-old female, comes to your office complaining of pain on her left ear for the past seven days. She refers hearing loss and tinnitus in the same ear for a few months. She denies otorrhea. There are no other findings on examination except for the presence of a pulsatile mass in her left neck. Otoscopy is shown in the image. What would be the most appropriate description of the diagnosis?

1. Erythematous mass in the hipotimpanic area. Otosclerosis.
2. Erythematous and bulging tympanic membrane. Acute Otitis Media.
3. Retrotympanic occupation with seromucous material and myringosclerosis. Chronic media otitis
4. Erythematous mass occupying anterior portion of tympanic box. Chemodectoma.

Gráfico de respuestas

Comentario

El paraganglioma o quimodectoma es un concepto poco preguntado en el nacional, pero debe saber reconocer el caso clínico, como lo describen es más frecuentes en mujeres, son benignos, están muy vascularizados por ramas de la carótida externa y los síntomas típicos serán acufenos pulsátiles, sincrónicos con el pulso. (R4)

417. Paciente de 70 años con diagnóstico histológico de cáncer de endometrio grado 2. La resonancia magnética nos informa de una afectación de mas del 50% de la pared miometrial y posible afectación cervical. Además describe ganglios pélvicos aumentados de tamaño con alta probabilidad de invasión carcinomatosa. El resto de la pelvis no muestra afectación tumoral. ¿En qué estadio tumoral se encuentra la paciente?:

1. II.
2. IIIB.
3. IIIC1.
4. IIIC2.

Gráfico de respuestas

Comentario

Debemos repasar la clasificación del cáncer de endometrio. En este caso nos encontramos ante la afectación de mas del 50% del miometrio, que sería un estadio IB. Por otra parte nos informan de la afectación del cervix lo que asciende a un estadio II, al que si sumamos además que existe afectación ganglionar a nivel de la pelvis obtenemos el estadio final: IIIC1. Con respecto a que cadena ganglionar está afecta os puede ser utilidad la asociación: C1 son cercanos al tumor (ganglios pélvicos) y C2 alejados al tumor (ganglios paraaórticos). (R3)

418. Señale la respuesta FALSA respecto a los anticuerpos anti-citoplasmas de los neutrófilos (ANCA):

1. Los C-ANCA van dirigidos a la serín-proteasa.
2. La positividad simultánea de C-ANCA y de P-ANCA implica mayor gravedad del proceso.
3. Los C-ANCA son característicos de la granulomatosis de Wegener.
4. Los P-ANCA van dirigidos fundamentalmente a la mieloperoxidasa.

Gráfico de respuestas

Comentario

Los ANCA son anticuerpos dirigidos contra algunas proteínas del citoplasma de los neutrófilos. Se distinguen principalmente dos tipos de patrón: uno que adopta en la inmunofluorescencia un patrón granular difuso citoplasmático (C-ANCA) en el que se identifica como antígeno más frecuente la proteinasa 3, estos anticuerpos se relacionan con una elevada sensibilidad y especificidad con la enfermedad de Wegener, aunque pueden ser positivos también en otras enfermedades como en la poliangeítis microscópica. El otro tipo de patrón es aquel en el que la tinción adopta una patrón perinuclear (P- ANCA), en este caso el antígeno más frecuentemente detectado es la mieloperoxidasa, y en un menor porcentaje la elastasa. Estos anticuerpos se observan en diversas enfermedades, sobre todo en la poliangeítis microscópica en la enfermedad de Churg-Strauss, en el Wegener, en la PAN clásica y en algunas glomerulonefritis con formación de semilunas. (R2)

419. Paciente politraumatizado con múltiples fracturas que, 48 horas después del ingreso, comienza con disnea, agitación, alteración del nivel de conciencia, taquicardia, temperatura 38°C, TA 100/60 y aparición de petequias en el tórax. Ud. sospecha que el paciente presenta:

1. Sepsis nosocomial y coagulación intravascular diseminada.
2. Tromboembolismo pulmonar.
3. Trombopenia aguda secundaria al tratamiento con heparina y sangrado intracraneal.
4. Embolia grasa.

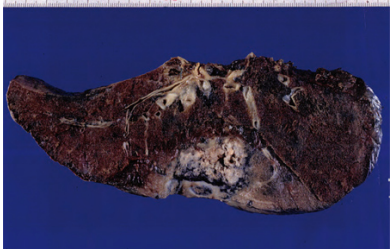
Gráfico de respuestas

Comentario

Aspectos sobre el paciente politraumatizado han sido muy preguntados en los últimos ENARM.

Esta pregunta se basa en las complicaciones de las fracturas. Se nos presenta el caso de un paciente politraumatizado, con múltiples fracturas, que tras un intervalo lúcido de 48 horas presenta un SDRA, petequias y afectación neurológica (agitación y disminución del nivel de conciencia); este cuadro es característico del síndrome de embolia grasa que se asocia a fracturas cerradas de huesos largos y a fracturas inestables de pelvis en pacientes jóvenes. En la Rx de tórax presentaría característicamente una imagen en tormenta de nieve. El tratamiento de basa en oxigenoterapia, corticoides en dosis altas y estabilización precoz de las fracturas asociadas. (R4)

420. Paciente de 65 años, fumador de 40 cigarrillos al día durante treinta y cinco años. Diagnosticado de tuberculosis cavitada en lóbulo superior derecho a los 20 años de edad, tratada. Acude a consulta por dolor costal derecho, de baja intensidad que mejora con analgésicos y desde hace diez días tos mucopurulenta con sensación distérmica.



: masa en cara costal del lóbulo superior derecho con cavitación central. La broncoscopia no demuestra lesión a la visión directa. Cuál de los siguientes procedimientos tendría un mayor rendimiento diagnóstico con menor incomodidad para el paciente, en el caso de que la lesión no fuera reseccable:

1. La citología exfoliativa.
2. La toma de muestra por punción para cultivo microbiológico.
3. La biopsia transparietal con obtención de cilindro tisular.
4. Mediastinoscopia y biopsia.

Gráfico de respuestas

Comentario

El enunciado nos plantea un caso de un paciente fumador con lesión tuberculosa antigua tratada que consulta por dolor costal y presenta masa en cara costal del LSD y broncoscopia normal.

Nos piden la prueba con mayor rendimiento diagnóstico, así que analicemos las tres posibles pruebas: citología, biopsia y cultivo. Entre la citología y la biopsia, nos decantaremos por la biopsia, al presentar mayor rendimiento diagnóstico que la citología sobre todo considerando una broncoscopia normal. El cultivo únicamente nos servirá para diagnóstico de infección sin descartar proceso inflamatorio o neoplásico.

Atendiendo a la localización de la lesión (cara costal LSD), descartamos la respuesta 4, ya que la mediastinoscopia presenta un campo exploratorio reducido limitado a la cara mediastínica. La biopsia por videotoracoscopia presenta mayor rendimiento que la biopsia transparietal, pero el enunciado también nos pide la menor incomodidad, y la videotoracoscopia precisa anestesia general y estancia hospitalaria posterior. Por todo ello, la opción correcta sería la respuesta 3.



La biopsia transparietal estaría indicada al no observarse lesión en la toracoscopia y tratarse de una lesión periférica, además de ser una técnica rápida y que requiere menor tiempo de recuperación. (R3)

421. El paciente es sometido finalmente a una resección del lóbulo superior derecho. La pieza operatoria aparece en la Imagen 15. Cuál piensa que es la naturaleza del proceso antes de realizar estudio microscópico del mismo:

1. Aspergiloma sobre caverna tuberculosa con neumonía satélite.
2. Carcinoma pulmonar primario con invasión pleural.
3. Metástasis solitaria de tumor primario desconocido.
4. Linfoma pulmonar.

Gráfico de respuestas

Comentario

La pregunta hace referencia a una pieza de anatomía patológica que no se tiene que saber reconocer necesariamente. Para reconocer el diagnóstico más probable (ya que no lo podremos saber con exactitud) entre las posibilidades que nos plantean hay que basarse en los antecedentes del paciente.

En un paciente fumador, lo primero que es conveniente plantearse sería una neoplasia pulmonar. En este caso, sería bastante factible un adenocarcinoma, ya que es el subtipo histológico que suele asentar sobre una cicatriz antigua (en este caso, cicatriz tuberculosa), siendo menos probable que se trate de una metástasis solitaria de otro primario por el antecedente de tabaquismo.

En el aspergiloma observaríamos una bola de hongos dentro de una cavidad (respuesta 1 incorrecta). En la tuberculosis reagudizada, los bacilos “crecen” a expensas del parénquima pulmonar, no hacia la caverna antigua, siendo además frecuente el patrón multifocal miliar. El linfoma presentaría una imagen distinta y no existen datos sugestivos de este diagnóstico. (R2)

422. A previously healthy 5-year-old child is brought to the doctor's office by her worried mother due to fever and poor appetite since yesterday. Her mother has noticed that the child does not respond to her when she calls her unless she raises her voice. Physical examination shows yellow otorrhea in her left ear. She complains of sore throat. What is the most likely diagnosis?

1. Acute otitis media.
2. Acute external otitis.
3. Acute meningitis.
4. Flu.

Gráfico de respuestas

Comentario

Acute otitis media. Infections during childhood often produce general and nonspecific symptoms. In this case, however, the presence of otic exudate is indicative. Otitis media is intensely painful. Otitis externa is a milder infection that does not produce fever. (R1)

423. En los últimos años las estadísticas epidemiológicas de los cánceres ginecológicos han cambiado, por lo que el cáncer mas frecuente que predomina en la sociedad mexicana actual es el siguiente:





1. Cáncer de endometrio.
2. Cáncer de cérvix.
3. Cáncer de vulva.
4. Cáncer de vagina.

Gráfico de respuestas

Comentario

En México, el cáncer cervicouterino es la neoplasia más común y la de mayor mortalidad por cáncer ginecológico. (R2)

424. Paciente de 5 años de edad, con tos nocturna desde hace 2 meses, sin fiebre, con antecedentes de haber acudido a Urgencias en 3 oportunidades por dificultad respiratoria. El diagnóstico probable es:

1. Tuberculosis pulmonar.
2. Bronquitis crónica.
3. Bronquiolitis.
4. Asma bronquial.

Gráfico de respuestas

Comentario

En pacientes con tos nocturna de varios meses, sin fiebre y sin producción de esputo le permite descartar causas infecciosas y debe pensar como primera opción asma bronquial. **Respuesta 4 correcta.**

425. A 60-year-old man with a history of hypertension starts feeling heart palpitations and is brought to the emergency department where atrial fibrillation with rapid ventricular response is diagnosed (180 bpm). Last year he had several similar episodes that resolved spontaneously in a few hours. He has never had episodes of cardiac decompensation and brings a previous ECG that shows sinus rhythm and no abnormal findings. Which of the following is the most appropriate next step in management?

1. Electrical cardioversion.
2. Intravenous digoxin.
3. Lidocaine in order to restore sinus rhythm.
4. In patients with Wolf-Parkinson-White and atrial fibrillation, digoxin is the most appropriate treatment.

Gráfico de respuestas

Comentario

Se trata de un caso de fibrilación auricular (FA) paroxística. Por supuesto, no podemos cardiovertirle sin descartar la presencia de trombos intraauriculares, o al menos anticoagularle durante tres semanas (respuesta 1 falsa). El tratamiento anticoagulante es indiscutible en este caso, pues se trata de una FA en un paciente hipertenso de cierta edad. El carácter paroxístico no implica que sea menos embolígena, de hecho se sabe que incluso existe mayor riesgo de embolia.

La lidocaína no sería útil como tratamiento, ya que se emplea en arritmias ventriculares (respuesta 3 falsa). En caso de tratarse de una FA preexcitada (en el contexto del síndrome de Wolff-Parkinson-White), la digital estaría contraindicada, porque bloquea el nodo AV y puede favorecer el paso de impulsos por la vía accesoria (respuesta 4 falsa). En cambio, en el resto de los casos de

FA, si además existe respuesta ventricular rápida, estaría claramente indicada, para disminuir la frecuencia ventricular, ya que la digital disminuye la capacidad de conducción del nodo AV.

426. Un paciente de 36 años, alcohólico e indigente, sin otros antecedentes de interés, consulta por fiebre de 1 mes de evolución. En la exploración: Tª 39º C, 24 respiraciones/minuto, crepitantes bilaterales, soplo diastólico aórtico. La gasometría arterial (FiO2 0.21. muestra pO2 55, pCO2 30, en la Rx de tórax se observa patrón intersticial bilateral, los hemocultivos permanecen negativos al 5º día de incubación, la serología VIH es negativa. ¿Cuál de las siguientes opciones le parece CORRECTA?:

1. La hipoxia e hipocapnia con patrón intersticial hacen que el diagnóstico más probable sea neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
2. El diagnóstico más probable es tuberculosis miliar.
3. El diagnóstico más probable es neumonía por *Nocardia* spp.
4. *Bartonella quintana* puede justificar el cuadro.

Gráfico de respuestas

Comentario

Aunque la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* cursa con fiebre, hipoxia y patrón intersticial, existen dos datos que la hacen improbable: el paciente es VIH negativo y la insuficiencia aórtica que nos describen se escapa al cuadro clínico del *Pneumocystis*.

La tuberculosis miliar también justificaría la fiebre, hipoxia y patrón intersticial, pero el soplo de insuficiencia aórtica no puede estar relacionado con una tuberculosis miliar.

Los hemocultivos negativos no descartan Endocarditis; persiste la posibilidad de gérmenes de lento crecimiento o con requerimientos de medios especiales.

Nocardia causa neumonía, habitualmente cavitada, en pacientes inmunodeprimidos, por tanto no explica el patrón intersticial bilateral.

Bartonella quintana se ha descrito como causa de endocarditis, especialmente en alcohólicos y vagabundos; es un germen de lento crecimiento por lo que los hemocultivos permanecen negativos durante varias semanas. En este paciente, con fiebre prolongada y soplo de insuficiencia aórtica, la hipoxia, hiperventilación y el patrón pulmonar son compatibles con edema pulmonar, por lo que una endocarditis aórtica por *B. quintana* puede justificar el cuadro. (R4)

427. ¿Cuál de los siguientes marcadores de cromosopatías del primer trimestre tiene más valor?

1. Gonadotropina coriónica.
2. La alfa-fetoproteína.
3. La sonolusencia nual.
4. El acortamiento del fémur.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta de dificultad intermedia sobre screening prenatal de cromosopatías.

De las opciones que nos presentan son marcadores del primer trimestre las opciones 1 y 3. Conviene destacar que la sensibilidad de la PAPP-A y B-HCG es del 65%, mientras que la sonolusencia nual se eleva hasta 72%. (R3)

Translucencia nucal detectada por USG a las 12 semanas en un feto con síndrome de Down



428. "El efecto queso" es un efecto secundario de:

1. El litio.
2. Las benzodiacepinas.
3. Los IMAOs.
4. Los barbitúricos.

Gráfico de respuestas

Comentario

El primer caso de crisis hipertensiva mortal durante el tratamiento con IMAOs no selectivos se dio en un hombre comió mucho queso rico en tiramina. Luego se descubrió que la dieta no tenía por qué ser tan estricta, pues las crisis hipertensivas se dan cuando se ingieren grandes cantidades de tiramina, pero el mito de la letalidad de los IMAOs ya estaba creado. En el Manual vienen los alimentos que pueden provocar el "efecto queso"; si se fija, son todas esas cositas que podemos adquirir en una tienda de delicatessen: carnes curadas o fermentadas (escabechadas), ahumados y pescados desecados, legumbres de lujo como las habas, frutas secas y escarchadas, extractos de carne, bebidas fermentadas (vino rico en levadura como el Chianti, cerveza) pero no las destiladas, xantinas (café, té, chocolate), y fármacos con acción simpaticomimética: efedrina, descongestionantes nasales, estimulantes (cocaína, anfetaminas, hormonas tiroideas) y, por supuesto, el queso muy curado. Recuerde que la crisis hipertensiva es muy característica, pero poco frecuente: lo más frecuente es la hipotensión ortostática por bloqueo alfa1 adrenérgico periférico. La tranilcipromina a veces produce crisis hipertensiva idiosincrásica en algunos sujetos desde la primera toma, sin tiramina de por medio, y se debe retirar. (R3)

429. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la poliquistosis renal del adulto es FALSA?:

1. Pueden existir quistes en otros órganos.
2. Pueden existir aneurismas cerebrales asociados.
3. La herencia es autosómico recesiva.
4. El tamaño de los riñones aumenta en paralelo al desarrollo de insuficiencia renal.



Gráfico de respuestas

Comentario

La enfermedad poliquística del adulto (EPA) se caracteriza por la presencia de quistes esféricos en los túbulos renales, que al ir aumentando de tamaño, van comprimiendo el resto de estructuras renales. Como consecuencia de la desestructuración de la arquitectura renal se produce HTA en un alto porcentaje de casos e insuficiencia renal de lenta evolución. Estos quistes producen ectasia urinaria, por lo que son más frecuentes las infecciones y cálculos. Esta patología se haya asociada a alteraciones en otros órganos, tal como quistes hepáticos, esplénicos, mesentéricos y uterinos, aneurismas intracraneales, hernias inguinales y divertículos en colon. Se hereda con un patrón autosómico dominante ligado al cromosoma 16 (**resp 3 correcta**).

430. Hombre de 58 años diagnosticado de cirrosis por VHC que acude a urgencias por deterioro del nivel de conciencia de 5 horas de evolución. La exploración física mostraba hepatomegalia leve y matidez cambiante en flancos. Los exámenes de laboratorio en urgencias reportaron lo siguiente: Hb 13.2 g/dl, plaquetas 80,000/mm³, leucocitos 9,000, glucosa 88 mg/dl, urea 60 mg/dl, creatinina 1.5 mg/dl, bilirrubina total 2.4 mg/dl, GOT 63 U/l, GPT 72 U/l, GGT 81 U/l, fosfatasa alcalina 154 U/l, amilasa 29 U/l, LDH 119 U/l, PCR 3.0 mg/l, sodio 128, potasio 4.3. ¿Cuál de entre las siguientes NO sería una opción aconsejada?

1. Sueroterapia.
2. Restricción hídrica.
3. Paracentesis diagnóstica.
4. Enemas de lactulosa.

Gráfico de respuestas

Comentario

Ante una encefalopatía hepática debe corregirse la causa que la ha precipitado y administrar enemas de lactulosa. Como tiene ascitis es precisa la realización de una paracentesis diagnóstica para descartar una peritonitis bacteriana espontánea.

Tiene leve deterioro de función renal e hiponatremia por lo que sería adecuada la expansión de volumen con sueros y albúmina (que además forzaría la eliminación de agua libre que ayudaría a corregir la hiponatremia).

La restricción hídrica que podría ayudar a concentrar el sodio empeoraría la función renal. (**R2**)

431. ¿A partir de qué estadio clínico, las hemorroides internas se le podría realizar un procedimiento quirúrgico?

1. I.
2. II.
3. III.
4. IV.

Gráfico de respuestas

Comentario

En esta pregunta se le pide que seleccionar el grado de hemorroides internas desde el cual PODRÍA realizarse cirugía.

La respuesta correcta es la 3.

GRADO	PROLAPSO	CLÍNICA	TRATAMIENTO
I	No	Rectorragia	Conservador Esclerosis (si sangrado)
II	Al defecar, reducción espontánea	Prolapso, rectorragia, malestar moderado	Ligadura con bandas Esclerosis
III	Al defecar y espontáneamente Reducción manual	Prolapso, rectorragia, malestar, ensuciamiento, prurito	Cirugía o ligadura con banda elástica (si sangrado)
IV	Persistente, no se puede reducir	Prolapso, dolor, rectorragia, trombosis	Cirugía: hemorroidectomía

Tabla 46. Clasificación, síntomas y tratamiento de las hemorroides internas

432. Niño de 7 años que es traído a la consulta tras la aparición de un eritema en ambas mejillas y un exantema maculopapuloso en tronco y extremidades, poco pruriginoso. Las lesiones comienzan a mostrar un aclaramiento central, lo que les confiere un aspecto reticulado. Respecto a la enfermedad que presenta este paciente, señale la opción FALSA:

1. Posteriormente pueden aparecer recrudescencias, coincidiendo con el ejercicio.
2. Cursa con fiebre muy elevada y es frecuente la aparición de convulsiones febriles como complicación.
3. Es una enfermedad propia de la edad escolar.
4. La contagiosidad es máxima antes de que aparezca el exantema.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta que describe aspectos importantes del eritema infeccioso por parvovirus. La opción correcta es la 2, puesto que esta enfermedad cursa típicamente de forma afebril y por lo tanto no se asocia a las convulsiones febriles.

No lo confunda con el exantema súbito o 6ª enfermedad, producida por el HHV- 6.

Es importante resaltar del enunciado otro dato típico de el eritema infeccioso y es que el exantema tiende a clarear por el centro confiriéndole aspecto de "reticulado".(R2)

433. El déficit de 21 hidroxilasa, curso con todo lo que sigue a EXCEPCION de:

1. Una forma denominada "perdedor de sal", presenta una crisis adisoniana dentro de las 2 semanas del nacimiento.



2. Un hecho muy significativo es la ambigüedad de los genitales externos.
3. La determinación de 17 alfa-hidroxi-progesterona es un buen test diagnóstico.
4. Es característica de esta forma, la elevación del 11-Desoxicortisol.

Gráfico de respuestas

Comentario

La hiperplasia suprarrenal congénita es un tema complicado. La variedad más frecuente es el déficit de 21-hidroxilasa, dentro del cual encontramos 2 formas. La forma clásica incluye dos presentaciones: en la virilizante simple, los fetos femeninos presentan virilización prenatal (causa más frecuente de genitales ambiguos en la mujer); los lactantes varones, tienen aspecto normal, pero en meses aparecen signos de precocidad sexual. La forma con pérdida de sal es más severa y sin tratamiento produce la muerte en unas semanas. La forma no clásica es más leve; suele diagnosticarse en la pubertad por hirsutismo, acné, trastornos menstruales y esterilidad. El déficit de 21-hidroxilasa causa un bloqueo en la producción tanto de cortisol como de aldosterona, pero no se bloquea la producción de andrógenos. Secundariamente a la falta de cortisol la hipófisis secreta más ACTH para intentar estimular su producción por parte de las suprarrenales, pero el bloqueo persiste. La sustancia que aumenta, antes del bloqueo, es la 17- hidroxiprogestero, que se moviliza hacia la vía que conduce a la formación de andrógenos. El 11- desoxicortisol es un metabolito intermedio que se acumula, junto con la DOCA (con potente efecto mineral corticoide) en el déficit de 11- hidroxilasa. (R4)

434. Ante un niño de 13 años con dolores abdominales recurrentes, xantomas eruptivos, hepatomegalia, suero lipémico, y niveles de triglicéridos >1,000 mg/dl, deberemos pensar como primera posibilidad en:

1. Déficit familiar de lipoproteína lipasa.
2. Hipercolesterolemia familiar.
3. Hipertrigliceridemia familiar.
4. Hiperlipidemia familiar combinada.

Gráfico de respuestas

Comentario

El déficit de lipoproteína lipasa (LPL) es un trastorno con herencia autosómica recesiva que en su forma homocigota se asocia a hiperquilomicronemia e hipertrigliceridemia en lactantes y en niños. El déficit heterocigótico, con actividad del 50% de la LPL aparece en una de cada 500 personas, asintomático y sin dislipemia clara. La hiperquilomicronemia se asocia a dolor abdominal recurrente y pancreatitis. Aparecen también dolores abdominales y pancreatitis de forma recurrente, xantomas eruptivos, hepatoesplenomegalia o infiltración de la médula ósea por células espumosas. Las manifestaciones ceden espectacularmente con una dieta pobre en grasas. (R1)

435. Recién nacido de 38 semanas por cesárea electiva, peso al nacer: 2,500 gramos, líquido amniótico normal, Apgar: 8-9 en la primera hora de vida. Presenta dificultad respiratoria, murmullo vesicular normal en ambos pulmones. Leucocitos: 19,500/mm³, bandas: 2%, hematocrito: 45%, PCR: 0, glicemia: 53 mg. Radiografía de tórax: hiperaireación y cisuritis. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Membrana hialina.
2. Neumonía congénita.
3. Taquipnea transitoria.
4. Aspiración de meconio.

Gráfico de respuestas

Comentario



Respuesta correcta la número 3, taquipnea transitoria del RN... los puntos claves en esta pregunta para llegar al diagnóstico son:

RN a término, cesárea, líquido amniótico normal, y la radiografía con hiperaireación y cisuritis.

Revise la siguiente tabla.

	PCF	EMH	SAM	SEPSIS PRECOZ	TAQUIPNEA TRANSITORIA	DBP
Parto		<ul style="list-style-type: none"> • Pretérmino • Hijo de DM 	<ul style="list-style-type: none"> • A término • Postérmino 	Bolsa rota, SF	35-38 semanas, cesárea o parto rápido	Pretérmino que necesitó oxígeno (sobre todo si hubo barotrauma o EMH)
Fisiopatología	Mantiene DAP y shunt D-I con foramen oval permeable	<ul style="list-style-type: none"> • Atelectasia, edema intersticial y alveolar • Distensibilidad baja por falta de surfactante 	Aspiración del meconio con obstrucción aérea	<i>S. agalactiae</i> , <i>E. coli</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptativo • Disminuye absorción del líquido pulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicidad del oxígeno • Barotrauma
Clinica	Cianosis	<ul style="list-style-type: none"> • Polipnea • Cianosis • Tiraje 	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperinsuflación • Clínica de sufrimiento fetal 	<ul style="list-style-type: none"> • Apnea • Shock • Ictericia 	<ul style="list-style-type: none"> • Polipnea • Algo de tiraje 	Dependencia a los 28 días del oxígeno para mantener $PAO_2 > 60$ mmHg
Radiología	No es típica (cardiomegalia, oligohemia)	Patrón reticulonodular (vidrio esmerilado) con broncograma aéreo	<ul style="list-style-type: none"> • Enfisema • Infiltrados parcheados algodónosos 	Como EMH	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de trama broncovascular • Líquido cisural 	Patrón "en esponja"
Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • pO_2 muy baja • pCO_2 normal o alta • Acidosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Prenatal: cociente lecitina / esfingomielina < 2 • pO_2 muy baja • pCO_2 alta • Acidosis 	<ul style="list-style-type: none"> • pO_2 baja • pCO_2 alta • Acidosis 	<ul style="list-style-type: none"> • pO_2 baja • pCO_2 alta • Acidosis metabólica • Neutropenia y desviación izquierda 	Normal	Hipoxia si se desconecta el ventilador
Respuesta O_2 100%	-	-/+	++	+	+++	++
Otros tratamientos	Alcalinizar (bicarbonato), hiperventilar, (tolazolina, óxido nítrico)	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenible con corticoides a madre • Surfactante • Antibióticos (similar a sepsis) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenible aspirando antes del llanto (en paritorio) • Medidas de soporte 	Antibioterapia (ampicilina + gentamicina)	No precisa	<ul style="list-style-type: none"> • Restricción de líquidos • Teofilina • Diuréticos • β-2-agonista
Pronóstico	Variable	Variable	Depende de otras patologías añadidas y complicaciones	Malo	Muy bueno	Variable

Tabla 7. Distrés respiratorio

436. En el tratamiento de la dermatomiositis están indicados los corticoides, pero de los siguientes existe uno que NO debe ser empleado:

1. Betametasona.
2. Triamcinolona.
3. Dexametasona.
4. Prednisolona.

Gráfico de respuestas
Comentario

Es una pregunta francamente difícil de las dermatomiositis, de las que debe recordar pocas cosas para el ENARM (que puede ser indicio de neoplasia oculta y que son típicos el eritema en

heliotropo y las pápulas de Gottron). En el tratamiento se emplean corticoides e inmunosupresores. La prednisona oral es el tratamiento inicial de elección. Sin embargo, la triamcinolona no debe ser empleada, porque es un corticoide fluorado que favorece la miopatía esteroidea, y por lo tanto, agravaría el problema. No existen criterios para saber qué corticoides producirán miopatía, pero sí se debe evitar la triamcinolona, porque es uno de los más implicados; de proseguir la debilidad muscular no sabríamos si es por falta de remisión de la enfermedad o por causa de la miopatía esteroidea.

437. A 7-month-old girl is brought to the pediatrician's office due to frequent nose bleeding and occasional bruises. Physical examination shows diffuse red lesions that do not blanch when pressed. The girl is on an exclusively human milk-based diet and is otherwise healthy. Coagulation tests results are: Prothrombin time 20 sec, Partial thromboplastin time 40 sec, Platelets 200,000. Which of the following is the most likely diagnosis?

1. Von Willebrand disease.
2. Wiskott-Aldrich disease.
3. Type A Hemophilia.
4. Vitamin K deficiency.

Gráfico de respuestas

Comentario

Vitamin K deficiency. Skin lesions described here are consistent with purple bruises. Vitamin K is closely related with clotting disorders because its action is required for the carboxylation of certain factors involved. Breast milk is deficient in vitamin K. (R4)

438. La causa más frecuente de esterilidad femenina es:

1. Ovárica.
2. Tubárica.
3. Uterina.
4. Cervical.

Gráfico de respuestas

Comentario

En un 40% de los casos, el factor implicado en la esterilidad es el masculino; en otro 40%, es el factor femenino (la mayoría de los casos por alteración tubárica) y en un 20%, es un factor mixto o de origen desconocido. (R2)

439. Una primigesta de 21 años, con amenorrea de 12 semanas, prueba de embarazo positiva y cuadro de emesis gravídica acude a consulta por presentar metrorragia moderada. En la exploración se encuentra un útero mayor que amenorrea, ausencia de latido fetal y ecografía característica de mola vesicular. La radiografía PA de tórax no evidencia metástasis pulmonares. El tratamiento indicado es evacuación uterina, que deberá ir seguido de:

1. Controles semanales del título de beta-HCG.
2. Histerectomía.
3. Poliquimioterapia.
4. Radioterapia.

Gráfico de respuestas

Comentario

Tras realizar un legrado con aspiración en una paciente con diagnóstico de enfermedad trofoblástica el siguiente paso a realizar es un seguimiento con B-HCG semanal. No está indicado ninguna de las otras actitudes dado que todavía no tenemos diagnóstico de evolución de la patología (Rx de Tórax normal).(R1)

440. Señale la afirmación ERRONEA en relación con las lesiones elementales cutáneas:

1. La liquenificación suele ser consecuencia del rascado crónico.
2. El tubérculo es una lesión nodular que cura dejando cicatriz.
3. Una queratosis es aquella excrecencia circunscrita formada por queratina.
4. Una telangiectasia es una lesión vascular que característicamente persiste a la vitropresión.

Gráfico de respuestas

Comentario

Pregunta básica, que no se debe fallar. Las lesiones elementales son muy importantes para la contestación de preguntas directas como ésta. Todas las afirmaciones son correctas, excepto la 4. Las Telangiectasias, característicamente, NO persisten a la vitropresión, ya que son máculas producidas por dilataciones vasculares, que si se comprimen, dejan de recibir flujo sanguíneo y desaparecen. Las lesiones Purpúricas son pápulas o máculas producidas por extravasación sanguínea, por lo que no desaparecen con la vitropresión. Son típicas de las Vasculitis cutáneas.(R4)

441. Maculino de 76 años tiene una úlcera por presión en zona sacra estadio III de 5 x 6 cm, que se desarrolló en el postoperatorio de una fractura de cadera. Actualmente está realizando rehabilitación física con buena evolución, siendo capaz de caminar 50 m con ayuda de un andador. El fondo de la úlcera está cubierto de tejido necrótico, seco y oscuro. La piel que rodea la herida es normal, el exudado es mínimo y no tiene mal olor. ¿Cuál de los siguientes es el paso más apropiado en el tratamiento de este paciente?:

1. Cubrir la herida con gasas con povidona yodada.
2. Colocar un colchón de aire en la cama.
3. Desbridamiento enzimático.
4. Mantener la herida descubierta.

Gráfico de respuestas

Comentario

El tratamiento de las úlceras por presión debe atender a los siguientes aspectos:

- Limpieza de la úlcera. Para esto, se emplea suero fisiológico, para que desprenda y arrastre los tejidos devitalizados, así como las bacterias que pudieran colonizar el lecho ulceroso.
- Eliminación del tejido necrótico. El procedimiento más eficaz es el quirúrgico. No obstante, en estadios iniciales y de buena evolución, puede emplearse el tratamiento enzimático.
- Tratar la infección en caso de que exista, que no es el caso.

En el paciente de la pregunta, aunque nos hablan de una úlcera en estadio III, nos dan muchos detalles que dan a entender que, en principio, cabría esperar una buena evolución:



- El paciente ya es capaz de caminar, es decir, ha desaparecido la causa de sus úlceras, que es el encamamiento prolongado.

- La úlcera está seca y sin signos de infección.

Está claro que habrá que realizar alguna forma de desbridamiento, porque aún persiste tejido necrótico en el lecho ulceroso. Entre las opciones, no aparece el quirúrgico y sólo nos ofrecen el enzimático. En este caso, podríamos utilizarlo en lugar de la cirugía, por las razones que hemos mencionado (**respuesta 3 correcta**).

442. El tipo de endocarditis que se encuentra con mayor frecuencia en los pacientes que consumen drogas por vía intravenosa es:

1. La infección por *Staphylococcus aureus* de la válvula tricúspide.
2. La infección por estreptococos alfa-hemolíticos de la válvula tricúspide.
3. La infección por estreptococos alfa-hemolíticos de la válvula mitral.
4. La infección por *Pseudomonas aeruginosa* de la válvula pulmonar.

Gráfico de respuestas

Comentario

La endocarditis tricuspídea es bastante frecuente en ADVPs. Al emplear drogas parenterales, se producen en la piel soluciones de continuidad por las que pasará *S. aureus* al torrente sanguíneo. Después, llega al corazón a través del retorno venoso, anidando entonces en la tricúspide, que es la primera válvula que encuentra a su paso. Establecido en la válvula, produce émbolos sépticos que van al pulmón, produciendo un patrón radiológico nodular múltiple. Por ello, ante la sospecha de *S. aureus*, el tratamiento más correcto sería la combinación de betalactámicos y aminoglucósidos, aprovechando su actividad sinérgica. (**R1**)

443. Una de las siguientes patologías NO es un factor predisponente para el desarrollo de un colangiocarcinoma:

1. Litiasis intrahepática.
2. Colangitis esclerosante primaria.
3. Hemocromatosis.
4. Enfermedad de Caroli.

Gráfico de respuestas

Comentario

Una pregunta aparentemente difícil, pero en realidad sencilla, si se da cuenta de un detalle. Le están hablando de cuatro patologías de la vía biliar (intra o extrahepática) y de una que afecta únicamente al hígado (hemocromatosis). Por tanto, ¿cuál será menos probable como causa de cáncer de origen biliar?

Ha de saber que esta enfermedad sí predispone a un cáncer, pero no es al colangiocarcinoma, sino al HEPATOCARCINOMA. Tal es así, que el riesgo relativo es de 200, comparando con sujetos sin hemocromatosis. (**R3**)

444. Ante un paciente que acude a urgencias con un cuadro de vómitos de contenido intestinal, Rx de abdomen con niveles en "pilas de monedas", y en cuya exploración se aprecia una tumoración dura y dolorosa en región inguinal izquierda, pensará en:



1. Obstrucción por hernia inguinal, con contenido de intestino grueso en su interior.
2. Lo mismo, pero con contenido de intestino delgado.
3. Tumoración inguinal por linfoma.
4. Absceso del psoas.

Gráfico de respuestas

Comentario

La causa más frecuente de obstrucción de intestino delgado son las adherencias postquirúrgicas. Sin embargo, en este paciente habría que pensar en una hernia, teniendo en cuenta los datos que nos ofrecen en la exploración física. Es raro que una hernia produzca una obstrucción de intestino grueso, por lo que la respuesta correcta es la 2, y no la 1. La obstrucción del colon suele deberse al cáncer colorrectal (sobre todo en recto y sigma), aunque también puede deberse a vólvulos, diverticulitis o secuelas de la enfermedad inflamatoria intestinal. (R2)

445. La expresión clínica más frecuente de los tumores gástricos benignos es:

1. Ser asintomáticos.
2. Dolor.
3. Hemorragia.
4. Obstrucción de píloro o cardias.

Gráfico de respuestas

Comentario

La mayoría de los tumores gástricos benignos (ya sean leiomiomas o adenomas) suelen ser asintomáticos. Ocasionalmente, pueden manifestarse como sensación de plenitud postprandial, dolor en hemiabdomen superior y, más raramente, hemorragia por ulceración superficial. Sólo se tratarán si presentan síntomas. Y el tratamiento normalmente consiste en la enucleación quirúrgica o la exéresis del tumor. (R1)

446. Un niño que pesa 10 kg presenta una deshidratación leve con un déficit del 5%. ¿Qué cantidad de líquidos totales (necesidades basales + déficit) debería administrarle?:

1. 500 ml.
2. 1000 ml.
3. 1500 ml.
4. 2000 ml.

Gráfico de respuestas

Comentario

Nos piden que calculemos las necesidades de líquidos en un estado de deshidratación. Debemos administrarle las necesidades basales + el déficit, en este caso del 5% de peso. Las NB de este niño serán de $10 \text{ Kg} + 100 \text{ ml/kg de peso} = 1000 \text{ ml}$. Si el déficit es: % de deshidratación \times peso $\times 10 = 5 \times 10 \times 10 = 500$, la cantidad de líquidos totales que deberíamos administrarle es de 1500 ml. (R3)

447. ¿Cuál de los siguientes signos auscultatorios sugiere que la estenosis aórtica es grave?:

1. Desdoblamiento invertido del segundo ruido.
2. Aumento de intensidad del componente aórtico del segundo ruido.
3. Presencia de clic aórtico.



4. Irradiación del soplo a carótidas.

Gráfico de respuestas

Comentario

Esta pregunta sirve para repasar la auscultación en la EAo, algo muy importante para identificar los casos clínicos en el ENARM. Los datos auscultatorios típicos de la EAo son:

- a) clic de apertura, en niños y jóvenes con EAo congénita, que desaparece cuando la válvula se calcifica,
- b) el 2R puede estar aumentado de intensidad, aunque la calcificación de la válvula disminuye la intensidad de este ruido, y
- c) soplo sistólico rudo de morfología romboidal, localizado en foco aórtico e irradiado a carótidas.

Todos estos datos son típicos de la EAo, pero no indican que sea grave.

Sí son signos que indican gravedad:

- a) la presencia de 3R, cuando el ventrículo se dilata,
- b) la presencia de 4R, en casos de estenosis severa con hipertrofia del VI, y
- c) el desdoblamiento invertido (o paradójico) del 2R, que aparece en EAo severas y es debido al retraso del componente aórtico del 2R. Por tanto, la opción correcta es la 1. (R1)

448. A 65-year-old homeless man with a history of cirrhosis comes to the ER brought by the emergency services in a semicomatose state. He has decerebrate posture and his abdomen seems to have free fluid. He also looks dehydrated and his exhalations smell like sugar. PT is 18 sec and Ammonia is 106 umol/L (normal: 21-50). After intravenous fluids are started, what should be the most advisable next step in this patient's treatment?

- 1. Protein-free diet.
- 2. Lactulose.
- 3. Antibiotics.
- 4. Emergency liver transplantation.

Gráfico de respuestas

Comentario

Lactulose. Elevated ammonia in the serum reflect elevated levels among the central nervous system: this patient suffers hepatic encephalopathy, a reversible neuropsychiatric condition associated with chronic and acute liver dysfunction. Management includes treatment of precipitating factors along with lactulose or lactitol, especially via enema, which have been shown to be effective. (R2)























