

1.- Mujer de 60 años de edad que acude a consulta para chequeo general anual, se le solicitan estudios generales y se encuentra un nivel de calcio sérico de 12.5 mg/dl, como antecedente la paciente refiere presentar infecciones frecuentes de vías urinarias. Según el diagnóstico que usted sospecha que estudio sería más útil para confirmarlo.

- A) Calcio Ionizado
- B) Niveles de Oxalato de Calcio
- C) Determinación de paraproteínas
- E) Paratohormona

2.- Hombre de 20 años de edad que acude a consulta por presentar disnea, como antecedente refiere haber presentado infecciones respiratorias de repetición, a la exploración física se ausculta un desdoblamiento persistente del segundo ruido. Se le practica electrocardiograma en el cuál se observa un bloqueo de rama derecha. Cuál es el mecanismo fisiopatológico de la enfermedad que esta paciente padece.

- A) Cortocircuito derecha-izquierda
- B) Cortocircuito izquierda-derecha
- C) Regurgitación valvular
- D) Isquemia miocárdica

3. Mujer de 25 años de edad que recibe tratamiento antituberculoso clásico en fase de sostén la cuál acude al servicio de urgencias por presentar disnea, artralgias y malestar general, a la exploración física se encuentra una dermatosis eritematosa en la región malar, además disminución de los ruidos respiratorios y matidez a la percusión en base pulmonar derecha, se toman exámenes generales que muestran trombocitopenia ; se sospecho collagenopatía por lo que se solicitan anticuerpos resultando ANA positivos, Anti DNA negativos, Anti Histona positivos. Cuál es el diagnóstico más probable para este paciente.

- A) Lupus Eritematoso Sistémico
- B) Esclerosis Sistémica
- C) Enfermedad mixta del tejido conectivo
- D) Lupus inducido por medicamentos

4.- Hombre de 16 años de edad que acude a consulta por presentar sangre fresca en heces, a la exploración física no se encuentran datos anormales, se practicó una endoscopia gástrica que no mostró lesiones, posteriormente se practicó colonoscopia la cuál resultó normal, ante la persistencia del sangrado

digestivo que prueba diagnóstica solicitaría.

- A) Gammagrafía
- B) Colon por enema
- C) IRM gastrointestinal
- D) Antígeno Carcinoembrionario

5.- Hombre de 30 años de edad que es llevado al servicio de urgencias posterior a sufrir un accidente automovilístico en dónde su acompañante falleció, a su ingreso se encuentra desorientado y confuso, pálido, con TA 60/40, FC 120, FR 30, T 37, a la exploración se palpa rigidez abdominal, pérdida de la matidez hepática y ausencia de ruidos peristálticos. Cuál prueba diagnóstica es la que ha demostrado más sensibilidad en el diagnóstico de la patología del paciente.

- A) Eco abdominal
- B) TAC abdominal
- C) Lavado peritoneal
- D) Radiografía simple de tórax

6.- De las siguientes patologías, cuál es una indicación absoluta para intubación en el neonato.

- A) Hernia de Bochdalek
- B) Sx. de aspiración de meconio
- C) Displasia Broncopulmonar
- D) Anencefalia

7.- Neonato que a su examen en alojamiento conjunto, presenta inmovilidad del brazo derecho con rotación interna del mismo, reflejo de moro disminuido y presión palmar normal. Que estructura se encuentra lesionada.

- A) Todo el plexo braquial
- B) Raíces nerviosas de C5,C6
- C) Raíces nerviosas de C7,C8
- D) Raíces nerviosas de C8,T1

8.- Mujer de 30 años de edad la cuál consulta a especialista en fertilidad al no poder lograr embarazarse, al interrogatorio refiere dismenorrea y alteraciones menstruales. Según el diagnóstico que usted está pensando, cuál es el método diagnóstico de elección.

- A) Eco pélvico
- B) TAC pélvica
- C) Histerosalpingografía
- D) Laparoscopía

9.- Mujer de 28 años de edad, previamente

9.- Mujer de 28 años de edad, previamente sana, embarazada con FUM hace 12 semanas, que acude a consulta por presentar múltiples vómitos la cual presenta una TA de 150/90 y fondo uterino a nivel de la cicatriz abdominal. Según su diagnóstico que tratamiento recomendaría.

- A) Alfametildopa
- B) Legrado uterino
- C) Quimioterapia
- D) Aspiración uterina

10.- Llevan a su consulta a un niño de 9 años de edad que está siendo tratado con fenitoína, ya que fue diagnosticado de epilepsia hace 6 meses. La madre refiere que no mejora a pesar del tratamiento, en ese momento presenta una crisis que se caracteriza con un parpadeo bilateral, así como movimientos estereotipados de las manos y gritos con vocabulario soez, que aumentan mientras es observado. Cuál es el diagnóstico más probable en este caso.

- A) Epilepsia del lóbulo temporal
- B) Guilles de la Tourette
- C) Esquizofrenia paranoide
- D) Encefalitis subaguda

#### Pregunta Abierta

Acude a su consultorio un paciente masculino de 33 años de edad el cual ha sido tratado desde hace años con inhibidores de la bomba de protones por una úlcera péptica que no responde al tratamiento, previamente se le realizó una endoscopía que reporta úlceras pépticas de localización atípica. En sus exámenes de laboratorio usted nota una anemia hipocrómica-microcítica y una hipercalcemia leve. Según los datos presentados que patología debería buscar intencionadamente en este paciente.

#### Respuestas

1.- **E.** La paciente en este caso presenta una hipercalcemia asintomática, esto es uno de los puntos claves a recordar, ya que la primera causa de hipercalcemia asintomática es el hipoparatiroidismo primario, el cual consiste en una producción aumentada de paratohormona por la paratiroides, provocando así un aumento en la resorción ósea y a su vez un aumento en el calcio sérico.<sup>1,2</sup>

2.- **B.** El desdoblamiento persistente del segun-

do ruido cardíaco en conjunto con un bloqueo de rama derecha son datos altamente sugestivos de comunicación interauricular, la cual genera un cortocircuito izquierda-derecha con hiper-aflujo pulmonar, lo que explica las infecciones respiratorias de repetición. En ciertos casos cuando se deja a evolución natural el cortocircuito se puede invertir generando hipertensión pulmonar, lo que explicaría la disnea.<sup>1,2</sup>

3.- **D.** La paciente del caso cumple criterios diagnósticos de Lupus, sin embargo el patrón serológico y el antecedente de medicación antituberculosa, nos orienta a pensar en un lupus inducido por fármacos; en este caso el medicamento que estaría causando el cuadro sería la isoniacida (parte del esquema clásico contra tuberculosis). Hay que recordar que los anticuerpos anti Histona son específicos para Lupus medicamentoso y que es común que los anti-DNA y anti SM resulten negativos.<sup>1,2</sup>

4.- **A.** Es muy probable que el paciente que se presenta en el caso tenga un divertículo de Meckel, que es una persistencia del conducto vitelino, ubicada en el borde anti mesentérico a 60cms de la válvula ileocecal, suele manifestarse con obstrucción, inflamación y sangrado. Al paciente en cuestión ya se le descartaron otras posibles etiologías mediante endoscopía y colonoscopía, por lo que faltaría realizar una gammagrafía para detectar la mucosa ectópica característica del divertículo de Meckel.<sup>3</sup>

5.- **C.** El método diagnóstico de elección para detectar rotura de víscera hueca y sangrado abdominal posterior a trauma en un paciente estable es la TAC; sin embargo el paciente del caso se encuentra inestable por lo que pueden realizarse dos procedimientos: un Eco abdominal ó un lavado peritoneal y aunque el Eco abdominal sobre todo el Eco FAST, desplazan cada vez más al lavado peritoneal, este sigue considerándose el método de elección.<sup>3</sup>

6.- **A.** Aunque la aspiración de meconio en un neonato no vigoroso es indicación de laringoscopía, intubación y aspiración esta maniobra no está indicada en los neonatos vigorosos, por el contrario la hernia de Bochdalek causa hipoplasia pulmonar por lo que es una indicación absoluta de intubación.<sup>4</sup>

7.- **B.** El niño en este caso ha sufrido una lesión de las raíces nerviosas C5,C6 del plexo braquial conocido como síndrome de Dejerine-Klumpke,

que se caracteriza por presentar inmovilidad del brazo, rotación interna del mismo y mano en postura de “pedir propina”, con reflejo de moro ausente o disminuido y presión palmar conservada.<sup>4</sup>

8.- **D.** La paciente del caso presenta endometriosis, que se caracteriza por la triada infertilidad, alteraciones menstruales y dismenorrea. Para el abordaje diagnóstico el Eco podría ser útil sobre todo para visualizar endometriomas ováricos; sin embargo el método de elección es la visualización de las lesiones mediante laparoscopia y no está indicado iniciar tratamiento sin haber corroborado la enfermedad.<sup>5</sup>

9.- **D.** En toda paciente embarazada con hipértemesis, hipertensión arterial y fondo uterino mayor al de la edad gestacional se debe sospechar de enfermedad trofoblástica gestacional; tal es el caso de la paciente y el manejo consiste en realizar la evacuación del contenido uterino, siendo preferible la aspiración al legrado.<sup>6</sup>

10.- **B.** El paciente de este caso fue mal clasificado como síndrome epiléptico, los parpadeos y estereotipias que presenta no son eventos paroxísticos sino más bien tics, que si se presentan con coprolalia (lenguaje soez en el caso clínico), integran el síndrome de Guilles de la Tourette; el cuál debe ser manejado con terapia de sostén o en caso graves con neurolépticos.<sup>1,2</sup>

**Respuesta a Pregunta Abierta Edición 25:** En este caso, se trata de un paciente con Eosinofilia Tropical Pulmonar (EPT). Esto basado principalmente en el antecedente de un viaje a una zona endémica como lo es Brasil, los paroxísticos nocturna, sibilancias, eosinofilia elevada y hemocultivos negativos.

La EPT es una variante de infección por filarias, resultante de una reacción de hipersensibilidad

a la microfilarias liberadas por *Wuchereria bancrofti* y *Brugiamalayi*. Es una enfermedad transmitida principalmente por mosquitos del género *Culex*. Las formas adultas de estos parásitos suelen asentarse en el sistema linfático donde pueden desencadenar enfermedad linfática obstructiva crónica (Elefantiasis). EPT representa una presentación rara que ocurre en menos del 1% de los pacientes infectados. Es particularmente común en la India, Sri Lanka, el sureste de Asia, y recientemente en países occidentales en vías de desarrollo. EPT representa una respuesta inmunitaria elevada, lo que contrasta con las respuestas inmunitarias mínimas de pacientes de zona endémica con enfermedad crónica, quienes no suelen desarrollar EPT. Por lo tanto, se ha puntualizado que EPT ocurre principalmente en personas no-endémicas.

Los hallazgos clínicos incluyen tos nocturna paroxística, disnea y sibilancias, junto con otros hallazgos no específicos como fiebre de bajo grado, mialgias, pérdida de peso, vómito y diarrea. Eosinofilia >3,000/mm<sup>3</sup> es esencial para el diagnóstico. Otros estudios de utilidad incluyen IgE sérica total elevada y positividad a serologías para antígenos filariales; aunque estos últimos notoriamente hacen reacciones cruzadas con otras infecciones por helmintos. Los hemocultivos de día y noche (ya que la filaremia suele ser nocturna) son en su mayoría negativos. Las radiografías de tórax pueden mostrar infiltrados reticulonodulares no específicas. Pruebas de función pulmonar, en especial cuando el cuadro es crónico, demuestran enfermedad restrictiva progresiva.

El tratamiento tradicional es con dietilcarbamazina a 6mg/kg durante 3 semanas. La respuesta favorable al tratamiento se considera otro criterio para el diagnóstico de EPT.<sup>7</sup>

- 
- 1.- Dan Longo, Anthony Fauci, Dennis Kasper and Stephen Hauser., Harrison's Principles of Internal Medicine: Volumes 1 and 2, 18th Edition., (Jul 21, 2011).
- 2.- Stephen McPhee, Maxine Papadakis and Michael W. Rabow., CURRENT Medical Diagnosis and Treatment 2011., (Sep 15, 2010).
- 3.- F. Brunicardi, Dana Andersen, Timothy Billiar and David Dunn., Schwartz's Principles of Surgery, Ninth Edition., (Sep 11, 2009).
- 4.- Robert M. Kliegman MD, Bonita, Joseph St. Geme and Nina Schor., Nelson Textbook of Pediatrics., (Jun 10, 2011).
- 5.- Jonathan S. Berek., Novak's Gynecology., (Aug 15, 2002)
- 6.- Cunningham, Kenneth Leno, Steven Bloom and John Hauth., Williams Obstetrics: 23rd Edition., (Oct 29, 2009).
- 7.- OngRKC, Doyle RL. Tropical Pulmonary Eosinophilia.Chest 1998;113:1673-1679.