

Preguntas y Respuestas

PREGUNTAS

1. Un paciente masculino de 50 años de edad acude a consulta por presentar edema de sus extremidades inferiores. Refiere que lo noto por primera vez el año pasado y persiste a pesar de elevar las piernas en la noche. Menciona que se ha sentido un poco fatigado últimamente y dice que no puede caminar más de 2 cuadas sin sentir que le falta el aire. Niega tabaquismo, otras enfermedades y el consumo de medicamentos. Admite el consumo crónico de alcohol, refiriendo 5-6 cervezas al día desde hace 20 años. Sus signos vitales son normales. A la exploración física encuentras ingurgitación yugular. Los pulmones se auscultan con ruidos respiratorios normales. El corazón se ausculta con ritmo regular, sin presencia de soplos ni galope. El abdomen esta distendido, con ruidos peristálticos normales, matidez cambiante y un signo de ola positivo. Las extremidades inferiores presentan edema bilateral con fovea hasta la mitad de la pantorrilla. Su radiografía de tórax muestra únicamente cardiomegalia. El ecocardiograma muestra dilatación de las 4 cámaras con las paredes ventriculares delgadas, una fracción de eyección ventricular disminuida y ausencia de anomalías en la motilidad de las paredes. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- Miocardiopatía dilatada idiopática
- Síndrome de tako-tsubo
- Miocardiopatía hipertrófica
- Angina estable
- Miocardiopatía alcohólica

2. Una mujer de 65 años de edad se presenta a consulta con una historia de cefalea intensa que ha persistido durante 2 semanas a pesar de tratamiento con ibuprofeno. Menciona que el dolor se localizó en la región temporal derecha. También menciona que el dolor aumenta con la masticación. No refiere trauma reciente y niega fiebre, sudoración nocturna, escalofríos, pérdida de peso, fotofobia y alteraciones visuales. La paciente presenta una temperatura axilar de 38° C, frecuencia cardíaca de 95/min, presión arterial de 120/70 mm Hg y frecuencia respiratoria de 14/min. Provoca dolor a la palpación de la región temporal derecha, sin notar huellas de trauma. El resto de la exploración física es normal. Laboratoriales relevantes

incluyen:

Velocidad de sedimentación globular (VSG): 100 mm/hr

Proteína C Reactiva (PCR): 3.0 mg/dL

Volumen Corpuscular Medio: 85 fl

Hemoglobina: 9.0 g/dL

Plaquetas: 500,000/L

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- Arteritis de Takayasu
- Migraña
- Estenosis Carotídea
- Arteritis de Células Gigantes
- Cefalea Tensional

3. Un niño de 14 años se presenta a urgencias por presentar dolor testicular. Refiere que estaba jugando fútbol cuando, sin algún evento traumático, sintió un rayo de dolor en el testículo izquierdo que se irradiaba hacia el abdomen. El dolor es intenso y continuo, asociándose a vómito en una ocasión. A la exploración física se ve moderadamente ansioso, con temperatura de 37.0° C, frecuencia cardíaca de 120/min y presión arterial de 105/60 mm Hg. El lado izquierdo de su escroto esta eritematoso, edematoso y muy sensible al dolor. El testículo esta horizontalizado y no mejora el dolor a la elevación del mismo. El reflejo cremastérico ipsilateral está ausente. El paciente presenta una torsión testicular izquierda, el cual requiere manejo inmediato. ¿Cuál de los siguientes predispone a la torsión testicular?

- Hidátide de Morgagni
- Paraphimosis
- Hydrocele
- Deformidad en badajo de campana
- Hipospadias

4. Un lactante de 3 meses de edad es llevado al servicio de urgencias por presentar rinorrea y tos seca. Menciona la mama que inicio hace 17 días con rinorrea hialina y congestión nasal, lo cual persistió durante 10 días. Posteriormente, se agregó tos seca, cianotizante, y en ocasiones emetizante. La tos ha persistido durante los últimos 7 días. A la exploración física, el paciente se encuentra afebril con los campos pulmonares bien ventilados. La radiografía de tórax es normal. La biometría hemática reporta 24000 leucocitos con 15% de neutrófilos.

los, 82% de linfocitos y 3 % de monocitos. De acuerdo al diagnóstico más probable,
¿Cuál es el mejor antibiótico para el tratamiento de este paciente?

- a. Amoxicilina
- b. Amoxicilina con ácido clavulánico
- c. Eritromicina
- d. Tetraciclina
- e. El manejo es sintomático, no requiere de antimicrobianos

5. Una mujer de 27 años de edad con amenorrea de 6 meses de evolución. Refiere que desde hace 4 meses ha notado el crecimiento de pelo grueso de color oscuro en la cara, alrededor de los pezones, abdomen y regio lumbar. Niega consumo de anticonceptivos orales u otros medicamentos. Niega antecedentes familiares de hirsutismo. Los signos vitales revelan una presión arterial de 96/64 mmHg. A la exploración física, se corrobora la presencia de hirsutismo por la presencia de pelo terminal en las zonas ya mencionadas, así como una distribución androide del vello púbico. La química sanguínea revela hiponatremia leve. El sodio urinario esta anormalmente elevado. El análisis hormonal revela elevación de DHEA-S, androstenidiona y 17 α -hidroxiprogesterona. Un ultrasonido pélvico demuestra poliquistosis ovárica. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Deficiencia de 11 β -hidroxilasa
- b. Deficiencia de 21 α -hidroxilasa
- c. Síndrome de Cushing
- d. Enfermedad de Addison
- e. Síndrome de ovarios poliquísticos

6. Un paciente masculino de 5 años de edad, sin antecedentes médicos de importancia, es llevado a consulta debido a que no deja de "orinar la cama." A los 3 años fue entrenado para el uso del retrete con lo que ha logrado mantenerse "seco durante el día". Hace un mes ingreso a una guardería donde no ha tenido eventualidades. Se menciona que orina la cama 4-5 veces por semana, algo que nunca ha logrado controlar. No se refiere disuria, polaquiuria, sed excesiva o micción frecuente. El análisis de orina es negativo para sangre, proteínas, glucosa, cetonas, leucocitos y bacterias. La densidad urinaria es de 1.020. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Infección de vías urinarias
- b. Bacteriuria asintomática
- c. Diabetes mellitus
- d. Enuresis primaria
- e. Enuresis secundaria

7. Una mujer de 36 años acude a consulta por un cuadro de astenia, artralgias generalizadas y fiebre desde hace 8 semanas. Al indagar en los antecedentes importantes refiere esplenectomía a la edad de 22 por trombocitopenia y 4 abortos, éste último seguido por un cuadro de trombosis venosa profunda. ¿Cuál de los siguientes exámenes de laboratorio cree de mayor utilidad para el diagnóstico de esta paciente?

- a. Factor reumatoide y anticuerpos antinucleares.
- b. Anticuerpos antinucleares y anti-cardiolipina
- c. Factor reumatoide y anticuerpos vs *Borrelia burgdorferi*
- d. Anticuerpos anti DNA y anti-Ro
- e. P-ANCAS y C-ANCAS

8. Se le interconsulta para revisar a un paciente hospitalizado por fiebre de origen desconocido de 1 mes de evolución que se presenta "en picos". Presenta además artralgias y artritis de grandes y pequeñas articulaciones y un exantema asalmoneado que se exacerba durante los picos febriles. Los laboratoriales reportan una VSG de 140 mm en la 1ª hora. La biometría hemática evidencia una leucocitosis de 23,000 con 80% de neutrófilos, y una ferritina plasmática de 10,000 ng/ml. Los hemocultivos fueron negativos, el ecocardiograma es normal, al igual que la radiografía de tórax. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de este paciente?

- a. Endocarditis aguda
- b. Lupus eritematoso sistémico
- c. Enfermedad de Still del adulto
- d. Sepsis por *Staphylococcus aureus*
- e. Brucelosis

9. Una mujer lleva a su hijo de 11 años a consulta de pediatría. Refiere el niño que inició su padecimiento hace 2 meses con dolor sordo en pierna izquierda que ha incrementado en intensidad. No refiere antecedentes de traumatismo. Se le toma una radiografía donde se observa una reacción perióstica que afecta prácticamente la totalidad

de la diáfisis del peroné en forma de capas de cebolla, así como espículas a partir de la corteza ósea en forma de púas de peine. ¿En cuál de los siguientes diagnósticos debe pensarse en primer lugar?

- a. Fibrosarcoma
- b. Sarcoma parostal
- c. Osteosarcoma
- d. Sarcoma de Ewing
- e. Afectación ósea secundaria a leucemia

10. Un paciente masculino acude a urgencias por una lesión en la mano derecha. Refiere que se encontraba limpiando la ventana de su casa cuando al recargarse en ella se rompe y cae con las manos sobre los cristales rotos. A la exploración física el paciente presenta imposibilidad para la flexión aislada del cuarto dedo, imposibilidad para la abducción y aducción de los dedos segundo a quinto, e hipoestesia de cara ventral de los dedos 4 y 5, siendo el resto normal. De acuerdo a estos datos, podemos deducir que las estructuras anatómicas lesionadas son:

- a. Nervio radial y flexor profundo del 4º dedo.
- b. Nervio mediano y flexor superficial del 4º dedo.
- c. Nervio cubital y flexor del 4º dedo.
- d. Nervio radial y flexor de 4º dedo.
- e. Nervio cubital y aductor profundo del 3º y 4º dedo.

Pregunta Abierta

Un paciente masculino de 31 años de edad, arqueólogo de profesión, se presenta a consulta por presentar tos nocturna durante los últimos 3 meses. Refiere que es una tos seca que “viene y va.” Menciona además que ha presentado fiebre hasta 37.9° C también de carácter fluctuante, y que ha perdido 7 kilos, sin intención, en los últimos 2 meses. Niega sudoraciones profusas, contacto con pacientes con tos crónica y toxicomanías. Menciona que hace 6 meses viajó a Brasil, viaje que pasó sin eventualidades. En la exploración física, es notable la presencia de sibilancias aisladas a la exploración pulmonar. También notas linfadenopatía inguinal bilateral. Al reinterrogar al paciente, niega antecedentes de hiperreactividad bronquial pero admite haber participado en actividades de espeleología durante su estancia en Brasil. Al revisar los exámenes generales, notas eosinofilia de 3300. Tienes a

la mano 2 hemocultivos los cuales están negativos.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

¿Cómo se confirma el diagnóstico?

RESPUESTAS:

1. Respuesta E: Este paciente padece de miocardiopatía alcohólica, una miocardiopatía de fenotipo dilatado. Esta pregunta incita a la confusión debido a que hay varias opciones de respuesta que representan diferentes tipos de miocardiopatía dilatada. En este caso, el antecedente del consumo de alcohol orienta a la respuesta. El síndrome de tako-tsubo, también conocido como miocardiopatía dilatada de estrés o síndrome del corazón roto, se asocia al estrés emocional extremo (ej. la muerte de un ser querido), algo que no encaja por completo en este paciente. La miocardiopatía dilatada idiopática se diagnostica en ausencia de factores secundarios.

La miocardiopatía alcohólica se asocia al consumo excesivo de alcohol de cualquier presentación, durante un periodo mayor a 10 años. Los síntomas varían desde limitación progresiva del ejercicio hasta insuficiencia cardíaca fulminante. La exploración física puede revelar un ápice cardíaco desplazado, ruidos de galope, un soplo mitral de regurgitación y datos de retención de líquidos (edema e ingurgitación yugular). Es frecuente la asociación con arritmias cardíacas, en especial fibrilación auricular paroxística. La radiografía de tórax puede demostrar cardiomegalia con congestión pulmonar, hipertensión pulmonar venosa y derrame pleural. El ecocardiograma es el estudio más adecuado para establecer el diagnóstico fenotípico. Este tipo de miocardiopatía responde muy bien a la cesión del consumo de alcohol. El tratamiento también debe incluir IECAS, beta bloqueadores y digoxina, cuando estos sean indicados. También se deben corregir deficiencias nutricionales concomitantes (ej. tiamina).

Libby P, Bonow RO, Mann DL, Zipes DP. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 8a ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2008.

2. Respuesta D: La arteritis de células gigantes, también conocida como arteritis temporal, es una vasculitis de grandes vasos de acuerdo a la clasificación de Chapel Hill, que afecta pacientes mayores de 60 años de edad. Histológicamente, se caracteriza por un infiltrado celular de la pared arterial consistente en células gigantes multinucleadas, con destrucción de la lámina elástica interna. Además de cefalea de localización temporal, uni- o bilateral, se puede presentar con

otros síntomas sistémicos como artralgias, mialgias, fiebre, pérdida de peso, anemia, cuero cabelludo doloroso, claudicación mandibular y depresión. Los pacientes pueden presentarse con pérdida súbita de la visión, uni- o bilateral, y diplopía. La disminución de la agudeza visual se debe a una neuropatía óptica isquémica por oclusión de las ramas de la arteria oftálmica o los vasos ciliares posteriores que irrigan la cabeza del nervio óptico. A la exploración oftalmológica, puede observarse edema pálido o el clásico punto de cereza. La PCR y VSG suelen estar aumentadas. El diagnóstico se puede confirmar por biopsia de la arteria temporal superficial. El tratamiento consiste en esteroides en dosis alta (prednisona 60 mg/día) ajustándose a la VSR, el cual debe mantenerse por debajo de 30 mm/hr.

Stoller JK, Michota FA, Mandell BF. The Cleveland Clinic Intensive Review of Internal Medicine. 5a ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

3. Respuesta D: La deformidad en badajo de campana es una fijación inadecuadamente alta de la túnica vaginal. Esto permite la rotación libre de testículo sobre el eje del cordón espermático. Esta anomalía se observa en 12% de los hombres.

La torsión testicular se puede producir después del ejercicio, actividad sexual, de un traumatismo y frecuentemente durante el sueño o reposo. Ocurre comúnmente en masculinos menores de 30 años de edad con un pico entre los 12 y 18 años. La torsión afecta predominantemente el testículo izquierdo. Si la reducción de la torsión se hace dentro de las primeras 6 horas desde el inicio de los síntomas, casi el 100% de los testículos torsionados pueden salvarse.

Cuppert M, Walsh KM. Medicina General Aplicada al Deporte. 1a ed. España: Elsevier; 2007.

4. Respuesta E: La tosferina, causada por Bordetella pertussis, tiene una evolución prolongada, con un periodo catarral de 2 semanas con datos de infección de vías respiratorias altas, seguida de una fase paroxística de 2-4 semanas. Durante la fase paroxística, el paciente presenta tos de severidad progresiva, de tipo staccato, disneizante y que en ocasiones es seguida de un estridor inspiratorio después de cada paroxismo. Emesis post-tusiva es frecuente. El diagnóstico se sospecha en

niños con tos paroxístico con leucocitosis de predominio linfocitario (en ocasiones llegando hasta el 80%). El diagnóstico clásicamente se establece por cultivo o inmunofluorescencia de secreciones nasofaríngeas, aunque en la actualidad la detección por PCR puede ser recomendada. La eritromicina es el fármaco de elección pero tiene poco efecto en la evolución de la enfermedad una vez que se ha establecido el cuadro paroxístico, y se utiliza sobre todo para limitar la infectividad del paciente. Los contactos cercanos, independientemente de su edad deben recibir tratamiento para prevenir la transmisión secundaria.

Rudolf AM, Kamei RK, Overby KJ. *Rudolf's Fundamentals of Pediatrics*. 3a ed. EUA: McGraw Hill;2002;340-341.

5. Respuesta B: La deficiencia de 21 α -hidroxilasa es la causa más común de hiperplasia adrenal congénita. Esta enzima se encarga normalmente de la conversión de progesterona y 17 α -hidroxiprogesterona a deoxycorticosterona y 11-deoxycortisol, respectivamente. La deficiencia de esta enzima resulta en la falta de producción de cortisol y aldosterona. ACTH aumenta en respuesta y provoca el aumento de los precursores. La 17 α -hidroxiprogesterona puede ser convertida a androstenidiona.

En su presentación clásica, el neonato presenta virilización o genitales ambiguos y sufre de hiponatremia severa. Sin embargo, son más comunes formas más leves que pueden presentarse durante la pubertad o inclusive después. Estas formas de presentación tardía se asocian con hirsutismo, acné, alteraciones menstruales e infertilidad. Estos pacientes también pueden tener hallazgos sonográficos de ovarios poliquísticos. El diagnóstico se establece demostrando la elevación de 17 α -hidroxiprogesterona en la fase folicular, o en la mujer anovulatoria, los niveles basales.

La deficiencia de 11 β -hidroxilasa es una causa menos frecuente de hiperplasia adrenal congénita, y esta se asocia a hipertensión por la actividad mineralcorticoide débil de los precursores. El diagnóstico se establece al demostrar niveles elevados de deoxycorticosterona.

Beckmann CRB, Ling FW, Smith RP, et al. *Obstetrics and Gynecology*. 5aed. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins;2006.

6. Respuesta D: La enuresis puede ser primaria (75%), cuando nunca se obtuvo el control nocturno, o secundaria (25%), cuando el niño ha permanecido seco por las noches por al menos 3 meses. La enuresis nocturna es más común en varones y hay antecedentes familiares en casi el 50% de los casos. Este trastorno afecta al 20% de los niños de 5 años de edad y se interrumpe de manera espontánea a una tasa de 15% por año. En la enuresis secundaria, a menudo intervienen factores psicológicos. Se debe descartar causas orgánicas de la enuresis como serían infecciones de vías urinarias, diabetes mellitus y diabetes insípida.

Rudolf AM, Kamei RK, Overby KJ. *Rudolf's Fundamentals of Pediatrics*. 3a ed. EUA: McGraw Hill;2002;118-119.

7. Respuesta B: La paciente presenta un cuadro inespecífico de artralgias y fiebre, sin embargo los antecedentes de abortos de repetición y el evento trombótico son datos característicos de un síndrome antifosfolípidos. Tomando en cuenta la fuerte relación que existe entre dicho síndrome y Lupus Eritematoso Sistémico (LES), aunado a el cuadro de artralgias y fiebre y la presencia de trombocitopenia, entonces tenemos datos suficientes para pensar en dicha patología. Los anticuerpos antinucleares son los primeros anticuerpos que debemos solicitar ante la sospecha de LES. Los anticuerpos anticardiolipina, junto con el anticoagulante lúpico y la B2 glicoproteína conforman los 3 anticuerpos de los criterios de clasificación del Síndrome Antifosfolípidos.

Firestein GS, Budd RC, Harris ED, et al. *Kelly's Textbook of Rheumatology*. 8a ed. Sander's; 2008

8. Respuesta C: La enfermedad de Still del adulto es una patología de causa desconocida cuyo diagnóstico es de exclusión, por lo que es imprescindible la presencia de hemocultivos y exámenes infectológicos negativos. Igualmente dentro de los criterios se establece que deben ser excluidas otras causas reumatológicas por lo cual deben ser negativos Factor Reumatoide y Anticuerpos antinucleares. Los pacientes con Enfermedad de Still del adulto presentan fiebre elevada en picos, durante los cuales aparece un típico exantema asalmoneado. Es también característica una elevación de ferritina

sérica a niveles muy superiores de lo normal, con reactantes de fase aguda elevados y leucocitosis.

Firestein GS, Budd RC, Harris ED, et al. *Kelly's Textbook of Rheumatology*. 8a ed. Sander's; 2008

9. Respuesta D: El Sarcoma de Ewing es uno de los tumores más frecuentes de la edad pediátrica y adolescencia. Se manifiestan clínicamente por dolor, masa palpable y en ocasiones repercusión sistémica, y afectan preferentemente las metáfisis y diáfisis de huesos largos. Es un tumor radiosensible que presenta una imagen típica en "capas de cebolla". El osteosarcoma cursa con lesiones líticas y una reacción perióstica típica en "sol naciente" y "triángulo de Codman".

Martínez y Martínez R, et al. *Salud y Enfermedad del Niño y del Adolescente*. 6ª ed. Manual Moderno; 2009.

10. Respuesta C: El nervio cubital inerva la cara ventral del 5o dedo y el borde cubital del 4o, mientras que el nervio mediano inerva la cara ventral del resto de los dedos. El paciente presenta además imposibilidad para la flexión del cuarto dedo, lo cual es compatible con una lesión del ligamento flexor del mismo.

Chung KW, Chung HM. *Gross Anatomy*. 6a ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

Respuesta a Pregunta Abierta Edición 24:

El diagnóstico más probable en esta paciente es Anorexia Nervosa. Es importante hacer énfasis en que la causa más frecuente de pérdida de peso, o falta de ganancia del mismo en un paciente (masculino o femenino) adolescente es un trastorno de la alimentación, aun si los criterios de DSM-IV no se cumplen por completo. Diagnósticos diferenciales de pérdida de peso en un paciente adolescente incluyen: malignidad, diabetes mellitus, hipertiroidismo, síndromes de malabsorción, lupus eritematoso sistémico, enfermedad inflamatoria intestinal, depresión y toxicomanías, entre otras. En esta paciente, los datos que nos orientan a anorexia nervosa incluyen una posible personalidad rígida (inferida por sus desempeño académico), pérdida ponderal, dieta y ejercicio excesivo, complexión delgada, amenorrea y bradicardia. En este caso, la bradicar

dia es un criterio para ingresar a la paciente para realimentación.

En bulimia nervosa las pacientes tienden a mantener el peso o incluso a subir, y en particular, se caracteriza por comidas en exceso seguidas por conductas compensatorias (purgantes o no-purgantes); lo cual no presenta la paciente.

Los trastornos de la alimentación son enfermedades psiquiátricas severas con una morbi-mortalidad médica y psiquiátrica elevada. En particular, la anorexia nervosa es la enfermedad psiquiátrica con la tasa más alta de mortalidad. La primera causa de mortalidad en pacientes con anorexia nervosa es suicidio, por lo que es sumamente importante el reconocimiento y tratamiento oportuno.

Academy for Eating Disorders. *Eating Disorders: Critical points for early recognition and medical risk management in the care of individuals with eating disorders*. 2a ed;2011.

Birmingham CL, Su J, Hlynsky JA, Goldner EM, Gao M. The Mortality Rate from Anorexia Nervosa. *Int J Eat Disord*. 2005;38:143-146.