

|                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | jueves, 2 de marzo de 2023, 14:10 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                        |
| <b>Finalizado en</b>   | jueves, 2 de marzo de 2023, 14:29 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 18 minutos 23 segundos            |
| <b>Puntos</b>          | 18,00/20,00                       |
| <b>Calificación</b>    | <b>9,00</b> de 10,00 (90%)        |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

El síndrome antifosfolípido se caracteriza por:

Seleccione una:

- a. Alargamiento del tiempo de protrombina
- b. Alteración de las pruebas de agregación plaquetaria
- c. Disminución del recuento de plaquetas
- d. Alargamiento del tiempo de tromboplastina parcial activada
- e. Alargamiento del tiempo de sangría



El SAF es una enfermedad autoinmune, asociada a lupus sistémico y que produce abortos y trombosis, tanto venosas, como arteriales. Se caracteriza por tener VDRL falsamente positivo y alargar el TTPA, lo que se conoce como "anticoagulante lúpico". Sus marcadores más específicos son los anticuerpos anticardiolipinas y antifosfolípidos.

La respuesta correcta es: Alargamiento del tiempo de tromboplastina parcial activada

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 45 años presenta un cuadro de fiebre y malestar general, de 5 días de evolución. Su hemograma muestra Hemoglobina: 14 g/dl, plaquetas: 400.000 por mm3, blancos: 16.000 por mm3, con 10% de linfocitos, 5% de monocitos y 70% de neutrófilos segmentados y 15% de baciliformes. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

a. Leucemia mieloide crónica

b. Leucemia aguda

c. Linfoma

d. Infección bacteriana

e. Infección viral



Es una infección bacteriana clásica: leucocitosis de tipo neutrofílico, con desviación izquierda (más de 10% de baciliformes). Además, solo lleva 5 días de evolución.

La LMC podría ser similar, pero con más de 20.000 blancos y mayor desviación izquierda (ej. aparición de mielocitos o promielocitos).

Tendría además un cuadro crónico, de varias semanas, al menos.

La respuesta correcta es: Infección bacteriana

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 15 años presenta anemia crónica. En sus exámenes destaca un hemograma con anemia microcítica, con VCM de 66, con hematocrito de 33% y 5 millones de GR por mm3. Además, tiene ferritina ligeramente elevada. El diagnóstico de sospecha es:

Seleccione una:

a. Talasemia



b. Anemia por enfermedades crónicas

c. Anemia drepanocítica (por células falciformes)

d. Microesferocitosis familiar

e. Anemia ferropénica

Es una talasemia clásica: anemia microcítica (VCM menor a 80), con aumento del número de glóbulos rojos, más elevación de la ferritina. Si hubiese sido normocítica (VCM: 80 a 100), habría sido anemia por enfermedades crónicas.

La anemia ferropénica es microcítica, pero con ferritina muy baja.

La respuesta correcta es: Talasemia

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 6 años presenta un cuadro de fiebre, baja de peso y sudoración nocturna, asociada a malestar general. Al examen físico, se palpa varias adenopatías inguinales y axilares indoloras. Su hemograma demuestra anemia normocítica leve, sin otras alteraciones. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar biopsia ganglionar ✓
- b. Solicitar hibridación in situ, en busca del Cromosoma Filadelfia.
- c. Realizar biopsia esplénica
- d. Solicitar biopsia de médula ósea
- e. Iniciar corticoides orales

La sospecha es un linfoma, ya que tiene los síntomas B (baja de peso, fiebre y sudoración) más las poliadenopatías características. El hemograma, no muestra nada más allá de una leve anemia, por lo que no parece ser leucemia. Lo más correcto es solicitar exámenes generales, como radiografía de tórax y luego proceder a la biopsia ganglionar, para confirmar el diagnóstico. El Cr. Filadelfia es de la LMC y algunas LLA. La biopsia debe realizarse antes de indicar corticoides.

Cuando no hay sospecha de linfoma, sino solo una adenopatía periférica, se suelen observar por 3 a 4 semanas o tratar con antibióticos por 2 semanas, biopsiándolas solo si persisten.

La biopsia de las adenopatías se prefiere que sea excisional (en las que son muy grandes, se hace excisional), ya que las por aguja fina tienen mal redimiento.

La respuesta correcta es: Solicitar biopsia ganglionar

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 67 años se realiza un perfil bioquímico que muestra elevación de las proteínas plasmáticas, con albúmina de 3,4 g/dl. Los exámenes generales son normales, al igual que el examen físico. Se solicita una electroforesis de proteínas en plasma, que constata un peak monoclonal de inmunoglobulina G, por lo que se realiza una biopsia de médula ósea que demuestra elevación del número de plasmocitos, compatible con un MGUS. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar hidroxiurea
- b. Realizar trasplante de médula ósea
- c. Indicar quimioterapia
- d. Iniciar ácido acetil salicílico
- e. Observar evolución ✓

El tratamiento del MGUS (gamapatía monoclonal de significado incierto) es simplemente la observación, ya que en el 98% de los casos no tiene mayores complicaciones. Solo en el 2% restante existe evolución a mieloma múltiple y solo si ello ocurre, se tratará con quimioterapia.

La respuesta correcta es: Observar evolución

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 45 años presenta un cuadro de fiebre y malestar general, de 5 días de evolución. Su hemograma muestra Hemoglobina: 14 g/dl, plaquetas: 400.000 por mm<sup>3</sup>, blancos: 18.000 por mm<sup>3</sup>, con 65% de neutrófilos segmentados, 20% de baciliformes, 15% de linfocitos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Infección viral
- b. Leucemia mieloide crónica
- c. Linfoma
- d. Infección bacteriana
- e. Leucemia aguda



Es una infección bacteriana clásica: leucocitosis de predominio neutrofílico, con desviación izquierda. Tiene normalidad de los glóbulos y plaquetas, aunque es frecuente que haya trombocitosis en los cuadros inflamatorios (trombocitosis reactiva).

La LMC habría tenido mayor leucocitosis (mayor a 20.000), y un cuadro de más días de evolución. Vale la pena recordar que muchas veces es imposible diferenciar una LMC de una reacción leucemoide, secundaria a una infección bacteriana, razón por la cual se busca activamente el cromosoma Filadelfia con hibridación in situ o PCR para confirmar el diagnóstico de LMC. Eso sí, en este caso, la sospecha no es una LMC, sino solo una infección bacteriana.

La respuesta correcta es: Infección bacteriana

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El factor pronóstico más importante del cáncer de laringe es:

Seleccione una:

- a. Tamaño del tumor
- b. Presencia de metástasis a distancia
- c. Tipo histológico
- d. Invasión de los ganglios linfáticos cervicales
- e. Grado de diferenciación histológica



En general, el factor pronóstico más importante en todos los cánceres de cabeza y cuello es el compromiso ganglionar del cuello. Sin embargo, en el cáncer de laringe, en específico, también es muy relevante la ubicación del tumor, ya que el cáncer glótico tiene mejor pronóstico que el supraglótico e infraglótico, ya que da síntomas tempranos y tiene una diseminación linfática más lenta.

La respuesta correcta es: Invasión de los ganglios linfáticos cervicales

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes alteraciones es más frecuente en los pacientes diagnosticados de linfoma?

Seleccione una:

- a. Esplenomegalia
- b. Anemia
- c. Elevación de las proteínas plasmáticas
- d. Adenopatías
- e. Dolores óseos



Los linfomas se caracterizan por poliadenopatías persistentes. Además, pueden tener síntomas B (baja de peso, fiebre y sudoración nocturna), aunque son inespecíficos. Salvo en las etapas más avanzadas, suelen cursar sin anemia; de hecho, su hemograma suele ser normal.

La elevación de proteínas es característica de las mielopatías, como el mieloma.

Los dolores óseos son clásicos del mieloma, pero también se ven en las leucemias agudas.

La esplenomegalia se ve en las leucemias mieloides, en los síndromes mieloproliferativos y en las mielodisplasias.

La respuesta correcta es: Adenopatías

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente presenta un cuadro de anemia, con marcada elevación de los reticulocitos y presencia de esquistocitos. ¿Qué examen es más adecuado para el estudio de esta paciente?

Seleccione una:

- a. Niveles de vitamina B12
- b. Ferritina y transferrina plasmáticas
- c. Tiempo de sangría
- d. Biopsia de médula ósea
- e. Prueba de Coombs directo



Tiene una anemia hemolítica: elevación de reticulocitos (regenerativa) y presencia de esquistocitos (membranas de los glóbulos rojos hemolizados). Se solicita prueba de Coombs directo, para buscar la causa autoinmune: si está positiva, se debe a anticuerpos contra los glóbulos rojos; si está negativa, se debe a otras causas de hemólisis.

La respuesta correcta es: Prueba de Coombs directo

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta anemia, con hematocrito: 25%, VCM: 110 fl, plaquetas: 250.000 por mm<sup>3</sup>, blancos: 6.000 por mm<sup>3</sup>, reticulocitos: 10%. Además, se constata elevación de la bilirrubina plasmática de predominio indirecto y de la LDH (lactato deshidrogenasa). El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Anemia por déficit de folatos
- b. Anemia hemolítica
- c. Anemia por enfermedades crónicas
- d. Mielodisplasia
- e. Anemia perniciosa



Dado que los reticulocitos están elevados, es una anemia hemolítica (recordar que solo la hemólisis y las hemorragias recientes son anemias regenerativas, es decir, tienen elevado el índice reticulocitario). La hemólisis además eleva la bilirrubina indirecta, la LDH y, además, puede elevar el VCM, porque los reticulocitos son más grandes que los glóbulos rojos promedio y elevan el VCM. Si hubiese tenido los reticulocitos bajos, el diagnóstico sería déficit de B12, por la elevación del VCM y porque la falta de B12 también eleva la bilirrubina y la LDH (por la eritropoyesis inefectiva a nivel de la médula ósea).

La respuesta correcta es: Anemia hemolítica

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes hemogramas le parece más sugerente de una leucemia linfoide crónica?

Seleccione una:

- a. Hematocrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 250.000 x mm<sup>3</sup>, blancos: 7.500 x mm<sup>3</sup>, linfocitos: 50%, Monocitos: 4%, segmentados: 40%, baciliformes: 3%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 2%, basófilos: 1%
- b. Hematocrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 250.000 x mm<sup>3</sup>, blancos: 17.500 x mm<sup>3</sup>, linfocitos: 13%, Monocitos: 5%, segmentados: 65%, baciliformes: 15%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 1%, basófilos: 1%
- c. Hematocrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 500.000 x mm<sup>3</sup>, blancos: 32.500 x mm<sup>3</sup>, linfocitos: 10%, Monocitos: 5%, segmentados: 31%, baciliformes: 21%, mielocitos: 10%, promielocitos: 5%, blastos: 2%, eosinófilos: 6%, basófilos: 4%
- d. Hematocrito: 25%, hemoglobina: 8 g/dl, plaquetas: 50.000 x mm<sup>3</sup>, blancos: 27.500 x mm<sup>3</sup>, linfocitos: 88%, Monocitos: 0%, segmentados: 12%, baciliformes: 0%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%
- e. Hematocrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 350.000 x mm<sup>3</sup>, blancos: 18.500 x mm<sup>3</sup>, linfocitos: 80%, Monocitos: 7%, segmentados: 12%, baciliformes: 1%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%



Opción A = hemograma normal

Opción B = Leucemia linfática crónica

Opción C = Infección bacteriana

Opción D = Leucemia mieloide crónica

Opción E = Infección viral

La respuesta correcta es: Hematocrito: 25%, hemoglobina: 8 g/dl, plaquetas: 50.000 x mm<sup>3</sup>, blancos: 27.500 x mm<sup>3</sup>, linfocitos: 88%, Monocitos: 0%, segmentados: 12%, baciliformes: 0%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%

Pregunta 12

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Usted recibe a un niño de 4 años, que ha presentado dos hematomas musculares y múltiples equimosis, ante mínimos traumatismos, desde hace 2 días. Previo a eso no había tenido síntomas de ese tipo. Se solicita un hemograma, que resulta normal, TP que está muy alargado y TTPA que está normal. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Púrpura trombocitopénico inmune
- b. Intoxicación con cumarínicos
- c. Púrpura trombocitopénico trombótico
- d. Hemofilia A
- e. Enfermedad de Von Willebrand

✗

Es una pregunta difícil, ya que hay que conocer los distintos trastornos de la hemostasia.

El PTT tendría trombopenia y anemia hemolítica.

El PTI tendría trombopenia, con TP y TTPA normales.

La intoxicación con cumarínicos alarga el TP tiene hemograma normal, ya que genera un trastorno de la hemostasia secundaria (coagulación).

La hemofilia tiene hemograma normal, pero alarga el TTPA, con TP normal.

La EvW afecta la función plaquetaria, por lo que tiene hemograma normal, pero también normalidad del TP y TTPA, alargando el tiempo de sangría (alteración de la hemostasia secundaria).

La respuesta correcta es: Intoxicación con cumarínicos

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes hemogramas es más sugerente de una trombocitosis esencial?

Seleccione una:

- a. Hematócrito: 25%, blancos: 22.000, linfocitos: 8%, segmentados: 0%, baciliformes: 0%, mielocitos: 90%, plaquetas: 40.000.
- b. Hematócrito: 45%, blancos: 32.000, linfocitos: 17%, segmentados: 50%, baciliformes: 20%, mielocitos: 10%, plaquetas: 500.000.
- c. Hematócrito: 45%, blancos: 8.200, segmentados: 60%, baciliformes: 0%, mielocitos: 0%, plaquetas: 50.000.
- d. Hematócrito: 45%, blancos: 12.000, segmentados: 70%, baciliformes: 10%, mielocitos: 1%, plaquetas: 490.000.
- e. Hematócrito: 40%, blancos: 8.000, linfocitos: 35%, segmentados: 60%, baciliformes: 2%, mielocitos: 0%, plaquetas: 700.000. ✓

Opción A = Leucemia mieloide crónica (marcada leucocitosis con desviación izquierda y trombocitosis).

Opción B = Trombocitosis esencial (trombocitosis aislada mayor a 600.000).

Opción C = Leucemia mieloide aguda, de tipo mielocítica (aunque el hemograma suele ser distinto, en la realidad)

Opción D = Infección bacteriana (leucocitosis, desviación izquierda) con trombocitosis reactiva. Opción

E = Trombopenia aislada. Probablemente es una PTI.

La respuesta correcta es: Hematócrito: 40%, blancos: 8.000, linfocitos: 35%, segmentados: 60%, baciliformes: 2%, mielocitos: 0%, plaquetas: 700.000.

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes hemogramas le parece más sugerente de una leucemia mieloide crónica?

Seleccione una:

- a. Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 250.000 x mm3, blancos: 7.500 x mm3, linfocitos: 30%, Monocitos: 4%, segmentados: 60%, baciliformes: 3%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 2%, basófilos: 1%
- b. Hematócrito: 25%, hemoglobina: 8 g/dl, plaquetas: 50.000 x mm3, blancos: 47.500 x mm3, linfocitos: 10%, Monocitos: 0%, segmentados: 20%, baciliformes: 0%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 70%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%
- c. Hematócrito: 25%, hemoglobina: 8 g/dl, plaquetas: 50.000 x mm3, blancos: 38.500 x mm3, linfocitos: 10%, Monocitos: 0%, segmentados: 40%, baciliformes: 0%, mielocitos: 0%, promielocitos: 50%, blastos: 0%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%
- d. Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 250.000 x mm3, blancos: 17.500 x mm3, linfocitos: 13%, Monocitos: 5%, segmentados: 65%, baciliformes: 15%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 1%, basófilos: 1%
- e. Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 500.000 x mm3, blancos: 32.500 x mm3, linfocitos: 10%, Monocitos: 5%, segmentados: 31%, baciliformes: 21%, mielocitos: 10%, promielocitos: 5%, blastos: 2%, eosinófilos: 6%, basófilos: 4%

Opción A = hemograma normal. Opción B = Leucemia mieloide aguda, de tipo mieloblástico (leucocitosis con muchos blastos y bicitopenia: anemia y trombopenia). Opción C = Infección bacteriana (leucocitosis de predominio neutrófilico y desviación izquierda).

Opción D = LMC (marcada leucocitosis de predominio neutrófilico, con gran desviación izquierda y elevación de todo lo mieloide, ejemplo: plaquetas, eosinófilos, basófilos). Opción E = Leucemia mieloide aguda, de tipo promielocítica (leucocitosis, con hiato leucémico y muchos promielocitos, más bicitopenia; aunque el hemograma suele ser algo distinto al ahí mostrado).

La respuesta correcta es: Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 500.000 x mm3, blancos: 32.500 x mm3, linfocitos: 10%, Monocitos: 5%, segmentados: 31%, baciliformes: 21%, mielocitos: 10%, promielocitos: 5%, blastos: 2%, eosinófilos: 6%, basófilos: 4%

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes hemogramas le parece más sugerente de una leucemia mieloide crónica?

Seleccione una:

- a. Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 250.000 x mm3, blancos: 17.500 x mm3, linfocitos: 13%, Monocitos: 5%, segmentados: 65%, baciliformes: 15%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 1%, basófilos: 1%
- b. Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 500.000 x mm3, blancos: 32.500 x mm3, linfocitos: 10%, Monocitos: 5%, segmentados: 31%, baciliformes: 21%, mielocitos: 10%, promielocitos: 5%, blastos: 2%, eosinófilos: 6%, basófilos: 4%
- c. Hematócrito: 25%, hemoglobina: 8 g/dl, plaquetas: 50.000 x mm3, blancos: 47.500 x mm3, linfocitos: 10%, Monocitos: 0%, segmentados: 20%, baciliformes: 0%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 70%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%
- d. Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 250.000 x mm3, blancos: 7.500 x mm3, linfocitos: 30%, Monocitos: 4%, segmentados: 60%, baciliformes: 3%, mielocitos: 0%, promielocitos: 0%, blastos: 0%, eosinófilos: 2%, basófilos: 1%
- e. Hematócrito: 25%, hemoglobina: 8 g/dl, plaquetas: 50.000 x mm3, blancos: 38.500 x mm3, linfocitos: 10%, Monocitos: 0%, segmentados: 40%, baciliformes: 0%, mielocitos: 0%, promielocitos: 50%, blastos: 0%, eosinófilos: 0%, basófilos: 0%

- Opción A = hemograma normal.

- Opción B = Leucemia mieloide aguda, de tipo mieloblástico (leucocitosis con muchos blastos y bicitopenia: anemia y trombopenia).

- Opción C = Infección bacteriana (leucocitosis de predominio neutrófilico y desviación izquierda).

- Opción D = LMC (marcada leucocitosis de predominio neutrófilico, con gran desviación izquierda y elevación de todo lo mieloide, ejemplo: plaquetas, eosinófilos, basófilos).

- Opción E = Leucemia mieloide aguda, de tipo promielocítica (leucocitosis, con hiato leucémico y muchos promielocitos, más bicitopenia; aunque el hemograma suele ser algo distinto al ahí mostrado).

La respuesta correcta es: Hematócrito: 45%, hemoglobina: 15 g/dl, plaquetas: 500.000 x mm3, blancos: 32.500 x mm3, linfocitos: 10%, Monocitos: 5%, segmentados: 31%, baciliformes: 21%, mielocitos: 10%, promielocitos: 5%, blastos: 2%, eosinófilos: 6%, basófilos: 4%

Pregunta **16**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El tratamiento de la púrpura trombocitopénica crónica, del adulto es:

Seleccione una:

- a. Esplenectomía
- b. Corticoides orales
- c. Cumarínicos orales
- d. Ácido acetil salicílico
- e. Reposo y observación



En el tratamiento del PTI crónico, de primera línea se usa la prednisona oral. Si sigue con plaquetas muy bajas, se indica la esplenectomía. Si tiene hemorragias graves, se indica la IgG endovenosa en altas dosis.

Solo el PTI agudo, de los niños, se puede observar, si está en buenas condiciones, sin hemorragias graves y con más de 20.000 plaquetas.

La respuesta correcta es: Corticoides orales

Pregunta **17**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta disminución de la proteína S. Tendrá alto riesgo de:

Seleccione una:

- a. Linfoma
- b. Infecciones
- c. Hemorragias
- d. Trombosis
- e. Leucemia



El déficit de proteína S es una trombofilia, dado que la proteína S es una proteína anticoagulante.

El déficit de proteína C y déficit de antitrombina III también son trombofilias.

La respuesta correcta es: Trombosis

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 50 años, sin antecedentes de importancia, presenta una TVP de extremidad inferior izquierda. Además de los signos de TVP, al examen físico se aprecia piel violácea. En sus exámenes destaca hemograma con hematocrito: 63%, Hb: 21 g/dl, plaquetas: 460.000 x mm3 y blancos: 9.000 x mm3, con fórmula diferencial normal. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Policitemia vera
- b. Déficit de antitrombina III
- c. Leucemia mieloide aguda promielocítica (M3)
- d. Macroglobulinemia de Waldström
- e. Leucemia mieloide crónica



De todas las opciones, la policitemia vera es la única que tiene policitemia o poliglobulía (hematocrito mayor a 55% o hemoglobina mayor a 18 g/dl). Además, se caracteriza por tener elevación de las plaquetas. Suele hacer un síndrome de hiperviscosidad, lo que produce la trombosis.

Finalmente, el déficit de AT-III, la leucemia promielocítica y la macroglobulinemia de Waldström pueden producir trombosis. De hecho, de las leucemias, la promielocítica es la más "trombofílica".

La respuesta correcta es: Policitemia vera

Pregunta 19

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un niño de 10 meses, asintomático, alimentado con leche materna y una comida, presenta anemia con hemoglobina de 9,2 g/dl, sin alteración de las otras series de células sanguíneas. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar tratamiento con hierro oral
- b. Solicitar biopsia de médula ósea
- c. Solicitar prueba de Coombs
- d. Solicitar perfil de hierro, niveles de vitamina B12 y folatos
- e. Solicitar pruebas de screening para talasemias



Lo poco que hay que saber de anemia en niños es: 1. Se diagnostica como la hemoglobina < p10 para la edad; 2. Entre los 2 y 6 meses es normal que baje la hemoglobina, hasta un mínimo de 9 g/dl, lo que se conoce como anemia fisiológica y 3. Despues de los 6 meses, la anemia más frecuente es la ferropénica y a menos que parezca evidentemente otra causa, la conducta es simplemente tratarla con hierro oral.

La respuesta correcta es: Iniciar tratamiento con hierro oral

Pregunta **20**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una mujer de 80 años se realiza un hemograma, que muestra leucocitosis de 40.000 x mm<sup>3</sup>, con 90% de linfocitos y anemia moderada. Al examen físico no se aprecian alteraciones y en un examen anterior, realizado hace un año, se constata leucocitosis de 30.000 x mm<sup>3</sup>, también de predominio linfocitario. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Leucemia linfática crónica
- b. Leucocitosis reactiva a infección viral crónica
- c. Mielofibrosis
- d. Reacción leucemoide
- e. Linfoma



Está muy fácil: tiene leucemia (marcada leucocitosis), linfática (90% de linfocitos), crónica (hace un año ya la tenía) XD.  
De todos modos, es un adulto mayor con linfocitosis marcada y anemia, lo que sugiere fuertemente una LLC.

La respuesta correcta es: Leucemia linfática crónica

[◀ 4.6 Cuestionario Hematología](#)

[Ir a...](#)

[4.8 Cuestionario Hematología](#)

|                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | jueves, 2 de marzo de 2023, 01:18 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                        |
| <b>Finalizado en</b>   | jueves, 2 de marzo de 2023, 01:21 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 3 minutos 9 segundos              |
| <b>Puntos</b>          | 7,00/7,00                         |
| <b>Calificación</b>    | 100,00 de 100,00                  |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 2 años presenta un cuadro de mialgias, fiebre alta y odinofagia. Los padres lo tratan inicialmente con paracetamol, pero 4 días después continúa con fiebre sobre 38,5°C, por lo que deciden consultar. Su faringe se aprecia eritematosa y se palpan adenopatías cervicales, sin otras alteraciones. Se solicita un hemograma que muestra hematocrito: 39%, hemoglobina: 12,8 g/dl, VCM: 91 ft, blancos: 17.900 x mm<sup>3</sup>, con 75% de linfocitos, 18% de neutrófilos, 3% de monocitos y 2% de eosinófilos y plaquetas: 150.000 x mm<sup>3</sup>. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Leucemia linfática aguda
- b. Linfoma
- c. Infección viral
- d. Leucemia linfática crónica
- e. Reacción leucemoide

Tiene clínica de infección respiratoria alta y un hemograma con linfocitosis, sin otras alteraciones, por lo que todo apunta a un cuadro viral. Por la sintomatología y la edad parece un adenovirus (también podría ser un metaneumovirus o incluso una influenza). No había razón para pedirle el hemograma, ya que llevaba poco tiempo con los síntomas y había muchos elementos que hacían sospechar una causa infecciosa viral. Las reacciones leucemoides requieren más de 50.000 blancos (algunos autores ponen como corte 30.000).

La respuesta correcta es: Infección viral

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 20 años, diagnosticado de malabsorción intestinal por enfermedad de Cröhn, consulta por astenia. Al examen físico se aprecia palidez, por lo que se solicita hemograma que demuestra hematocrito: 23%, hemoglobina: 7,6 g/dl, VCM: 111 ft, blancos: 3.200 x mm3, con fórmula diferencial normal y plaquetas: 89.000 x mm3. Se constata aumento de la LDH plasmática y de la bilirrubina, de predominio indirecto y el índice reticulocitario es de 0,2. El diagnóstico más probable es:

- a. Anemia por déficit de vitamina B12
- b. Anemia por aplasia medular
- c. Anemia por enfermedades crónicas
- d. Anemia hemolítica
- e. Anemia ferropriva



El antecedente de enfermedad de Cröhn puede producir anemia por enfermedades crónicas. La malabsorción puede producir anemia ferropriva y por déficit de vitamina B12. Sin embargo, los exámenes son muy sugerentes de una anemia por déficit de B12, al tener una pancitopenia, con macrocitosis marcada (VCM mayor a 100 es macrocitosis y mayor a 108 sugiere fuertemente déficit de B12). El déficit de B12 tiene caída en el índice reticulocitario (<2 es una anemia arregenerativa), al igual que la mayoría de las anemias, con la única excepción de las hemólisis y las hemorragias agudas (las hemorragias crónicas hacen ferropenia).

Al igual que la anemia hemolítica, la anemia por déficit de B12 también produce elevación de la LDH y bilirrubina indirecta.

La anemia ferropénica también es frecuente en las enfermedades inflamatorias intestinales, por las pérdidas digestivas de sangre, pero suele ser microcítica (VCM menor a 80).

La respuesta correcta es: Anemia por déficit de vitamina B12

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 6 años presenta aparición de un exantema. Al examen físico se aprecian numerosas petequias y 5 equimosis de pequeño tamaño. La madre refiere que desde hace una semana presentó fiebre por un par de días y que ha estado con rinorrea y algo de tos. Se solicita un hemograma que muestra hematocrito: 40%, plaquetas: 50.000 x mm3, blancos: 6.000 x mm3, 50% linfocitos, 45% segmentados, 0% baciliformes, 0% mielocitos, 0% promielocitos, 0% de blastos, 5% monocitos. La conducta más adecuada es:

- a. Realizar transfusión de plaquetas
- b. Indicar reposo relativo e iniciar aspirina
- c. Indicar reposo relativo y observar evolución
- d. Administrar inmunoglobulina endovenosa
- e. Indicar reposo relativo e iniciar prednisona



Tiene una púrpura trombocitopénica inmune, que se puede tratar con observación y reposo relativo o con fármacos. En los casos sin hemorragias (epistaxis, gingivorragia, etc) el manejo suele ser sin fármacos. La prednisona se indica en los casos en que hay epistaxis, púrpura oral y, también, cuando las plaquetas son menores a 30.000 por mm3 (20.000 según algunos textos) con poco acceso a atención médica o imposibilidad de guardar reposo (ej niño muy inquieto). Si bien es una pregunta, hasta cierto punto discutible, en este caso en que no tiene más que pocas equimosis y un rash petequial, lo más correcto es no indicar fármacos. En los casos graves, con hemorragias graves, se da metilprednisolona ev más inmunoglobulina G ev o inmunoglobulina anti-D ev.

La respuesta correcta es: Indicar reposo relativo y observar evolución

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 34 años, presenta compromiso del estado general y fiebre intermitente desde hace 3 semanas. Al examen físico se aprecian múltiples adenopatías cervicales bilaterales, y algunas axilares de entre 2 y 4 cm de diámetro, indoloras. Su examen abdominal y cardiopulmonar es normal. Su hemograma demuestra hematocrito: 38%, hemoglobina: 13 g/dl, VCM: 91 ft, blancos: 9.900 x mm3, con 50% de linfocitos, 40% de neutrófilos y plaquetas: 189.000 x mm3. Los ANA, factor reumatoide y ANCA están negativos. El diagnóstico más probable es:

- a. Leucemia linfática crónica
- b. Mononucleosis infecciosa
- c. Linfoma
- d. Lupus
- e. Leucemia aguda



Es un linfoma clásico, con la fiebre como síntomas B y la presencia de adenopatías. Si bien la mononucleosis puede producir una clínica similar, le falta la odinofagia, como síntoma importante y, además, en la mononucleosis la fiebre suele durar una o dos semanas, aunque hay algunos casos en que dura más (la astenia, puede durar un mes).

En este caso, el hemograma está normal, lo que hace improbable las leucemias, la mononucleosis (que suele tener linfocitosis atípica) y el lupus (que suele tener trombocitopenia, leucopenia, linfopenia o anemia, ya sea hemolítica o por enfermedades crónicas).

La respuesta correcta es: Linfoma

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 23 años, estudiante universitaria, sin antecedentes de importancia, presenta dolor en la pierna izquierda, por lo que consulta. Al examen físico tiene edema de la pierna izquierda y dolor a la palpación de los músculos gastrocnemios y también a la dorsiflexión del pie. Niega haber realizado actividad física o movimientos que pudieran haber generado el dolor. ¿Qué examen es el más adecuado para proseguir el estudio?

- a. Tiempo de tromboplastina parcial activada y tiempo de protrombina
- b. Ecografía doppler de extremidades inferiores
- c. VDRL más anticuerpos antifosfolípidos y anticardiolipinas
- d. Hemograma
- e. AngioTAC de tórax



La sospecha diagnóstica es una trombosis venosa profunda, por lo que se debe confirmar con una ecografía doppler y anticoagular con heparina de bajo peso molecular. Más adelante se estudiará la causa de la trombofilia, incluyendo los anticuerpos antifosfolípidos, pero lo primero es confirmar la TVP.

La respuesta correcta es: Ecografía doppler de extremidades inferiores

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 55 años presenta una celulitis en el pie izquierdo, la que se trata con cloxacilina y antiinflamatorios. Se solicita un hemograma que demuestra hematocrito: 40%, leucocitosis de 65.000 por mm<sup>3</sup>, con desviación izquierda y plaquetas de 895.000 por mm<sup>3</sup>. Luego de 10 días de tratamiento antibiótico, la lesión cutánea ha disminuido considerablemente, pero el hemograma permanece con valores muy similares. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

- a. Reacción leucemoide
- b. Leucemia mieloide crónica
- c. Reacción a fármacos
- d. Leucemia aguda
- e. Trombocitosis esencial



Tiene el hemograma clásico de la LMC. Si bien, al inicio, pudo haber sido una reacción leucemoide, con trombocitosis reactiva (aunque igual la principal sospecha sería una LMC). Ya transcurrido el tiempo, con mejoría clínica, era de esperar que tendiera a normalizar el hemograma. Al no hacerlo, el diagnóstico es una LMC con alta probabilidad.

La respuesta correcta es: Leucemia mieloide crónica

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 35 años presenta un cuadro de fiebre, malestar general y oliguria, de 2 días de evolución, al que luego se agrega sopor y una convulsión tónico clónica en una oportunidad. Al examen físico está hipertenso, soporoso, con edema de extremidades inferiores y se aprecian petequias en las piernas y abdomen. Se solicitan exámenes que demuestran: hemoglobina: 7,5 g/dl, frotis con esquistocitos, blancos: 6.000 x mm<sup>3</sup>, plaquetas: 10.000 x mm<sup>3</sup>, creatinina: 7,5 mg/dl, LDH: 1.200 UI/l, sedimento de orina: microhematuria, proteinuria: 560 mg/día. El diagnóstico de sospecha es:

- a. Rabdomiolisis aguda
- b. Púrpura trombocitopénico inmune
- c. Síndrome urémico puro
- d. Vasculitis de vaso pequeño
- e. Lupus eritematoso sistémico



Tiene un PTT clásico: falla renal aguda, anemia hemolítica, trombocitopenia, afectación del sistema nervioso central y periférico. Puede tener artralgias, fiebre y un sinnúmero de otras alteraciones.

La respuesta correcta es: Púrpura trombocitopénico inmune

[◀ 4.7 Cuestionario Hematología](#)

Ir a...

[Insuficiencia renal \(IR\) / Insuficiencia renal aguda](#)

|                 |                                     |
|-----------------|-------------------------------------|
| Comenzado el    | domingo, 26 de marzo de 2023, 17:48 |
| Estado          | Finalizado                          |
| Finalizado en   | domingo, 26 de marzo de 2023, 18:08 |
| Tiempo empleado | 20 minutos                          |
| Puntos          | 13,00/20,00                         |
| Calificación    | <b>65,00</b> de 100,00              |

Pregunta 1

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

Un paciente presenta un cuadro de oliguria y elevación de la creatinina, de dos días de evolución. En sus exámenes destaca sodio urinario de 6 mg/dl y sedimento de orina sin hematuria, ni leucocituria, que solo muestra escasos cilindros hialinos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Necrosis tubular aguda
- b. Nefritis intersticial
- c. Insuficiencia renal aguda prerrenal
- d. Síndrome hemolítico urémico
- e. Glomerulonefritis rápidamente progresiva ✗

Tiene una insuficiencia renal (elevación de la creatinina) aguda (menor a 3 meses), de tipo prerrenal, ya que el sodio urinario es menor a 10 mEq/L (sugiere FeNa menor a 1%). Los cilindros hialinos son hallazgos normales y se pueden ver en las IRA prerrenal. Es la causa más frecuente de IRA, seguido por la necrosis tubular aguda (NTA).

Las A (NTA) tendría sodio urinario mayor a 20 mEq/L (sugiere FeNa mayor a 2%) y es frecuente que tenga cilindros granulosos o céreos o abundantes células epiteliales en el sedimento urinario.

La B (NI) tendría eosinofilia en el hemograma, eosinófilos en orina, más una clínica de exantema y fiebre.

La D (SHU) sería un niño (más frecuente prescolar o lactante) con insuficiencia renal aguda de tipo renal (sodio urinario mayor a 20 mEq/L), con anemia hemolítica, plaquetopenia y, frecuentemente, antecedente de diarrea.

La E (GNRP) tendría hematuria dismórfica, e insuficiencia renal aguda de tipo renal (sodio urinario mayor a 20). Además, es frecuente que tengan un síndrome nefrítico completo y los síntomas propios de la patología de base (generalmente vasculitis de vaso pequeño, como la poliangeítis microscópica y la granulomatosis con poliangeítis, también conocida como granulomatosis de Wegener); aunque, también puede ser lupus y enfermedad por anticuerpos antimembrana basal e incluso, en casos raros, ser una GNRP postestreptocócica.

La respuesta correcta es: Insuficiencia renal aguda prerrenal

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta una diarrea aguda abundante. ¿Cuál de las siguientes alternativas es más compatible con las alteraciones ácido-base esperables?

Seleccione una:

- a. pH: 7,31; HCO3: 17 mEq/L; CO2: 35 mmHg
- b. pH: 7,45; HCO3: 30 mEq/L; CO2: 45 mmHg
- c. pH: 7,48; HCO3: 18 mEq/L; CO2: 25 mmHg
- d. pH: 7,27; HCO3: 26 mEq/L; CO2: 58 mmHg
- e. pH: 7,11; HCO3: 14 mEq/L; CO2: 45 mmHg



La diarrea aguda suele cursar con pérdidas de bicarbonato, por lo que tiene una acidosis metabólica pura, con anion gap normal. La A es la única con acidosis metabólica pura.

La B tiene una alcalosis metabólica.

La C tiene una alcalosis respiratoria.

La D tiene una acidosis respiratoria.

La E tiene una acidosis mixta (pH bajo, HCO3 bajo y CO2 demasiado alto, para lo esperable, ya que para un pH de 7,11, se espera un CO2 cercano a 11).

La respuesta correcta es: pH: 7,31; HCO3: 17 mEq/L; CO2: 35 mmHg

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 7 años presenta un cuadro de anasarca, asociado a orinas espumosas. Al examen físico presenta edema de párpados y extremidades e hidrocele. Se solicitan exámenes entre los que destaca una proteinuria de 80 mg/m2/hora, con índice proteinuria creatininuria: 3,8 y albuminemia: 2,9 g/dl. El sedimento de orina es normal, al igual que la creatinina plasmática y los electrolitos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Nefropatía membranosa
- b. Glomeruloesclerosis focal y segmentaria
- c. Nefropatía por cambios mínimos
- d. Síndrome hemolítico urémico
- e. Glomerulonefritis postestreptocócica



Tiene un síndrome nefrótico: proteinuria en rango nefrótico (mayor a 40 mg/m2/h o IP/C mayor a 3), hipoalbuminemia y anasarca (edema generalizado). Además es un síndrome nefrótico puro, porque no hay HTA, hematuria ni falla renal. Por ser un niño, lo más probable es que sea una nefropatía por cambios mínimos, también llamada nefrosis lipoidea. No requiere de biopsia renal, a menos que no responda a los corticoides o que se sospeche que no es una enfermedad de cambios mínimos (ej. es síndrome nefrótico impuro o adulto).

Se trata con corticoides orales: prednisona 60 mg/m2 de superficie corporal al día, por 6 semanas, seguido de 40 mg/m2 por 4 semanas más; puede ser más corto si responde rápido: ej. 60 mg/Kg hasta que responda más 1 mes y luego otro mes de 40 mg/m2.

- La A (nefropatía membranosa) también produce un síndrome nefrótico puro, pero afecta a adultos, en especial a diabéticos, mieloma, uso de fármacos, lupus.

- La B (GEFS) también produce un síndrome nefrótico puro, pero afecta más a adolescentes y a pacientes con VIH, aunque también puede ser secundaria a diabetes, anemia de células falciformes, entre otras causas.

- La D (SHU) es una insuficiencia renal aguda, grave, sin síndrome nefrótico, con anemia hemolítica y plaquetopenia y además puede tener hematuria dismórfica.

- La E (GNAP) suele cursar con un síndrome nefrótico y no nefrótico.

La respuesta correcta es: Nefropatía por cambios mínimos

Pregunta 4

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente, portador de una insuficiencia cardíaca, presenta un edema pulmonar agudo, el que es manejado con furosemida endovenosa, con buena respuesta. Sin embargo, evoluciona con oliguria, constatándose una elevación de la creatinina de 1,0 a 2,1 mg/dl. La causa más probable de su insuficiencia renal es:

Seleccione una:

- a. Prerrenal
- b. Necrosis tubular aguda
- c. Nefritis intersticial
- d. Infarto renal
- e. Pseudoinsuficiencia renal por diuréticos



El solo hecho de tener insuficiencia cardíaca, ya aumenta el riesgo de que esté prerrenal, ya que el corazón no bombea bien la sangre a los riñones. Pero en este caso, lo importante es que el uso de furosemida, le hizo perder volemia y eso lo vuelve prerrenal. También se ha preguntado, en relación al uso de diuréticos en el síndrome nefrótico, ya que si bien disminuye el edema, tienen riesgo de volverlo prerrenal, al hipovolemizarlo. Algo a comentar es que generalmente la IRA prerrenal se trata volemitizando al paciente con suero fisiológico u otro cristaloide, pero, hay que tener mucho cuidado en los casos en que es causada por insuficiencia cardíaca severa, ya que se puede generar un edema pulmonar, por lo que lo más importante será el tratamiento de la insuficiencia cardíaca, lo que indirectamente tratará también la insuficiencia renal.

- La B (NTA) es una IRA de tipo renal, con cilindros céreos y granulosos en el sedimento y secundaria a isquemia renal o a uso de aminoglicósidos u otros nefrotóxicos.
- La C (Nefritis intersticial) es una IRA renal, con eosinofilia y eosinófilos en orina, más un cuadro sistémico de fiebre, exantema, asociado a uso de AINEs o Sd. Sjögren.
- La D (infarto renal) se presenta como un cuadro de dolor lumbar intenso, similar a un cólico renal, más hematuria (dismórfica), insuficiencia renal y leucocituria.
- La E (pseudoinsuficiencia renal) no existe.

La respuesta correcta es: Prerrenal

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Los cilindros eritrocitarios son característicos de:

Seleccione una:

- a. Nefritis intersticial
- b. Glomerulonefritis
- c. Necrosis tubular
- d. Pielonefritis
- e. Hemorragia de origen urológico



El sedimento de orina es la forma como se diagnostica la glomerulonefritis, con la presencia de cilindros eritrocitarios (o hemáticos) o de hematuria dismórfica (acantocitos).

- La nefritis intersticial tiene eosinófilos en el sedimento.
- La NTA tiene células tubulares (epiteliales), cilindros céreos y/o granulosos en el sedimento (hay veces en que el sedimento es normal, por lo que la clínica más la FeNa suelen ser las que permiten el diagnóstico y no solo el sedimento).
- La PNA tiene leucocituria y piocituria, más eventualmente cilindros piocitarios.
- La hemorragia de origen urológico tiene hematuria sin dismorfia, ni cilindros. De hecho, la diferencia entre hematuria glomerular y urológica se hace en base a la presencia o ausencia de dismorfia, respectivamente.

La respuesta correcta es: Glomerulonefritis

Pregunta 6

Correcta

Se puntúa 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 30 años presenta un cuadro de malestar y hematuria, seguida de oliguria. En su sedimento de orina presenta hematuria dismórfica y su laboratorio sanguíneo da cuenta de una creatininemia de 5,4 mg/dl. Se realiza una biopsia renal, que muestra una glomerulonefritis con formación de medialunas (crescética), con una inmunofluorescencia que no visualiza anticuerpos (pauciinmune). El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome de Goodpasture
- b. Lupus eritematoso sistémico
- c. Enfermedad de Berger
- d. Glomerulonefritis membranoproliferativa
- e. Vasculitis de vaso pequeño



Tiene una glomerulonefritis (hematuria dismórfica), rápidamente progresiva (con caída rápida del clearance de creatinina), cuya causa más frecuente son las vasculitis de vaso pequeño, pero también pueden verse en otros cuadros (LES, Goodpasture). La biopsia muestra una glomerulonefritis crescética, que es la histología característica de las GNRP, independiente de la causa. Solo la inmunofluorescencia da el diagnóstico en este caso, ya que al ser pauciinmune, la única opción es una vasculitis de vaso pequeño, probablemente granulomatosis de Wegener (actualmente llamada "granulomatosis con poliangitis"), dado la edad de la paciente, aunque también hay casos de poliangitis microscópica.

- La A (Goodpasture) tiene un patrón lineal en la IF.
- La B (LES) tiene un patrón moteado o en cielo estrellado en la IF.
- La C (enfermedad por depósito de complejos inmunes IgA o enfermedad de Berger) tiene un patrón moteado, para IgA y generalmente no cursa con falla renal tan grave ni agresiva, aunque hay casos en que sí desarrolla síndrome nefrótico y falla renal.
- La D (GNMP o GNMC mesangiocapilar) no tiene un patrón crescético, sino mesangiocapilar y se caracteriza por un síndrome nefrótico impuro, con hipocomplementemia.

Comentario importante: la regla general es que las glomerulonefritis se biopsian, a menos que 1. se sospeche fuertemente una GNAPE (posestreptocócica) sin falla renal o 2. haya solo hematuria dismórfica sin hipertensión, proteinuria ni falla renal, en que se sospecha una nefropatía por IgA. En resto se biopsia, en especial cuando hay falla renal (GNRP), ya que tratar la etiología específica puede hacer la diferencia entre una completa remisión y el daño renal permanente.

La respuesta correcta es: Vasculitis de vaso pequeño

Pregunta 7

Correcta

Se puntúa 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 50 años, hipertenso, en tratamiento con enalapril 10 mg cada 12 horas, acude a control médico. Presenta presión arterial de 150/90, la que es compatible con el registro de presiones arteriales, que ha realizado en su casa, con presiones promedio de 148/90 mmHg. Su creatininemia es 0,9 mg/dl y sus electrolitos muestran Na: 140 mEq/L, K: 4,9 mEq/L. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Cambiar el enalapril por losartán
- b. Mantener el enalapril y agregar losartán
- c. Cambiar el enalapril por hidroclorotiazida
- d. Mantener el enalapril y agregar hidroclorotiazida
- e. Agregar triamterene al tratamiento



Tiene mal control de su presión arterial, ya que está sobre el objetivo (<140/90). No sabemos si está en etapa I o II, ya que no nos entregan las presiones arteriales previas al inicio de tratamiento. No tiene mayores patologías ni contraindicaciones de los fármacos, por lo que lo que define esta pregunta es el potasio. Como está normal, pero en el límite alto, da miedo subir la dosis de enalapril, ya que probablemente producirá una hipercalemia ( $K^+ > 5$ ). Lo mismo pasaría si se agrega el triamterene (que produce hipercalemia). No sirve cambiarlo por losartán ni agregarlo, ya que solo se indica para reemplazar al IECA que ha causado tos o angioedema. La C y la D son respuestas potencialmente correctas, ya que tanto agregar HCTZ, como reemplazar el IECA por HCTZ parecen razonables y la evidencia no es categórica en señalar una conducta. A pesar de eso recomendamos elegir la opción de agregar un nuevo fármacos en dosis bajas, ya que la HCTZ con los IECA son una buena combinación y anulan sus efectos en el potasio.

La respuesta correcta es: Mantener el enalapril y agregar hidroclorotiazida

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años, en hemodiálisis hace 4 años, presenta anemia con hematocrito de 25% y hemoglobina de 8,1 gramos/dl. Se solicita un perfil de hierro que muestra ferritina: 50 ug/l y saturación de la transferrina de 10%. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución
- b. Transfundir glóbulos rojos
- c. Iniciar eritropoyetina subcutánea
- d. Iniciar hierro oral
- e. Iniciar hierro endovenoso



Tiene una anemia asociada a IRC. Hay que cumplir dos objetivos: 1. Ajustar el perfil de hierro y 2. lograr un hematocrito sobre 30% o hemoglobina sobre 10 g/dl (ideal 10-11,5 g/dl), con eritropoyetina subcutánea.

El objetivo del perfil de hierro en adultos con IRC varía según la fuente:

- Guía Minsal 2005: Ferritina mayor a 100 más saturación de transferrina mayor a 20% o ferritina mayor a 400.
- Otras guías internacionales: Ferritina mayor a 100 más saturación de transferrina mayor a 30% o ferritina mayor a 500 o saturación mayor a 30%.

La vía de administración del hierro en la IRC suele ser **endovenosa** (varias marcas y presentaciones, todas igual de efectivas), ya que no andan bien con la vía oral. La excepción serían pacientes sin diálisis, sin anemia severa (entendida como  $Hb < 7$ ) ni ferropenia severa (entendida como saturación de transferrina  $> 12\%$ ), que tengan buena adherencia y que respondan rápido al hierro oral (en ese caso se puede tratar con sulfato ferroso 325 mg, equivalentes a 200 mg de hierro elemental c/8 horas u otro hierro oral más caro).

En este caso no se cumple ninguno de los dos objetivos (hierro ni hemoglobina), por lo que se debe ir en orden, arreglando el perfil de hierro en primer lugar, lo que se hace con hierro por vía endovenosa, ya que el la IRC, el hierro oral tiende a ser poco efectivo. Solo si se corrige el hierro y sigue la hemoglobina bajo 10 g/dl, se procede a indicar eritropoyetina u otros estimulador de la eritropoyesis.

La respuesta correcta es: Iniciar hierro endovenoso

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes es una indicación de hemodiálisis de urgencia, en un paciente cursando una insuficiencia renal aguda?

Seleccione una:

- a. Encefalopatía urémica
- b. BUN mayor a 60 mg/dl
- c. Creatinina mayor a 6 mg/dl
- d. Hiperkalemia de 6 mEq/L
- e. Calcemia de 6 mEq/L



Las indicaciones de hemodiálisis de urgencia son dos: 1. Síndrome urémico (como en este caso, con encefalopatía urémica) y 2. Complicaciones graves que no responden a tratamiento médico (ej. hiperkalemia  $> 6,5$  que no responde a calcio y diuréticos; edema pulmonar que no responde a diurético; acidosis que no responde a bicarbonato: casi siempre responde la acidosis). Los niveles de creatinina per sé no son indicación de diálisis. Los niveles de BUN tampoco, pero en general sobre BUN de 100 mg/dl, suele haber un síndrome urémico, por lo que se considera que sobre 100 mg/dl es una indicación relativa, aunque la evidencia es clara en que solo está indicada en las 2 situaciones descritas inicialmente.

La respuesta correcta es: Encefalopatía urémica

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La insuficiencia renal crónica se caracteriza por todo lo siguiente, EXCEPTO:

Seleccione una:

- a. Elevación de la calcemia ✓
- b. Elevación de la fosfemia
- c. Elevación de la paratohormona plasmática
- d. Elevación del producto calcio-fósforo
- e. Disminución de la vitamina D

Fisiopatológicamente, lo que sucede es que se retiene fósforo, lo que aumenta la fosfemia. El fósforo quela al calcio, por lo que baja la calcemia. Tanto el calcio a la baja, como el fósforo en alza, estimulan a la PTH, quien trata de mantener los niveles de ambos dentro de los normal (la PTH aumenta el calcio y reduce el fósforo). Por eso el tratamiento consiste en indicar calcio oral, para quesar el fósforo y aumentar el calcio.

El producto calcio fósforo es la multiplicación entre el calcio y el fósforo y lo normal es que sea menor a 40, pero con la IRC va elevándose y si pasa el umbral de 60, aumenta el riesgo de calcificaciones metastásicas (calcifilaxis), lo que hace que cuando está sobre 55, no se puede indicar el carbonato de calcio oral, sino otros quelantes de fósforo, como el Sevelamer.

La respuesta correcta es: Elevación de la calcemia

Pregunta 11

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un niño de 8 años presenta un cuadro de hematuria y edema palpebral. En su examen físico se constata edema blando de párpados y de extremidades inferiores, asociado a presión arterial en percentil 99 para su edad, sexo y talla. Se solicitan exámenes generales, entre los que destaca una creatininemia de 1,3 mg/dl y un BUN de 22 mg/dl. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Enfermedad de Berger ✗
- b. Glomeruloesclerosis focal y segmentaria
- c. Nefrosis lipoidea
- d. Glomerulonefritis postestreptocócica
- e. Síndrome hemolítico urémico

Es un niño que tiene un síndrome nefrítico, ya que cursa con hematuria, hipertensión y edema. Recordemos que la hipertensión en niños se diagnostica con PA en percentil mayor o igual a p95 (para la talla, sexo y edad) en 3 ocasiones. Además está con una ligera insuficiencia renal (crea mayor a 1,1). La única opción aceptable es la D, ya que la GNAPE es la causa más frecuente de síndrome nefrítico en pediatría.

- La A (Berger) suele cursar solo con hematuria y solo rara vez hace un síndrome nefrítico completo. Sin embargo es una alternativa posible y hubiese sido correcto si dijera, por ejemplo, que tenía historia de episodios previos o que actualmente está resfriado (ya que se descompensa con las infecciones, pero habitualmente en los primeros 7 días, mientras que la GNAPE suele presentarse después de 10 días de iniciada la infección estreptocócica).

- La B (GEFS) y la C (nefrosis lipoidea) son causa de síndrome nefrótico.

- La E (SHU) es una insuficiencia renal aguda grave (crea estaría más elevada) más anemia hemolítica y plaquetopenia, aunque sí puede tener HTA e incluso hematuria dismórfica, aunque no es propiamente tal una glomerulonefritis, sino una microangiopatía agresiva.

La respuesta correcta es: Glomerulonefritis postestreptocócica

Pregunta 12

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Una mujer presenta los siguientes gases de sangre arterial: pH: 7,52, CO2: 24 mmHg, HCO3: 19 mEq/L. El diagnóstico ácido base es:

Seleccione una:

- a. Alcalosis metabólica
- b. Alcalosis metabólica con acidosis respiratoria ✗
- c. Alcalosis respiratoria
- d. Alcalosis mixta
- e. Acidosis metabólica compensada

Tiene el pH elevado ( $> 7,44$ ), por lo que hay una alcalemia. Además, el CO2 está muy bajo (menor a 35 mmHg), por lo que es una alcalosis respiratoria, secundaria a la hiperventilación. El HCO3 también bajó, pero solo por equilibrio químico (si baja el CO2, baja el HCO3)

La respuesta correcta es: Alcalosis respiratoria

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente es diagnosticado de insuficiencia renal crónica, en etapa III. ¿Qué fármaco debe evitar, de entre los de las siguientes alternativas?

Seleccione una:

- a. Diclofenaco ✓
- b. Amoxicilina
- c. Atorvastatina
- d. Amlodipino
- e. Levotiroxina

Por regla general, en los pacientes con IRC se deben evitar los nefrotóxicos (ej. AINES y aminoglicósidos) y además se deben ajustar las dosis de los medicamentos.

El diclofenaco es un AINE, y por tanto nefrotóxico. No es necesario saber todos los nefrotóxicos, pero sí los AINES.

La atorvastatina no solo que no está contraindicada, sino que puede estar indicada, en caso de dislipidemia, ya que disminuye la progresión de la insuficiencia renal y por otro lado, la IRC es un factor de riesgo cardiovascular.

La respuesta correcta es: Diclofenaco

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Son efectos esperables en un paciente que usa furosemida, EXCEPTO:

Seleccione una:

- a. Hiperlipidemia
- b. Hiperuricemia
- c. Hipocalcemia
- d. Hiperkalemia
- e. Hiponatremia



La furosemida, como diurético de asa, produce pérdidas de agua, sodio, cloro y potasio. Por tanto, tiende a la hipokalemia.

Tanto las tiazidas, como los diuréticos de asa, produce dislipidemia, resistencia a la insulina e hiperuricemia. Además ambos producen hiponatremia, hipocloremia e hipokalemia. La diferencia está en el calcio, ya que la furosemida produce hipocalcemia y HCTZ produce hipercalcemia.

La respuesta correcta es: Hiperkalemia

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una mujer presenta un cuadro de disuria y orinas turbias, sin fiebre, por lo que se solicitan exámenes de orina, que muestran un sedimento con abundantes leucocitos y bacterias y un urocultivo de segundo chorro, que está pendiente. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar metronidazol y controlar con el urocultivo
- b. Iniciar ciprofloxacino y controlar con el urocultivo
- c. Iniciar amoxicilina + ácido clavulánico y controlar con el urocultivo
- d. Iniciar ceftriaxona endovenosa y controlar con el urocultivo
- e. Esperar al resultado del urocultivo y decidir conducta según hallazgos



Tiene un clínica de ITU baja (ya que no hay fiebre, puño percusión ni compromiso general, como para pensar en una pielonefritis aguda).

Se debe iniciar el tratamiento oral, a la espera del urocultivo (ya que demora 2 días en estar el resultado).

- Si al resultado está negativo, pues se suspenden los antibióticos. Si está positivo se mantienen, si es sensible la bacteria. Si es resistente, se cambian a uno al que sí sea sensible. Hay varias opciones en una mujer adulta: 1. Quinolonas orales (ej. Ciprofloxacino); 2. Cefalosporinas orales (ej. Cefadroxilo, cefuroximo o cefixima), 3. Nitrofurantoína (no sirve en la ITU alta, pero sí en la baja), 4. últimamente de moda en algunos países fosfomicina en monodosis (3g), 5. Cotrimoxazol forte.

- Algunas recomendaciones prefieren la nitrofurantoína o la fosfomicina como primeras opciones, ya que se concentran especialmente bien en orina, pero se debe recordar que no sirven en las pielonefritis (de elección quinolonas y luego cefalosporinas, en las de tratamiento ambulatorio).

- Actualmente, en una mujer joven y sana, con una clínica muy sugerente de cistitis aguda y sedimento compatible, se puede incluso prescindir del urocultivo.,

- El MTZ no cubre Gram negativos, sino anaerobios y parásitos unicelulares, por lo que no sirve en las ITUs.

- La amoxicilina-clavulánico sí tiene cobertura contra E. Coli, pero se usa mucho menos en las ITU, ya tiene un espectro demasiado amplio.

- La ceftriaxona estaría indicada en una PNA grave, que requiera hospitalización o en una mujer embarazada con PNA (recordar que las PNA en el embarazo preferentemente se hospitalizan) o cuando no se pueden usar las quinolonas.

La respuesta correcta es: Iniciar ciprofloxacino y controlar con el urocultivo

Pregunta **16**

Sin contestar

Puntúa como 1,00

Un paciente de 60 años acude al servicio de urgencia por síncope y debilidad. Su examen físico sólo muestra bradicardia de 48 lpm. Se solicita un electrocardiograma que muestra bradicardia, ondas T picudas y ensanchamiento del complejo QRS. Se solicitan electrolitos plasmáticos que muestran potasio: 7,2 mEq/L y sodio: 130 mEq/L. La primera medida es:

Seleccione una:

- a. Administrar sulfato de magnesio endovenoso
- b. Administrar suero fisiológico endovenoso
- c. Administrar gluconato de calcio endovenoso
- d. Administrar insulina endovenosa
- e. Administrar suero hipertónico endovenoso

Tiene una hiperkalemia severa (mayor a 6,5) y además con alteraciones electrocardiográficas (ondas T picudas, QRS ancho y bradicardia), por lo que es urgente tratarla. Son indicaciones de tratamiento urgente: 1. Alteraciones del EKG (única indicación absoluta), 2. clínica de debilidad y parálisis y/o 3.  $K^+ > 6,5$  mEq/L.

El tratamiento incluye 4 medidas, las que se realizan todas, en el siguiente orden:

- \* Primero: Estabilizar la membrana miocárdica con **calcio endovenoso** (ej. gluconato de calcio 1g en bolo EV): evita la aparición de arritmias malignas (taquicardia ventricular).
- \* Segundo: Fármacos que ingresen el potasio a las células: **insulina cristalina endovenosa (más glucosa para evitar hipoglucemias)**. Es aceptable dar, junto a la insulina, salbutamol.
- \* Tercero: Medidas que reduzcan el potasio corporal: dar diuréticos, resinas de intercambio, hemodiálisis.
- \* Cuarto: tratar la causa de base: ej. ajustar fármacos.

- El MgSO<sub>4</sub> se usa en la preclampsia con exaltación neurológica.
- El SF es de elección en la hipercalcemia grave (y en la hipovolemia obviamente)
- El calcio también sirve en la hipocalcemia y en la hipermagnesemia graves.
- El suero hipertónico se usa en la hiponatremia grave y se debe administrar lento, para evitar la mielinolisis pontina.

La respuesta correcta es: Administrar gluconato de calcio endovenoso

Pregunta 17

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 25 años es diagnosticado de hipertensión, en relación a un cuadro de cefalea y tinnitus, en el que se constató PA: 210/130 mmHg. En tomas posteriores, presenta presión arterial cercana a 180/110 mmHg. Se solicitan exámenes generales, que demuestran creatininemia: 1,1 mmHg, natremia: 140 mEq/l y kalemia: 2,8 mEq/L. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Feocromocitoma ✗
- b. Hipertensión renovascular
- c. Hipertensión esencial
- d. Hipertensión secundaria a nefropatía médica
- e. Síndrome nefrótico agudo

Tiene una hipertensión arterial en etapa II, a los 25 años (muy joven), con crisis hipertensivas, todo lo que hace pensar en que es secundaria. La hipokalemia también sugiere una causa secundaria y, en específico: 1. HTA RV (renovascular) o 2. Hiperaldosteronismo primario (HAP), que no está en las opciones.

La diferencia clínica entre HTA RV y el HAP es muy difícil, por lo que se debe estudiar con ecodoppler renal y el índice aldosterona renina, pero hay algunos elementos que orientan a HTA RV, como la presencia de soplos renales, atrofia renal unilateral, enfermedad ateromatosa, factores de riesgo cardiovascular y edad avanzada u otras causas de estenosis arterial y, clásicamente, que la creatinina se eleva con el uso de IECA o ARA2; en cambio, orientan a HAP la hipokalemia muy severa (o síntomas de hipokalemia como calambres, debilidad muscular y la presencia de un adenoma o de hiperplasia en las suprarrenales).

- En este caso, perfectamente (y probablemente) podría ser un HAP.
- La HTA por nefropatía médica tendría elevación de la creatinina y tendencia a la hiperkalemia.
- No tiene edema ni hematuria como para pensar en un síndrome nefrótico.

La respuesta correcta es: Hipertensión renovascular

Pregunta 18

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, diagnosticado de artrosis, inicia tratamiento con ibuprofeno 400 mg cada 8 horas. Dos semanas después presenta fiebre, oliguria y aparición de un exantema cutáneo. En sus exámenes destaca eosinofilia y creatinina de 4,2 mg/dl. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Glomerulonefritis mesangiocapilar
- b. Glomerulonefritis lúpica
- c. Infarto renal
- d. Necrosis tubular
- e. Nefritis intersticial ✓

Es una nefritis intersticial clásica (uso prolongado de AINEs y/o antibióticos, con insuficiencia renal, fiebre, exantema y eosinofilia). En este caso, además, existe un síndrome de DRESS (reacción cutánea a drogas con eosinofilia y síntomas sistémicos), que es de las reacciones a fármacos más graves. El diagnóstico confirmatorio se hace con la biopsia renal, que muestra inflamación del intersticio renal. El tratamiento incluye suspender los fármacos, dar corticoides y dar soporte (ej. diálisis si hay falla renal severa).

- La A (GNMC) tendría hematuria, hipocomplementemia y proteinuria (síndrome nefrótico impuro o nefrítico).
- La B (Lupus) también tendría hematuria, hipocomplementemia y proteinuria y sería en una mujer más joven.
- La C (infarto renal) se presenta como un cuadro de dolor lumbar intenso, similar a un cólico renal, más hematuria (dismórfica), insuficiencia renal y leucocituria, habitualmente en presencia de alguna causa de isquemia, como una embolia por fibrilación auricular o embolia secundaria a una arteriografía, etc.
- La D (NTA) es una IRA de tipo renal, con cilindros cónicos y granulosos en el sedimento y secundaria a isquemia renal o a uso de aminoglicósidos u otros nefrotóxicos.

La respuesta correcta es: Nefritis intersticial

Pregunta 19

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 40 años, intenta correr una maratón como aficionado. Para mantenerse hidratado toma abundante agua durante la carrera, sin embargo, evoluciona con compromiso de conciencia y convulsiones algunos kilómetros antes de terminar. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hipernatremia
- b. Hipercalemia
- c. Hiperalcemia
- d. Hiponatremia
- e. Hipocalcemia



La hiponatremia relacionada con el ejercicio ha sido ampliamente descrita y se produce por pérdidas de sodio en el sudor y, especialmente, por reposición excesiva con agua o fluidos hiposódicos. Por eso hoy se recomienda hidratarse con líquidos isotónicos y no en exceso. Se caracteriza por afectación del sistema nervioso central, iniciando con náuseas y mareos y terminando con compromiso de conciencia y convulsiones. Ante estos síntomas se debe medir inmediatamente el sodio y, si no está disponible, incluso es aceptable dar 100 cc de suero hipertónico.

- Se debe tener cuidado con no confundirla con la hipernatremia del deportista, que ocurre en pacientes con severa deshidratación (por no tomar líquidos), por lo que en el paciente shockeado no es aceptable asumir que haya una hiponatremia, puesto que también puede haber una hipernatremia.

- Otra cosa nefrológica del maratonista, es la proteinuria normal que se produce con el ejercicio.

La respuesta correcta es: Hiponatremia

Pregunta 20

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente diabético presenta un síndrome nefrótico, con edema que inició hace 3 meses, proteinuria objetivada de 6 gramos al día y clearance de creatinina de 90 ml/min. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Glomeruloesclerosis focal y segmentaria
- b. Glomeruloesclerosis difusa
- c. Nefropatía membranosa
- d. Glomerulopatía a cambios mínimos
- e. Nefropatía diabética



- La nefropatía diabética suele presentarse inicialmente como proteinuria (en específico albuminuria) en rango no nefrótico, que evoluciona a insuficiencia renal crónica (caída del clearance de creatinina) y también, en algunos pocos casos, puede ir aumentando la proteinuria, hasta terminar como un síndrome nefrótico, pero que es de muy lenta instalación (demora años). Es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en los diabéticos, pero también puede haber otras causas.

- La nefropatía membranosa o extramembranosa es una enfermedad que actualmente se sabe es de índole autoinmune, con presencia de anticuerpos en contra de distintos antígenos de los podocitos (ej. anti-PLA2R). Suele presentarse como un síndrome nefrótico puro. Es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en los adultos no diabéticos y también puede ser secundario a uso de fármacos, lupus y otras enfermedades. En este caso, a pesar de ser diabético, por tener gran proteinuria, corto tiempo de evolución y función renal conservada, lo más probable es que sea una glomerulopatía membranosa.

Aunque el clearance está normal, por tener daño renal, sigue existiendo una IRC, solo que en etapa I.

- La A (GEFS) también produce un síndrome nefrótico puro, pero afecta más a adolescentes y a pacientes con VIH, aunque perfectamente podría ser este caso (la única forma de saber será con la biopsia renal). En adultos de raza negra es más frecuente que la nefropatía membranosa.

- La B (glomeruloesclerosis) es causa de insuficiencia renal crónica, ejemplo asociado a HTA, pero no suele tener un síndrome nefrótico.

- La D (cambios mínimos) sí produce un síndrome nefrótico puro, pero generalmente en niños. Puede darse en adultos, pero es menos frecuentes.

La respuesta correcta es: Nefropatía membranosa

[!\[\]\(9b5e10967a0fada21fd113f91c52ccf5\_img.jpg\) Resumen Nefrología](#)

[Ir a...](#)

[5.2 Cuestionario Nefrc](#)

|                        |                                     |
|------------------------|-------------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | domingo, 26 de marzo de 2023, 21:32 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                          |
| <b>Finalizado en</b>   | domingo, 26 de marzo de 2023, 21:49 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 17 minutos 9 segundos               |
| <b>Puntos</b>          | 18,00/20,00                         |
| <b>Calificación</b>    | <b>90,00</b> de 100,00              |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 45 años presenta una endocarditis por *S. aureus*, la que es tratada con cloxacilina y gentamicina endovenosas. Evoluciona con deterioro de la función renal, con aumento de la creatinina plasmática a 4,3 mg/dl. Su examen físico no aporta mayor información, por lo que se solicitan exámenes que muestran sedimento de orina con cilindros céreos y granulosos, bacterias escasa cantidad, proteínas urinarias: 1,9 g en 24 horas, sodio urinario: 35 mEq/L, diuresis: 4.600 ml en 24 horas, sodio plasmático: 130 mEq/L, potasio plasmático: 3,1 mEq/L. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Insuficiencia renal aguda prerenal
- b. Embolia renal séptica
- c. Glomerulonefritis asociada a endocarditis
- d. Necrosis tubular aguda
- e. Trombosis de la vena renal

Es una NTA en fase poliúrica (4,6 litros diarios: pierde mucha agua y electrolitos). Además, el Na<sup>+</sup> urinario mayor a 20 mEq/l es definitorio de una IRA renal y los cilindros granulosos y céreos son característicos de la NTA.

- La A (IRA prerenal) habría tenido Na<sup>+</sup> urinario bajo (menor a 10 mEq/L) y diuresis escasa.
- La B (embolia séptica) habría tenido clínica de un infarto renal: un cuadro de dolor lumbar intenso, similar a un cólico renal, más hematuria (dismórfica), insuficiencia renal y leucocituria.
- La C (GNA asociada a endocarditis) habría tenido hematuria dismórfica y complemento bajo.
- La E (trombosis de la vena renal) es una complicación del síndrome nefrótico y cursa con dolor lumbar, hematuria e IRA.

La respuesta correcta es: Necrosis tubular aguda

**Pregunta 2**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, diagnosticado de insuficiencia renal crónica terminal, en hemodiálisis trisemanal, en buen estado, se realiza exámenes de control, que muestran ferritina de 200 ug/L, transferrina: 40% de saturación y un hemograma con Hb: 11 g/dl, Hematocrito: 33% y VCM: 90 fl, con normalidad de las plaquetas y glóbulos blancos. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución y mantener indicaciones ✓
- b. Iniciar hierro endovenoso
- c. Solicitar biopsia de médula ósea
- d. Iniciar eritropoyetina
- e. Indicar vitaminas del complejo B

Tiene una anemia asociada a IRC. Hay que cumplir dos objetivos: Primero: ajustar el perfil de hierro (Ferritina mayor a 400 o mayor a 100, con saturación de transferrina mayor a 20%), lo que se logra con hierro endovenoso. Segundo: lograr un hematocrito sobre 30% o hemoglobina sobre 10 g/dl, con eritropoyetina subcutánea. En este caso, ya cumple con el objetivo del hierro, por lo que no es necesario indicarlo. Además, también cumple con el objetivo del hematocrito, por lo que tampoco está indicada la EPO.

- Se prefiere dar hierro endovenoso en los pacientes con IRC y ferropenia, ya que el hierro por vía oral suele tener malos resultados. Sin embargo, es aceptable darlo oral en pacientes que no están en diálisis, que tienen ferropenia no severa (saturación transferrina >12%) y anemia no severa.
- Algunas guías internacionales establecen como objetivos del hierro cualquiera de los siguientes tres: 1. Ferritina >500; 2. Saturación transferrina > 30% o 3. Ferritina >100 más saturación transferrina > 20%.
- La eritropoyetina u otros estimuladores de la eritropoyesis se ajustan para lograr hemoglobina entre 10 y 11,5 g/dl, ya que valores mayores se asocian a mayor riesgo cardiovascular.

La respuesta correcta es: Observar evolución y mantener indicaciones

**Pregunta 3**

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 18 años consulta por malestar general y orinas oscuras. Al examen físico presenta edema de las extremidades inferiores, con signo de la fóvea positiva y sus signos vitales son FC: 71x', PA: 180/110 mmHg, t°: 36,5°C. Se solicitan exámenes que muestran creatininemia de 1,1 mg/dl, BUN: 24 mg/dl, natremia: 140 mEq/L, potasemia: 4,3 mEq/L, sedimento de orina con 80 GR por campo, con 35% de dismorfia e índice proteinuria/creatininuria: 0,5. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome hemolítico urémico
- b. Síndrome nefrítico
- c. Síndrome nefrótico impuro ✗
- d. Síndrome nefrótico puro
- e. Glomerulonefritis aguda rápidamente progresiva

Tiene la triada del síndrome nefrótico: hematuria, hipertensión y edema. Además tiene una glomerulonefritis (hematuria dismórfica). No tiene síndrome nefrótico, porque para comenzar, no tiene proteinuria en rango nefrótico (necesitaría un IP/C mayor a 3 y solamente es 0,5 en este caso). No puede ser una GNRP porque la creatinina está normal y la GNRP (glomerulonefritis rápidamente progresiva), por definición tiene una IRA grave, asociada. Tampoco puede ser un SHU, porque afecta a los niños y cursa con IRA grave.

Si bien falta información, lo más probable es que tenga una nefropatía por IgA (enfermedad de Berger) y, si se dijera que estuvo con amigdalitis hace más de 1-2 semanas o que tiene C3 y C4 bajas, se trataría de una GNAPE (glomerulonefritis postestreptocócica).

La respuesta correcta es: Síndrome nefrótico

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años, diabético e hipertenso es diagnosticado de insuficiencia renal crónica, con un clearance de creatinina de 50 ml/min. Además presenta proteinuria positiva, de 400 mg/día. ¿Cuál de las siguientes medidas es MENOS aconsejable para el tratamiento de este paciente?

Seleccione una:

- a. Iniciar un IECA
- b. Iniciar una estatina
- c. Indicar furosemida en dosis altas
- d. Evitar aminoglicósidos y AINEs
- e. Iniciar insulina



Tiene una IRC en etapa III (clearance 30 a 60 ml/min). La proteinuria está apenas sobre el valor normal (hasta 300 mg/día), aunque vale la pena medir albuminuria, ya que la albuminuria normal es menor a 30 mg/día y valores más elevados sugieren una nefropatía (de todos modos, en este caso, ya hay caída del clearance).

- Los IECA son útiles porque disminuyen la proteinuria, lo que también disminuye la progresión de la IRC.
- La estatina también es útil para disminuir la progresión, si es que hay dislipidemia asociada.
- Se deben evitar los nefrotóxicos, como los AG y los AINEs.
- Además, la IRC es una de las indicaciones del uso de insulina en los pacientes diabéticos, ya que están contraindicados los HGO tradicionales (sí se aceptan varios de los nuevos y más modernos).
- En cambio, los diuréticos, como la furosemida, no evitan la progresión, sino que solo aumentan cosméticamente la diuresis, pero sin aumentar la filtración glomerular. Es más, tienen el riesgo de hipovolemizar al paciente y volverlo prerrenal, agravando el grado de insuficiencia renal. Eso sí, tienen un claro rol en la IRC con edema más hipertensión o hiperkalemia, pero no se usan en dosis altas, salvo casos excepcionales (ej. edema pulmonar agudo por hipervolemia secundaria a la falla renal).

La respuesta correcta es: Indicar furosemida en dosis altas

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Identifique la asociación INCORRECTA entre el fármaco y su efecto en el balance hidroelectrolítico:

Seleccione una:

- a. Amiloride - Hipokalemia
- b. Enalapril - Hiperkalemia
- c. Furosemida - Hipocalcemia
- d. Hidroclorotiazida - Hiponatremia
- e. Espironolactona - Hiponatremia



El amiloride es un diurético ahorrador de potasio, ya que es un bloqueador del ENaC (canal epitelial de sodio), al igual que el triamterene. También son ahorradores de potasio los bloqueadores del receptor de aldosterona, como la espironolactona y la eplerenona (derivado de la espironolactona, pero que tiene menos efectos antiandrogénico y progestágeno).

Todos los diuréticos ahorradores de potasio producen hiperkalemia. Por el contrario, los diuréticos de asa (furosemida, torsemida) y las tiazidas (hidroclorotiazida, clortalidona, indapamida) producen hipokalemia (la clortalidona tiene más riesgo de hipokalemia que la HCTZ). Las demás opciones son verdaderas.

La respuesta correcta es: Amiloride - Hipokalemia

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 32 años presenta una glomerulonefritis rápidamente progresiva, por lo que se decide solicitar una biopsia renal, la que muestra glomérulos con proliferación celular y formaciones semilunares (glomerulonefritis crescéntrica) y patrón pauciinmune en la inmunofluorescencia. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Lupus sistémico eritematoso
- b. Enfermedad de Berger (nefropatía por IgA)
- c. Vasculitis de vaso pequeño
- d. Síndrome de Good-Pasture
- e. Nefrosis lipoidea



Tiene una glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP), cuya causa más frecuente son las vasculitis de vaso pequeño, pero también pueden verse en otros cuadros (LES, Goodpasture). La biopsia muestra una glomerulonefritis crescéntrica, que es la histología característica de las GNRP, independiente de la causa. Solo la inmunofluorescencia da el diagnóstico en este caso, ya que, al ser pauciinmune (sin depósito de anticuerpos), la única opción es una vasculitis de vaso pequeño (probablemente granulomatosis de Wegener (actualmente llamada granulomatosis con poliangeítis), dado la edad de la paciente; en cambio la PAM (poliangeítis microscópica) afecta más a adultos mayores). Las vasculitis de vaso pequeño suelen ser ANCA positivas (Wegener: ANCA-c; PAM: ANCA-p) y se tratan con corticoides endovenosos más inmunodepresores (actualmente se prefiere el rituximab a la ciclofosfamida). Sin tratamiento tienen altísima letalidad, pero actualmente la gran mayoría de los pacientes logra remitir.

- La A (LES) tiene un patrón moteado o en cielo estrellado en la IF.
- La B (Berger) tiene un patrón moteado, para IgA y generalmente no cursa con falla renal tan grave ni agresiva.
- La D (Goodpasture) tiene un patrón lineal en la IF.
- La E (nefrosis lipoidea) cursa con un síndrome nefrótico puro, sin hematuria ni falla renal.

La respuesta correcta es: Vasculitis de vaso pequeño

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

En un paciente adulto, diabético de larga data, con mal control metabólico, actualmente está cursando un síndrome nefrótico puro. Se solicitan exámenes, que objetivan creatinina 1,8 mg/dl (hace un año 1,65 mg/dl), y proteinuria estimada de 3,6 g/dl, con sedimento de orina con 2 glóbulos rojos por campo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Seleccione una:

- a. Nefropatía diabética inicial
- b. Glomerulopatía membranosa
- c. Glomerulonefritis mesangiocapilar
- d. Nefropatía por IgA
- e. Nefropatía diabética establecida



Tiene una nefropatía diabética establecida, por tener daño renal, con elevación de la creatinina. La nefropatía diabética también es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en el paciente diabético de larga data y mal control metabólico. Eso sí, solo la biopsia renal podrá dar un diagnóstico de certeza, ya que es posible que haya otras causas de síndrome nefrótico.

- La A (nefropatía diabética inicial) se caracteriza por microalbuminuria (mayor a 30 mg/día), pero con la proteinuria total normal, función renal normal y sin síndrome nefrótico.
- La B (nefropatía membranosa) también da síndrome nefrótico puro, pero, por ser autoinmune, se suele instalar más rápido que la nefropatía diabética, habitualmente en algunos meses y, además, suele tener niveles de proteinuria mucho más elevados.
- La C (GNMC) tendría hematuria, hipocomplementemia y proteinuria (síndrome nefrótico impuro o nefrítico).
- La D (nefropatía por IgA = Enfermedad de Berger) suele cursar solo con hematuria (es una glomerulonefritis) o con síndrome nefrótico y es muy improbable que sea nefrótica y, en caso de serlo, es impuro, por la hematuria propia de las glomerulonefritis.

La respuesta correcta es: Nefropatía diabética establecida

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 6 años presenta aumento de volumen facial y la madre refiere que su orina se ha vuelto muy espumosa. Al examen físico, presenta signos vitales; sin embargo, se aprecia edema de extremidades inferiores y de cara. Se solicitan exámenes, que muestran creatinina 0,5 mg/dl, electrolitos plasmáticos normales, proteinuria de 60 mg/m2/hora, sedimento de orina normal, ANCA (-), ANA(-), complemento normal, albúmina plasmática: 2,5 mg/dl, colesterol: 250 mg/dl, glicemia: 80 mg/dl. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Nefropatía por cambios mínimos
- b. Nefropatía por IgA
- c. Glomerulonefritis aguda postestreptocócica
- d. Lupus sistémico
- e. Síndrome hemolítico urémico



Es un niño, con un síndrome nefrótico: proteinuria en rango nefrótico (mayor a 40 mg/m2/h), hipoalbuminemia y anasarca (edema generalizado). Además es un síndrome nefrótico puro, porque no hay HTA, hematuria ni falla renal. Por ser un niño, lo más probable es que sea una nefropatía por cambios mínimos, también llamada nefrosis lipoidea. Se trata con corticoides orales en alta dosis (prednisona 60 mg/m2 por 6 semanas, seguido de 40 mg/m2 por 4 semanas) y no requiere biopsia renal, a menos que no responda a los corticoides, que sea impuro o en adultos (en otras palabras, cuando se sospecha que no es una nefrosis lipoidea, sino otra causa).

- La B (Berger o nefropatía por IgA) es una glomerulonefritis, por lo que tiene hematuria dismórfica y solo rara vez hace un síndrome nefrótico completo y aún más rara vez con un síndrome nefrótico, que sería impuro.
- La C (GNAPE) suele cursar con un síndrome nefrótico y no nefrótico.
- La D (LES) también es nefrótico, con hematuria, aunque puede hacer un síndrome nefrótico, cuando se complica con una nefropatía membranosa secundaria (autoinmune con anticuerpos antipodocitos, como los anti-PLA2R).
- La E (SHU) es una insuficiencia renal aguda, grave, sin síndrome nefrótico, con anemia hemolítica y plaquetopenia y, además, puede tener hematuria dismórfica.

La respuesta correcta es: Nefropatía por cambios mínimos

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 50 años, diabético tipo 2, bien controlado con metformina, acude a control, donde se le detecta hipertensión arterial, la que se confirma con varias tomas cercanas a 145/90 mmHg. ¿Qué fármaco es el más aconsejable para iniciar el tratamiento farmacológico de la hipertensión de este paciente?

Seleccione una:

- a. Losartán
- b. Hidralazina
- c. Atenolol
- d. Hidroclorotiazida
- e. Amlodipino



Tanto por ser diabético como por ser menor de 55 años de elección son los IECA, como el enalapril o, actualmente, también los ARA2, como el losartán. Si se inicia enalapril y le produce tos o angioedema (alergia), se debe cambiar a losartán. Si ambas familias de fármacos están contraindicadas, se prefieren los bloqueadores del calcio no dihidropiridínicos, como el diltiazem, ya que, al igual que los IECA y ARA2, contribuyen a disminuir la progresión del daño renal, al disminuir la proteinuria.

Actualmente, la mayoría de las guías internacionales recomiendan iniciar fármacos en diabéticos con PA mayor o igual a 130/80 mmHg, a diferencia de los no diabéticos, en que el corte es 140/90 mmHg.

- El atenolol sí se puede indicar en los menores de 55 años, pero está relativamente contraindicado en los diabéticos, porque puede ocultar los síntomas iniciales de una hipoglicemia.
- La HCTZ también se puede indicar en los diabéticos, puede descompensar parcialmente a la diabetes, porque aumenta la resistencia a la insulina.

La respuesta correcta es: Losartán

Pregunta 10

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Una paciente de 45 años es diagnosticada de una pielonefritis aguda, por lo que se inicia cefadroxilo oral. Usted la controla 3 días después y la paciente refiere que se sigue sintiendo mal y persiste con fiebre hasta 39,5°C. Además trae los resultados del urocultivo, que muestra desarrollo de una E. coli multisensible. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

Seleccione una:

- a. Cambiar el tratamiento a ciprofloxacino oral
- b. Cambiar el tratamiento a ceftriaxona endovenosa
- c. Solicitar baciloscopías de orina
- d. Solicitar una ecografía abdominal
- e. Mantener el tratamiento y controlar en 4 días ✗

Aunque las pielonefritis generalmente se tratan con quinolonas (ciprofloxacino 500 mg c/12h o levofloxacin 750 mg/d x 7 días), las cefalosporinas orales de cualquier generación son perfectamente aceptables. La nitrofurantoína y la fosfomicina solo se usan en las ITUs bajas.

La causa más frecuente de falta de respuesta a la antibioterapia en la PNA es la presencia de complicaciones, como abscesos o una obstrucción por cálculos renales. Por ello, se debe solicitar la Ecografía, que es el examen de elección para evaluar dichas complicaciones. Si se hace la ecografía y está normal y sigue sin responder, en ese caso, se indicaría ceftriaxona endovenosa (se hospitaliza por falta de respuesta al tratamiento oral). Si hubiese sido una bacteria resistente, habría sido correcto reemplazar el fármaco por otro, al que fuera sensible.

La respuesta correcta es: Solicitar una ecografía abdominal

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Paciente con mieloma múltiple, evoluciona con poliuria y constipación de 3 días de evolución, agregándose en las últimas horas deshidratación y compromiso de conciencia. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hipermagnesemia
- b. Hipercalcemia ✓
- c. Hipofosfemia
- d. Hiponatremia
- e. Hipernatremia

Es una hipercalcemia maligna clásica, tanto por el antecedente de un mieloma, como por la clínica (constipación, poliuria, deshidratación, compromiso de conciencia).

- La hipermagnesemia cursa con debilidad y acortamiento del QT y la única causa relevante es la intoxicación con MgSO4 en el tratamiento de la preclamsia.
- La hipofosfemia aguda se presenta como un cuadro de hemólisis, rabdomiolisis y psicosis (déficit agudo de ATP), habitualmente en relación a desnutrición, en especial en el síndrome de realimentación. La hipofosfemia crónica, en cambio, se asocia a osteomalacia.
- La hiponatremia produce edema cerebral, con cefalea, vómitos y compromiso de conciencia. Generalmente no tiene ni poliuria, ni deshidratación.
- La hipernatremia se presenta como hemorragias cerebrales. Si puede asociarse a poliuria (diabetes insípida), deshidratación y compromiso de conciencia, pero le sobraría la constipación.

La respuesta correcta es: Hipercalcemia

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente cursa con una glomerulonefritis aguda con complementemia disminuida, ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es MENOS probable?

Seleccione una:

- a. Lupus
- b. Glomerulonefritis asociada a Shunt
- c. Poliangetis microscópica
- d. Glomerulonefritis asociada a endocarditis bacteriana
- e. Crioglobulinemia



Las GNA con complemento bajo son las siguientes: 1. GNAPE, 2. LES, 3. Crioglobulinemia, 4. GN por complejos inmunes, asociada a EBSA y a sepsis y 5. GN por shunt. En resumen, son todas las por depósitos de complejos inmunes tipo IgG, ya que la por IgA suele ser normocomplementémica.

El infarto renal y la embolia renal por colesterol, también pueden ser hipocomplementémicos.

Las vasculitis de vaso pequeño suelen ser normocomplementémicas.

La respuesta correcta es: Poliangetis microscópica

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 68 años, diabético, está en tratamiento con metformina y dieta. ¿Qué examen le parece más adecuado para predecir el inicio del daño renal?

Seleccione una:

- a. Albuminuria de 24 horas
- b. Fracción excretada de sodio
- c. Sedimento de orina
- d. Ecografía abdominal
- e. Clearance de creatinina



En el paciente diabético, la nefropatía inicial se diagnostica mediante la albuminuria de 24 horas. Si está elevada (mayor a 30 mg/día) tiene riesgo de progresar a una nefropatía establecida, con caída del clearance de creatinina.

La B (FeNa) se usa para diferenciar la IRA renal de la IRA prerenal.

La D (ecografía) sirve para diferenciar la IRA, de la IRC, cuando no se sabe el tiempo de evolución.

La respuesta correcta es: Albuminuria de 24 horas

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente cursando con un síndrome nefrótico, con marcado edema y albúmina de 1,9 g/dl, presenta creatinina basal de 1,0 mg/dl. Se inician diuréticos de asa por vía endovenosa, como tratamiento del edema, lográndose clara disminución del mismo, sin embargo evoluciona con oliguria y elevación de la creatinina a 2,8 mg/dl. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Nefritis por diuréticos
- b. Estenosis de la arteria renal
- c. Insuficiencia renal prerrenal
- d. Necrosis tubular aguda
- e. Glomerulonefritis mesangiocapilar



El uso de diuréticos en el síndrome nefrótico, si bien disminuye el edema, tiene riesgo de volverlo prerrenal, al hipovolemizarlo. En particular, porque el edema no es por exceso de volumen, sino por una falta de proteínas, que reduce la presión oncótica capilar.

- La A (Nefritis intersticial por diuréticos) es muy rara y cursa con IRA renal, con eosinofilia y eosinófilos en orina, más un cuadro sistémico de fiebre, exantema, (está más asociado a uso de AINEs, antibióticos o secundaria al Sd. de Sjögren, pero sí se puede ver muy raramente en los diuréticos).
- La B (estenosis arteria renal) es un cuadro de hipertensión de tipo renovascular (con presiones elevadas, refractarias, empeoramiento de la función renal con IECA o ARA2 y presencia de hipokalemia).
- La D (NTA) es una IRA de tipo renal, con cilindros céreos y granulosos en el sedimento y secundaria a isquemia renal o a uso de aminoglicósidos u otros nefrotóxicos.
- La E (GNMC) tendría hematuria, hipocomplementemia y proteinuria (síndrome nefrótico impuro o nefrítico).

La respuesta correcta es: Insuficiencia renal prerrenal

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Qué alteración, de entre las enumeradas, aparece más tarde en un paciente con insuficiencia renal crónica?

Seleccione una:

- a. Anemia
- b. Elevación de la paratohormona
- c. Acidosis metabólica
- d. Elevación del nitrógeno ureico urinario
- e. Disminución de la calcemia



El BUN se eleva desde la etapa II (clearance <90 ml/min). La anemia y elevación de la PTH también pueden ocurrir desde la etapa II. La caída del calcio empieza desde la etapa III (<60 ml/min) o incluso desde la II. La acidosis y la hiperkalemia ocurren desde la etapa IV (<30 ml/min). El síndrome urémico (ej. Pericarditis, encefalopatía, hipo, etc) empieza en la etapa V (<15ml/min).

La respuesta correcta es: Acidosis metabólica

Pregunta 16

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 67 años, hipertenso y portador de una insuficiencia renal crónica, usuario de Losartán, presenta marcado malestar del estado general, constatándose una hiperkalemia grave, con compromiso del ritmo cardíaco. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar suero fisiológico y diuréticos de asa endovenosos
- b. Realizar hemodiálisis de urgencia
- c. Administrar gluconato de calcio e iniciar insulina más suero glucosado por vía endovenosa
- d. Administrar sulfato de magnesio endovenos e iniciar nebulizaciones con salbutamol
- e. Iniciar insulina cristalina en suero glucosado y realizar nebulizaciones con salbutamol



Dado que tiene una hiperkalemia grave, la conducta más urgente es administrar el gluconato de calcio, para estabilizar la membrana miocárdica y evitar arritmias ventriculares. Luego sirven la insulina + glucosa endovenosa (se puede agregar el salbutamol en nebulizaciones), para ingresar el potasio a las células y, además, tomar medidas para disminuir el potasio corporal total, como diuréticos o resinas de intercambio.

El tratamiento mencionado es obligatorio en toda hiperkalemia con afectación electrocardiográfica y, según algunos autores, también en las hiperkalemias con K+ mayor a 6,5 mEq/L o con sintomatología de debilidad o parálisis.

Además, en este caso será importante suspender el losartán (causante de la hiperkalemia, junto a la IRC) y reemplazarlo por otro fármaco.

La respuesta correcta es: Administrar gluconato de calcio e iniciar insulina más suero glucosado por vía endovenosa

Pregunta 17

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un diabético tipo 2 es diagnosticado de hipertensión arterial, por lo que se decide iniciar un iECA. ¿Cuál de las siguientes es una contraindicación de este fármaco?

Seleccione una:

- a. Hiperkalemia de 6,1 mEq/L
- b. hemoglobina glicosilada de 8%
- c. Clearance de creatinina de 60 ml/min
- d. Uso concomitante de glibenclamida
- e. Uso concomitante de insulina



Las contraindicaciones de los IECA son la hiperkalemia (especialmente K+ >6 mEq/L), la estenosis de la arteria renal, elevación de la creatinina >50% después del inicio, así como la IRC con clearance menor a 30 ml/min o creatinina >3mg/dl. También están absolutamente contraindicados en el embarazo. Finalmente, están contraindicados cuando han tenido reacciones adversas, como edema angioneurótico o tos (en estos casos se reemplazan por un ARA2; en cambio, en los demás casos también está contraindicado los ARA2).

La diabetes, por el contrario es una indicación de usar ICEAS, como tratamiento antihipertensivo de elección.

La respuesta correcta es: Hiperkalemia de 6,1 mEq/L

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente con antecedente de insuficiencia renal crónica en etapa predialítica presenta en sus exámenes Na:130mEq/l, K:4,7mEq/l, Cl:99mEq/l. Se encuentra en buenas condiciones y su examen físico solo muestra edema de extremidades inferiores. El tratamiento más adecuado para su hiponatremia es:

Seleccione una:

- a. Restricción de agua libre
- b. Aumentar la ingesta de sodio
- c. Agregar un diurético de asa
- d. Administrar suero hipertónico por vía endovenosa
- e. Hemodiálisis



La hiponatremia leve y moderada asintomática (sin compromiso neurológico y mayor a 120 mEq/L) por regla general, se trata solo con medidas generales, tales como corrección de la causa (ej. ajuste de diuréticos o manejo de la polidipsia primaria) y restricción de agua, en especial en pacientes con SSIADH (se da menos de 800 cc/día), IRC, DHC y pacientes con edema. En este caso, la causa de la hiponatremia es la IRC misma.

Si la hiponatremia es severa (<120 mEq/L) o sintomática (ej. HTEC, compromiso de conciencia, convulsiones, etc.), se prefiere el suero hipertónico EV (NaCl al 3%), con corrección lenta, para evitar la mielinolisis pontina.

- Es correcto dar 100 cc de suero hipertónico al 3% rápido en los casos severos, agudos o sintomáticos, pero el resto se suele dar más lento y la corrección diaria total no debe ser más de 8 mEq/L, ya que, si es muy rápida, tiene riesgo de generar mielinolisis pontina, complicación muy grave.

- Aumentar la ingesta de sodio, no arregla la natremia, sino que produce hipervolemia e hipertensión.

- Los diuréticos de asa pueden agravar la hiponatremia (aunque tienen un buen clearance de agua libre, por lo que no suelen producir hiponatremias muy severas).

- La diálisis, generalmente no tiene mucha utilidad como manejo de la hiponatremia, ya que suele responder bien a las otras medidas mencionadas, pero sí es importante mantener el balance del sodio en los pacientes que están en diálisis.

La respuesta correcta es: Restricción de agua libre

Pregunta 19

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El mejor examen para diferenciar una insuficiencia renal aguda, de una insuficiencia renal crónica es:

Seleccione una:

- a. Clearance de creatinina
- b. Relación BUN/creatinina plasmática
- c. Fracción excretada de sodio
- d. Ecografía renal
- e. Paratohormona plasmática



La ecografía renal es el examen de elección. Si los riñones se ven pequeños, atróficos e hiperecogénicos, probablemente será una IRC. Si están grandes y normales, probablemente será una IRA. Sin embargo, hay algunas IRC con riñones grandes (Diabetes, mieloma, amiloidosis, VHC, VHB, VIH). Eso sí, la única manera de hacer realmente la diferencia es con el tiempo de evolución, ya que, si persiste luego de 3 meses, a pesar del manejo de las posibles causas, con certeza es una IRC. En cambio, si revierte, es una IRA. Si revierte parcialmente, pues hay un componente agudo que mejoró, sobre el crónico, que permanece.

La respuesta correcta es: Ecografía renal

Pregunta **20**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 68 años sufre un traumatismo encéfalo-craneano grave, con formación de un hematoma subdural, el que es manejado quirúrgicamente. Evoluciona unos días después con compromiso de conciencia, por lo que se solicita un TAC de cerebro de control, que es compatible con un edema cerebral. ¿Qué alteración electrolítica es más probable, como causante del cuadro en este paciente?

Seleccione una:

- a. Hipernatremia
- b. Hiperkalemia
- c. Hiponatremia
- d. Hipercalcemia
- e. Hipocalcemia



La hiponatremia es causa de edema cerebral. En este caso está producida por un SSIADH, secundario al TEC complicado.

La hipernatremia se asocia a deshidratación y se presenta como hemorragias cerebrales.

La hiperkalemia no afecta el SNC, sino que produce debilidad y arritmias.

La hipercalcemia produce constipación, debilidad, poliuria, deshidratación y compromiso de conciencia.

La hipocalcemia produce tetania (ROT aumentados, contracturas musculares), más debilidad y parestesias peribucales.

La respuesta correcta es: Hiponatremia

[◀ 5.1 Cuestionario Nefrología](#)

Ir a...

[5.3 Cuestionario Nefro](#)

|                        |                                     |
|------------------------|-------------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | domingo, 26 de marzo de 2023, 22:46 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                          |
| <b>Finalizado en</b>   | domingo, 26 de marzo de 2023, 22:59 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 12 minutos 51 segundos              |
| <b>Puntos</b>          | 18,00/20,00                         |
| <b>Calificación</b>    | <b>90,00</b> de 100,00              |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente se pierde en una excursión. Pasa 48 horas sin tomar agua y al momento de ser encontrado presenta compromiso de conciencia. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hiperkalemia
- b. Hipokalemia
- c. Hipernatremia
- d. Hiponatremia
- e. Hipercalcemia



La privación de agua produce hipernatremia. Recordar que las entradas y salidas de agua determinan la natremia, mientras que las entradas y salidas de sodio, determinan la volemia. Además, la hipernatremia puede producir hemorragias cerebrales, debido a la disminución de volumen del cerebro, que tracciona y rompe algunas venas; también puede haber mielinolisis pontina (similar a la que ocurre en la corrección rápida de la hiponatremia). Tanto la hipernatremia, como la hiponatremia y la hipercalcemia producen compromiso de conciencia. Las alteraciones del potasio, en cambio, no producen afectación cerebral.

La respuesta correcta es: Hipernatremia

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años, diabético tipo 2, mal controlado, acude a control y refiere astenia y malestar general. En sus exámenes destaca una creatinina de 2,8 mg/dl, con proteinuria de 1 gramo al día y sedimento de orina normal. No se había realizado exámenes desde hace 5 años, momento en que estaban normales. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Glomerulopatía membranosa
- b. Glomeruloesclerosis focal y segmentaria
- c. Nefropatía diabética
- d. Glomerulonefritis rápidamente progresiva
- e. Glomeruloesclerosis difusa



Tiene una insuficiencia renal, dado que la creatinina está elevada y lo primero a descartar es que sea una insuficiencia renal aguda, dado que hace algunos años sus exámenes estaban normales. Sin embargo, lo más probable es que sea crónica. Además tiene proteinuria, pero no en rango nefrótico, lo que sugiere alguna glomerulopatía (ya sea glomerulonefritis u otra enfermedad glomerular). Por ser diabético, lo más probable es que sea una nefropatía diabética.

- La A (glomerulopatía membranosa) produce un síndrome nefrótico (no es el caso).
- La B (GEFS) también produce un síndrome nefrótico.
- La D (GNRP) produce una IRA agresiva y además cursa con hematuria dismórfica.
- La E (GE difusa) es característica de la nefropatía HTA.

La respuesta correcta es: Nefropatía diabética

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta los siguientes gases venosos: pH: 7,50; CO2: 25 mmHg; HCO3: 20 mEq/L. El diagnóstico más probable, entre los siguientes, es:

Seleccione una:

- a. Vómitos
- b. Diarrea
- c. Crisis de pánico
- d. Intoxicación con aspirina
- e. Intoxicación con benzodiacepinas



Tiene el pH elevado, por lo que hay una alcalemia. Además, el CO2 está bajo (menor a 35), por lo que hay una alcalosis respiratoria, por la hiperventilación. De las opciones, solo la crisis de pánico produce hiperventilación.

Los vómitos producen alcalosis metabólica (pérdidas de ácido).

La diarrea produce acidosis metabólica (pérdidas de bicarbonato).

La intoxicación con aspirina produce una acidosis metabólica, con alcalosis respiratoria.

La intoxicación con BDZ produce una acidosis respiratoria, con hipoventilación.

La respuesta correcta es: Crisis de pánico

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 10 años presenta un cuadro de malestar general, hematuria y aumento de volumen facial de 3 días de evolución. Al examen físico se constata presión arterial 140/90 mmHg y edema de párpados y de extremidades inferiores, con signo de la fóvea positivo. Se solicitan exámenes entre los que destacan creatinina: 1,2 mg/dl y sedimento de orina con abundantes glóbulos rojos, con un 25% de dismorfia. Refiere haber presentado una faringitis, cuyos síntomas terminaron hace una semana. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Glomerulopatía por cambios mínimos
- b. Glomerulonefritis rápidamente progresiva
- c. Glomerulonefritis postestreptocócica
- d. Enfermedad de Berger
- e. Nefropatía por IgA



Tiene una glomerulonefritis (hematuria dismórfica), con síndrome nefrótico: HTA, edema y hematuria. La GNAPE es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en los niños. Además, el antecedente de faringitis hace muy sugerente una GNAPE.

- La A (cambios mínimos) cursa con un síndrome nefrótico puro (en este caso no hay síndrome nefrótico y, si lo hubiera, sería impuro).
- La B (GNRP) cursa además con una IRA severa, que no es el caso, ya que la creatinina está apenas en 1,2 mg/dl.
- La enfermedad de Berger o nefropatía por IgA es un diagnóstico factible, pero suele cursar sin síndrome nefrótico (puede hacerlo) y no tiene el antecedente de una infección hace más de una semana (aunque sí se descompensa con las infecciones concomitantes tanto virales como bacterianas: ej. resfriado o faringitis ahora o hace menos de una semana).

La respuesta correcta es: Glomerulonefritis postestreptocócica

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente cursando una sepsis grave, tratada con antibióticos endovenosos, evoluciona con elevación de la creatinina. En sus exámenes destaca creatinina de 5,0 mg/dl, sodio plasmático: 125 mg/dl, sodio urinario: 20 mg/dl y creatinina urinaria: 15 mg/dl. En el sedimento de orina presenta abundantes cilindros, sin hematuria. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Necrosis tubular aguda
- b. Glomerulonefritis postinfecciosa
- c. Insuficiencia renal aguda prerenal
- d. Síndrome hemolítico urémico
- e. Síndrome nefrótico impuro



Tiene una IRA (creatinina elevada), de tipo renal, porque el Na+ urinario está mayor o igual a 20 mEq/L. Además la FeNa (fracción excretada de sodio) se podría calcular y resulta mayor a 1%.  $FeNa = (UNa / PNa) / (PCr / UCr) FeNa = (20 / 125) / (15 / 5) = 0,053 = 5,3\%$  Sin embargo, no es necesario calcularla, para no perder tiempo y basta con ver el sodio urinario. Finalmente que haya abundantes cilindros orienta a NTA, ya que se caracteriza por cilindros círeos y granulosos y también por la presencia de células epiteliales tubulares.

- La B (GN postinfecciosa) cursa con hematuria dismórfica.
- La C (IRA prerenal) tiene sodio urinario menor a 10 mEq/L y FeNa menor a 1% y con sedimento de orina normal.
- La D (SHU) suele tener el antecedente de diarrea y cursa con IRA severa, más trombopenia y anemia hemolítica.
- La E (síndrome nefrótico impuro) requeriría proteinuria, más hipalbuminemia, dislipidemia, edema y lipiduria.

La respuesta correcta es: Necrosis tubular aguda

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Es una causa frecuente de síndrome nefrótico, en el paciente VIH:

Seleccione una:

- a. Nefropatía por IgA
- b. Glomerulonefritis crescéntrica
- c. Glomeruloesclerosis focal y segmentaria
- d. Glomeropatía por cambios mínimos
- e. Glomerulonefritis difusa aguda



La causa más frecuente de síndrome nefrótico en el paciente VIH es la GEFS (seguido de la glomerulopatía membranosa). También la GEFS es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en los adolescentes. El diagnóstico se hace con la biopsia renal. El tratamiento incluye el manejo general del síndrome nefrótico (ej. IECA para disminuir la proteinuria) más el tratamiento de la causa de base.

- La A (nefropatía por IgA) rara vez produce síndrome nefrótico y suele producir hematuria sola o síndrome nefrótico.
- La B (GN crescéntrica) es el equivalente histológico de la GNRP, es decir, es causa de IRA grave, con hematuria dismórfica. No tiene síndrome nefrótico.
- La D (cambios mínimos) es causa de síndrome nefrótico puro, pero en niños.
- La E (glomerulonefritis difusa aguda) es la histología más frecuente de la GNAPE, la que cursa con síndrome nefrótico y no nefrótico.

La respuesta correcta es: Glomeruloesclerosis focal y segmentaria

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Es efecto adverso de la hidroclorotiazida, todo lo siguiente, EXCEPTO:

Seleccione una:

- a. Hipernatremia
- b. Hipokalemia
- c. Hipuricemia
- d. Dislipidemia
- e. Hipercalcemia



Las tiazidas producen hiponatremia y no hipernatremia. Sí producen hipokalemia, hipercalcemia y además alteraciones metabólicas, como dislipidemia, hipuricemia y resistencia a la insulina.

Los diuréticos de asa (furosemida) tienen los mismos efectos adversos, salvo que tienden a la hipocalcemia (porque aumentan la excreción de calcio). Por eso la furosemida se usa como parte del manejo de la hipercalcemia, mientras que la HCTZ se usa en el manejo de la hipercalciuria primaria.

La respuesta correcta es: Hipernatremia

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 44 años presenta un cuadro de oliguria y hematuria, asociado a hemoptisis y disnea. En sus exámenes destaca creatinina de 4,0 mg/dl, hematuria con abundantes acantocitos y la biopsia renal que muestra un patrón lineal a la inmunofluorescencia. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Lupus eritematoso sistémico
- b. Vasculitis de vaso pequeño
- c. Púrpura trombocitopénico trombótico
- d. Síndrome de Goodpasture
- e. Púrpura de Schönlein Henoch



Tiene un síndrome riñón-pulmón (glomerulonefritis más compromiso pulmonar: hemoptisis y disnea). En este caso, por haber una IRA grave, hay además una GNRP. Dado el patrón lineal, la única opción es la enfermedad de Goodpasture, también llamada síndrome de Goodpasture y, actualmente, también enfermedad por anticuerpos anti-membrana basal glomerular (ya sin la antigua distinción entre Goodpasture y antimembrana basal).

- La A (LES) también puede producir un síndrome riñón pulmón, pero con patrón moteado en la biopsia.
- La B (vasculitis) también puede cursar con esta clínica, pero tiene un patrón pauciinmune en la biopsia (sin depósito de anticuerpos).
- La C (PTT) no tiene afectación pulmonar, pero sí cursa con una IRA grave, más plaquetopenia y hemólisis y afectación del sistema nervioso central y periférico.
- La E (PSH) no afecta a los pulmones. Sí produce púrpura palpable, artritis, glomerulonefritis y afectación gastrointestinal.

La respuesta correcta es: Síndrome de Goodpasture

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, insuficiente renal crónico, tiene un clearance de creatinina de 30 ml/min. ¿Cuál de las siguientes medidas es más adecuada para evitar el desarrollo de acidosis en este paciente?

Seleccione una:

- a. Administrar carbonato de calcio
- b. Administrar bicarbonato de sodio
- c. Iniciar un diurético tiazídico
- d. Iniciar un diurético de asa
- e. Aumentar la ingesta de agua



Los pacientes con IRC reciben NaHCO<sub>3</sub> para evitar la acidosis.

- El carbonato de calcio sirve para el hiperparatiroidismo secundario y la osteodistrofia renal.
- Los diuréticos no son parte estricta del tratamiento de la IRC, a menos que exista otra patología que los requiera (ej. ICC o HTA: recordar que los diuréticos son la medida farmacológica más eficaz para la HTA por hipervolemia de la IRC) o que haya mucho edema.
- Finalmente, la ingesta de agua se debe moderar en el paciente con IRC, para evitar la sobrecarga de volumen y la hiponatremia.

La respuesta correcta es: Administrar bicarbonato de sodio

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El hiperaldosteronismo primario se presenta como una hipertensión arterial secundaria, que suele acompañarse característicamente de:

Seleccione una:

- a. Hiperkalemia
- b. Hipernatremia
- c. Hipokalemia
- d. Hiponatremia
- e. Elevación de la renina plasmática



Lo más característico de la HTA por HAP es la marcada hipokalemia, dado que la aldosterona aumenta la excreción de potasio. En la HTA renovascular también hay hipokalemia, ya que se eleva la renina, activándose el eje renina-angiotensina-aldosterona, produciéndose un hiperaldosteronismo secundario, que también genera hipokalemia.

La diferencia entre HAP y RV se realiza con los exámenes (índice aldosterona/renina y doppler de arterias renales, respectivamente), pero orienta a HAP una hipokalemia severa o sintomática (calambres, debilidad muscular), la edad joven y la presencia de adenomas o hiperplasia suprarrenales. En cambio, orienta a RV la mayor edad, la presencia de enfermedad ateromatosa (enfermedad arterial periférica, aneurisma aórtico, enfermedad coronaria) u otra causa de estenosis arterial (ej. displasia fibromuscular), la caída del clearance de creatinina con IECA o ARA2, la atrofia renal unilateral y la presencia de soplos renales.

La respuesta correcta es: Hipokalemia

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 68 años presenta un cuadro de malestar general y debilidad de 4 días de evolución, asociado a poliuria y constipación y luego compromiso de conciencia. Al examen físico está en sopor superficial, con deshidratación evidente, sin focalidad neurológica. El cuadro clínico descrito es compatible con

Seleccione una:

- a. Hipofosfemia
- b. Hipocalcemia
- c. Hipokalemia
- d. Hiperkalemia
- e. Hipercalcemia



Si bien, en este caso, lo primero será solicitar una glicemia capilar, porque puede ser un síndrome hiperglicémico hiperosmolar o una hipoglícemia, también es compatible con una hipercalcemia. La hipercalcemia produce constipación, debilidad, poliuria, deshidratación y compromiso de conciencia (la constipación no se ve en los problemas diabéticos mencionados). La poliuria se produce por una diabetes insípida nefrogénica, secundaria a la hipercalcemia, pero también se ve en la diabetes mellitus descompensada.

- La hipofosfemia aguda severa cursa con compromiso de conciencia, hemólisis y rabdomiólisis (déficit agudo de ATP produce daño celular).
- La hipokalemia no afecta la conciencia y produce debilidad y arritmias, con alargamiento del QT, que pueden terminar en una torsión de puntas (taquicardia ventricular polimorfa).
- La hipercalcemia no afecta el SNC, pero sí produce debilidad y arritmias (fibrilación auricular, bloqueos AV y taquicardias ventriculares), con ondas T picudas, QRS ancho y acortamiento del QT.
- La hipocalcemia produce tetania (ROT aumentados, contracturas musculares), más debilidad y parestesias peribucales. También puede alargar el QT y complicarse con arritmias ventriculares severas, tipo torsión de puntas.

La respuesta correcta es: Hipercalcemia

Pregunta 12

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente presenta los siguientes gases arteriales: PaO<sub>2</sub>: 60 mmHg, PaCO<sub>2</sub>: 44 mmHg, HCO<sub>3</sub>: 16 mEq/L, pH: 7,18. El diagnóstico ácido base es:

Seleccione una:

- a. Acidosis respiratoria sola
- b. Acidosis metabólica sola ✗
- c. Acidosis respiratoria con alcalosis metabólica
- d. Acidosis metabólica con alcalosis respiratoria
- e. Acidosis respiratoria y metabólica

Tiene el pH muy bajo, así que hay una acidosis. Además, el HCO<sub>3</sub> está bajo, por lo que hay una acidosis metabólica, sin duda. En las acidosis metabólicas puras, el valor de la PaCO<sub>2</sub> suele ser similar al número que está después del "7,\_\_\_", en el pH. Sin embargo, en este caso el CO<sub>2</sub> está en 44 mmHg y el número después del pH es 18, por lo que el CO<sub>2</sub> está muy elevado para lo esperado. Por tanto, a pesar de que el CO<sub>2</sub> está dentro del rango normal (35 a 45 mmHg), hay también una acidosis respiratoria.

La respuesta correcta es: Acidosis respiratoria y metabólica

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 45 años, cursando una necrosis tubular aguda, presenta compromiso de conciencia, con desorientación y sopor, asociado a asterixis. No presenta focalidad neurológica y se constata creatininemia: 5,6 mg/min, BUN: 100 mg/dl, K<sup>+</sup>: 6,0 mEq/L, Na<sup>+</sup>: 130 mEq/L.

La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar gases venosos y decidir conducta según resultado
- b. Iniciar haloperidol en dosis bajas
- c. Administrar suero hipertónico endovenoso
- d. Administrar suero fisiológico endovenoso
- e. Realizar hemodiálisis de urgencia ✓

Tiene una NTA con IRA grave, ya que cursa con un síndrome urémico, con presencia de encefalopatía urémica (compromiso de conciencia, asterixis). El síndrome urémico es indicación de hemodiálisis de urgencia. La otra indicación son las complicaciones graves que no responden a tratamiento médico (ej. hiperkalemia grave o edema pulmonar que no se logren estabilizar con fármacos).

Finalmente, el BUN mayor a 100 mg/dl es una indicación relativa, ya que habitualmente se asocia a síndrome urémico, como en este caso, aunque no todos los autores aceptan la diálisis de urgencia en pacientes con BUN mayor a 100, pero sin síntomas de uremia.

La respuesta correcta es: Realizar hemodiálisis de urgencia

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Identifique la asociación INCORRECTA entre el fármaco y la alteración provocada por este:

Seleccione una:

- a. Furosemida – hipocalcemia
- b. Enalapril – hipercalemia
- c. Amiloride – hipercalemia
- d. Ibuprofeno – hipokalemia
- e. Espironolactona – hipercalemia



Los AINES, como el ibuprofeno, producen hipercalemia, ya que tienen a disminuir la filtración renal.

Los demás fármacos sí producen las alteraciones descritas.

La respuesta correcta es: Ibuprofeno – hipokalemia

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál es el diagnóstico más probable ante un paciente con un síndrome nefrótico impuro, hematuria e hipocomplementemia?

Seleccione una:

- a. Glomerulopatía por cambios mínimos
- b. Glomerulonefritis postinfecciosa
- c. Glomeruloesclerosis focal y segmentaria
- d. Glomerulonefritis mesangiocapilar
- e. Nefropatía por IgA



La GNMC se caracteriza por ser una glomerulonefritis hipocomplementémica y puede cursar con síndrome nefrótico o síndrome nefrótico, necesariamente impuro, ya que al ser una GN, siempre tiene hematuria. Su presentación es muy variable y es similar a la de otras glomerulonefritis (ej. mediada por IgA), con grados variable de falla renal, proteinuria y sintomatología, por lo que solo la hipocomplementemia permite sospecharla y, finalmente, solo la biopsia permite el diagnóstico adecuado. Es más un diagnóstico histológico que etiológico, ya que tiene múltiples causas: depósito de complejos inmunes (ej. VIH, VHB, VHC, infecciones bacterianas crónicas, lupus sistémico) o anticuerpos monoclonales (ej. mieloma múltiple u otras gamopatías) o por otras causas más raras (ej. disrupción de la vía alternativa de activación del complemento). Todas tienen en común ser hipocomplementémicas. El tratamiento más importante es tratar la causa.

- La A (GP membranosa) y la C (GEFS) tienen el complemento normal y suelen producir síndrome nefrótico puro.
- La B (GP postinfecciosa) tiene el complemento bajo, pero suele producir síndrome nefrótico.
- La E (GN por IgA) tiene el complemento normal y suele producir solo hematuria, aunque puede tener falla renal o presentarse como un síndrome nefrótico. Es raro que sea nefrótica.

La respuesta correcta es: Glomerulonefritis mesangiocapilar

Pregunta 16

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Son tratamientos adecuados para una pielonefritis, en un paciente hospitalizado, EXCEPTO:

Seleccione una:

- a. Ceftriaxona
- b. Cefazolina
- c. Gentamicina
- d. Ampicilina
- e. Cefuroxima



Las cefalosporinas son el tratamiento de elección de la PNA grave, aunque actualmente también se usan mucho las quinolonas endovenosas (ej. ciprofloxacino 400 mg EV c/12 o el levofloxacino 750 mg c/d). En general se indica ceftriaxona (tercera generación), ya que cubren muy bien a las enterobacterias (E. coli, Klebsiella, Proteus), pero también se pueden usar las de segunda (cefuroxima) o primera generación (cefazolina), ya que tienen buena cobertura para enterobacterias.

- La gentamicina (aminoglicósido) es de elección en los pacientes alérgicos a las cefalosporinas, cuando no hay disponibilidad de quinolonas endovenosas (ej. porque son muy caras).
- La ampicilina, en cambio, no cubre bien a la E. coli ni demás enterobacterias, por lo que no debe ser usada sola. La ampicilina más sulbactam sería una opción que sí tiene cierta cobertura, pero se deben preferir los medicamentos ya mencionados.
- Cuando hay riesgo de pseudomonas u otras bacterias resistentes (ej. paciente hospitalizado), se prefieren los carbapenémicos o, como mínimo, cefepime, ceftazidima o cefoperazona u otro esquema que las cubra.

La respuesta correcta es: Ampicilina

Pregunta 17

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, hipertenso en tratamiento con hidroclorotiazida 50 mg al día, acude a control, presentando presiones arteriales promedio de 150/100 mmHg. No presenta daño a órgano blanco y su estudio descartó la presencia de una hipertensión secundaria. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Agregar furosemida al tratamiento
- b. Agregar enalapril al tratamiento
- c. Agregar amlodipino al tratamiento
- d. Reemplazar la hidroclorotiazida por losartán
- e. Mantener el tratamiento



Ver resumen de tratamiento farmacológico de la HTA.

Es una HTA mal controlada. Como sus presiones arteriales están en 150/100 Por lo que requiere dos fármacos. Por regla general cuando se inicia la HCTZ, no se varía la dosis, aunque el rango aceptable sea 50 a 100 mg/día. Se suele agregar un IECA o ARA2, ya que tienen el efecto contrario a la HCTZ en la potasemia.

La respuesta correcta es: Agregar enalapril al tratamiento

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 59 años, diagnosticado de insuficiencia renal crónica, secundario a nefropatía hipertensiva, presenta anemia con hematocrito de 27% y hemoglobina de 9 g/dl. Se solicita ferritina plasmática, la que resulta 330 ng/ml y saturación de transferrina, que resulta 50%. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar hierro endovenoso
- b. Iniciar hierro oral
- c. Solicitar niveles plasmáticos de eritropoyetina
- d. Iniciar eritropoyetina subcutánea
- e. Observar evolución



Tiene una anemia asociada a IRC. Hay que cumplir dos objetivos: Primero: ajustar el perfil de hierro (Ferritina mayor a 400 o mayor a 100, con saturación de transferrina mayor a 20%), lo que se logra con hierro endovenoso en pacientes con IRC en diálisis o con anemia o ferropenia severas. Segundo: lograr un hematocrito sobre 30% o hemoglobina sobre 10 g/dl, con eritropoyetina subcutánea. En este caso, ya cumple con el objetivo del hierro, por lo que no es necesario indicarlo. Sin embargo, no cumple con el objetivo del hematocrito, por lo que está indicada la EPO (eritropoyetina, ya sea como epoetina alfa o darbepoetina).

Como detalle, una ferritina sobre 500 o una saturación de transferrina sobre 30% son, individualmente, muy sugerentes de estar con los depósitos de hierro repletos.

La respuesta correcta es: Iniciar eritropoyetina subcutánea

Pregunta 19

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La primera medida, frente a un paciente con una hiperkalemia grave, con alteraciones electrocardiográficas, es:

Seleccione una:

- a. Administrar suero fisiológico
- b. Administrar gluconato de calcio
- c. Administrar suero glucosado con insulina
- d. Administrar sulfato de magnesio
- e. Administrar bicarbonato de sodio



Las hiperkalemias severas evolucionan con arritmias ventriculares malignas, que pueden ser muy graves. Para evitarlas, se debe administrar, como medida más urgente, calcio endovenoso, habitualmente como gluconato de calcio (solo si hay catéter venoso central, se puede administrar como cloruro de calcio). Luego se administra insulina más glucosa EV con o sin salbutamol nebulizado y, además, se toman medidas para disminuir el potasio corporal, como dieta baja en potasio, diuréticos y resinas de intercambio.

- El SF es la primera medida en la hipovolemia y en la hipercalcemia.
- El gluconato de calcio también es la primera medida en la hipocalcemia y la hpermagnesimia.
- El bicarbonato de sodio es la medida más urgente en la acidosis metabólica grave, con pH menor a 6,9 en el caso de la cetoacidosis o menor a 7,1 en otras causas.
- En la acidosis respiratoria no se usa el bicarbonato, sino que se debe conectar a ventilación mecánica.

La respuesta correcta es: Administrar gluconato de calcio

Pregunta **20**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 8 años presenta un cuadro de edema generalizado y orinas espumosas. Al examen físico presenta signos vitales normales y se constata edema de extremidades inferiores y de la cara. En sus exámenes presenta creatinina: 0,6 mg/dl, K+: 4,0 mEq/L, Na+: 140 mEq/L, colesterol: 250 mg/dl, albúmina: 2,5 g/dl, proteinuria 3,2 g/día, de tipo selectiva y complemento: normal. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Glomerulopatía membranosa
- b. Glomerulonefritis mesangiocapilar
- c. Nefrosis lipoidea
- d. Glomerulonefritis postestreptocócica
- e. Síndrome hemolítico urémico



Es un niño con un síndrome nefrótico puro: tiene 1. la proteinuria en rango nefrótico (mayor a 40 mg/m2/hora en niños, ya que es mayor a 3 g/día, lo que es nefrótico incluso en un adulto), 2. El edema, 3. La dislipidemia y 4. La hipoalbuminemia (albúmina menor a 3,5 g/dl). Por tanto lo más probable es una nefrosis lipoidea, también llamada glomerulopatía por cambios mínimos.

- La A (GP membranosa) es causa de Sd. nefrótico puro en adultos (se asocia a lupus, uso de drogas).
- La B (GNMC) es causa de Sd. nefrótico impuro. Además, tiene el complemento bajo.
- La D (GNAPE) es causa de Sd. nefrótico con complemento bajo.
- La E (SHU) es causa de insuficiencia renal grave o no de síndrome nefrótico. Cursa además con hemólisis y trombopenia.

La respuesta correcta es: Nefrosis lipoidea

[◀ 5.2 Cuestionario Nefrología](#)

Ir a...

[5.4 Cuestionario Nefro](#)

|                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | lunes, 27 de marzo de 2023, 17:25 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                        |
| <b>Finalizado en</b>   | lunes, 27 de marzo de 2023, 17:44 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 18 minutos 35 segundos            |
| <b>Puntos</b>          | 15,00/20,00                       |
| <b>Calificación</b>    | <b>75,00</b> de 100,00            |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 80 años, es traído por compromiso de conciencia. Al examen físico se encuentra deshidratado, en sopor profundo. Se solicitan exámenes, entre los que destaca una calcemia de 16 mg/dl. La conducta inicial más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar gluconato de calcio endovenoso
- b. Administrar sulfato de magnesio endovenoso
- c. Administrar furosemida endovenosa
- d. Administrar solución salina de NaCl al 0,9% por vía endovenosa
- e. Administrar suero glucosado e insulina por vía endovenosa



El tratamiento de la hipercalcemia grave es 1. Suero fisiológico endovenoso y luego, 2. Bifosfonatos endovenosos y 3. Calcitonina endovenosa. La furosemida de algo puede servir. Además, en caso de que sea secundaria a un cáncer hematológico, son útiles los corticoides EV.

La respuesta correcta es: Administrar solución salina de NaCl al 0,9% por vía endovenosa

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Son indicaciones de hemodiálisis de urgencia, en contexto de un paciente cursando una insuficiencia renal aguda, EXCEPTO

Seleccione una:

- a. Anuria de 24 horas de evolución
- b. Hipercalemia grave, refractaria a tratamiento médico
- c. Edema pulmonar grave, que no responde a tratamiento vasodilatador y diurético
- d. Pericarditis urémica
- e. Encefalopatía urémica



Las indicaciones de HD de urgencia en la insuficiencia renal aguda de cualquier causa y también en la crónica, son 1. el síndrome urémico (alternativas D y E) y 2. las complicaciones graves que no responden a tratamiento médico (alternativas B y C). En cambio, la anuria de 24 horas no significa nada en especial, más allá de que probablemente cursa con una IRA grave.

La respuesta correcta es: Anuria de 24 horas de evolución

Pregunta 3

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente presenta los siguientes gases venosos pH 7,40; HCO3: 15 mEq/L; CO2: 25 mmHg. El diagnóstico del estado ácido base es:

Seleccione una:

- a. Acidosis metabólica, con alcalosis respiratoria
- b. Alcalosis metabólica, con acidosis respiratoria
- c. Acidosis mixta
- d. Acidosis metabólica pura
- e. Equilibrio ácido-base normal ✗

Es una pregunta difícil, porque el pH está normal. Sin embargo, el bicarbonato está muy bajo, lo que indica que hay una acidosis metabólica y por otro lado, el CO2 está muy bajo, lo que indica que hay una hiperventilación con alcalosis respiratoria. Ambas alteraciones se anulan en su efecto en el pH, por lo que está normal (7,4).

La respuesta correcta es: Acidosis metabólica, con alcalosis respiratoria

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El uso prolongado de hidroclorotiazida puede producir todo lo siguiente, excepto

Seleccione una:

- a. Hiponatremia
- b. Hipocalcemia ✓
- c. Hipokalemia
- d. Hiperuricemia
- e. Hiperlipidemia

Las tiazidas producen hipercalcemia y no hipocalcemia.

Sí producen hipokalemia, hiponatremia y además alteraciones metabólicas, como dislipidemia, hiperuricemia y resistencia a la insulina.

La respuesta correcta es: Hipocalcemia

Pregunta 5

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 30 años consulta por un cuadro de anasarca. Al examen físico presenta hipertensión arterial y edema facial, escrotal y de extremidades. En sus exámenes destaca una proteinuria de 8,2 gramos al día, índice proteinuria/creatininuria: 7,0, sedimento de orina con microhematuria dismórfica de 20 GR por campo, albuminemia: 2,5 g/dl, creatinina: 2,0 mg/dl, colesterol total: 250 mg/dl. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome nefrítico
- b. Síndrome nefrótico
- c. Síndrome hemolítico urémico
- d. Necrosis tubular aguda
- e. Nefritis intersticial



Tiene un síndrome nefrótico impuro. Es nefrótico, porque tiene proteinuria en rango nefrótico (mayor a 3 g/día), más edema, hipoalbuminemia y dislipidemia. Además, es impuro, porque tiene microhematuria dismórfica. Le falta la HTA para poder ser nefrítico y, aunque la tuviera, seguiría primando el diagnóstico de síndrome nefrótico (nefrítico + nefrótico = nefrótico... impuro). En este caso también hay una insuficiencia renal (con creatinina de 2 mg/dl), causada por la glomerulonefritis que tiene de base (hematuria dismórfica), aunque también puede estar agravada por la proteinuria (a largo plazo, produce daño renal).

- El SHU es una insuficiencia renal aguda grave de los niños.
- La NTA es una IRA renal, sin proteinuria en rango nefrótico.
- La nefritis intersticial tiene exantema, fiebre, IRA y eosinofilia más eosinófilos en orina.

La respuesta correcta es: Síndrome nefrótico

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 4 años, cursando una diarrea aguda, evoluciona con oliguria y deterioro del estado general. Posteriormente convulsa en una oportunidad. Al examen físico está decaído, con edema y palidez de piel e ictericia de escleras. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Glomerulonefritis postestreptocócica
- b. Glomerulonefritis rápidamente progresiva
- c. Necrosis tubular renal
- d. Insuficiencia renal aguda prerrenal
- e. Síndrome hemolítico urémico



Es un SHU clásico, ya que afecta a niños (lo más frecuente que sean prescolares), cursando con una insuficiencia renal grave, asociada a hemólisis, plaquetopenia y compromiso del SNC. Además, suele venir precedido por diarrea o disentería por *E. coli* enterohemorrágica o *Shigella*. En este caso, la oliguria y el edema son síntomas de la insuficiencia renal aguda. La palidez y la ictericia son sugerentes de la hemólisis. Las convulsiones muestran la afectación del SNC.

- La A (GNAPE) es un síndrome nefrítico, 1 a 2 semanas luego de una amigdalitis.
- La B (GNRP) es una GN con IRA grave. En este caso falta la hematuria dismórfica, como para pensar en una glomerulonefritis. Además, la clínica es clásica de SHU.
- La D (prerrenal) suele tener hemoconcentración, elevación de las plaquetas, signos de deshidratación (no edema).

La respuesta correcta es: Síndrome hemolítico urémico

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una mujer de 20 años, evoluciona con un cuadro de malestar general y hematuria. Al examen físico se constata hipertensión arterial de 180/110 mmHg, FC: 80x', con edema de extremidades inferiores. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar ciclofosfamida + corticoides
- b. Solicitar ecografía-doppler abdominal y metanefrinas urinarias
- c. Solicitar sedimento de orina y urocultivo, e iniciar antibióticos endovenosos a la espera del resultado
- d. Realizar hemodiálisis de urgencia
- e. Solicitar creatinina plasmática, BUN, proteinuria, electrolitos, sedimento de orina, ANA, ANCA y complemeto



Tiene un síndrome nefrítico: Hematuria, HTA y edema. Sin embargo, no tenemos ni la causa, ni se conoce el estado de la función renal, por lo que la primera conducta será estudiarlas. Esto se ve en la opción E, en la que se piden los exámenes de función renal, más algunos exámenes inmunológicos, en busca de las causas más frecuentes.

- La A (corticoides y ciclofosfamida) es el tratamiento de las GNRP, pero no conocemos el estado de la función renal, como para saberlo ni se ha hecho la biopsia renal.
- La B (Doppler y metanefrinas) es parte del estudio de la HTA secundaria, pero en este caso no solo hay una HTA secundaria, sino un síndrome nefrítico completo, por lo que se asume que la HTA es secundaria a la glomerulonefritis.
- La C sería correcta para el estudio de una PNA, pero no hay clínica sugerente.
- No hay síndrome urémico, ni complicaciones graves y refractarias de una IRA, como para plantear la hemodiálisis.

La respuesta correcta es: Solicitar creatinina plasmática, BUN, proteinuria, electrolitos, sedimento de orina, ANA, ANCA y complemeto

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente cursando una insuficiencia renal aguda, presenta sodio urinario de 40 mEq/L y creatinina de 3,8 mg/dl, con un sedimento de orina sin hematuria, con algunos cilindros hialinos y granulosos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Insuficiencia renal prerrenal por deshidratación
- b. Insuficiencia renal prerrenal por uso de furosemida
- c. Insuficiencia renal prerrenal por uso de tiazídicos
- d. Nefritis intersticial
- e. Necrosis tubular aguda



Tiene una IRA de tipo renal, porque el sodio urinario está mayor a 20 mEq/L. Con ello se descartan las opciones A, B y C. La presencia de cilindros granulosos sugiere una NTA (los hialinos son normales). En cambio, la nefritis intersticial tiene eosinófilos en el sedimento.

La respuesta correcta es: Necrosis tubular aguda

Pregunta 9

Correcta

Se puntúa 1,00 sobre 1,00

Una paciente presenta lesiones en la piel de los dedos y posteriormente evoluciona con un síndrome nefrítico, asociado a hipocomplementemia. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable?

Seleccione una:

- a. Púrpura de Schönlein Henoch
- b. Vasculitis de vaso pequeño
- c. Nefrosis lipoidea
- d. Crioglobulinemia
- e. Glomeruloesclerosis focal y segmentaria



La clínica puede ser tanto de una endocarditis bacteriana (las lesiones de los dedos podrían ser nódulos de Osler o lesiones de Janeway), como una crioglobulinemia, ya que ambas son hipocomplementémicas (junto con la GNAPE, el LES y la GNMC). Ninguna de las demás opciones baja el complemento. Además, la A (PSH) suele venir con afectación gastrointestinal, púrpura palpable de EEL y artritis. La B (vasculitis) suelen hacer una GNRP, con afectación sistémica importante. La C (cambios mínimos) y la E (GEFS) son causa de síndrome nefrótico puro.

La respuesta correcta es: Crioglobulinemia

Pregunta 10

Correcta

Se puntúa 1,00 sobre 1,00

¿Cuál es la medida más importante, para evitar la nefrotoxicidad por medio de contraste?

Seleccione una:

- a. Administrar suero fisiológico antes y después del examen radiológico
- b. Administrar N-acetil-cisteína
- c. Alcalinizar la orina, mediante administración de bicarbonato de sodio
- d. Administrar un diurético de asa, para forzar la diuresis
- e. Administrar el medio de contraste de manera rápida, en un solo pulso



De todas las medidas, la más eficaz es administrar suero fisiológico antes de administrar el medio de contraste. Sin embargo, también sirve administrarlo después (habitualmente se da antes y después). La N-acetil-cisteína no ha mostrado utilidad.

No todos los pacientes requiere profilaxis, sino solo aquellos con IRA o con una IRC con clearance menor a 30 ml/min o que tienen factores de riesgo (edad, proteinuria, diabetes, hipertensión, insuficiencia cardíaca) y clearance menor a 45 ml/min. En sanos el riesgo del contraste es prácticamente cero.

Eso sí, siempre se debe evitar realizar exámenes que no están indicados, evitar dar contraste cuando el examen sin contraste es suficiente y, en pacientes que tienen muy alto riesgo, preferir otros exámenes sin uso de contraste. Por el contrario, en casos en que están muy graves y que requieren del examen urgentemente, se debe proceder a realizarlo, sin esperar a administrar el suero fisiológico.

La respuesta correcta es: Administrar suero fisiológico antes y después del examen radiológico

Pregunta 11

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente, diagnosticado de IRC, secundaria a diabetes mellitus, está en hemodiálisis hace 2 años. Presenta anemia con hematocrito de 28%, con hemoglobina de 9,2 g/dl y astenia. Actualmente no recibe tratamiento para la anemia. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución
- b. Solicitar perfil de fierro y decidir manejo, según resultado
- c. Iniciar eritropoyetina subcutánea ✗
- d. Iniciar sulfato ferroso oral
- e. Realizar transfusión de glóbulos rojos

Tiene una anemia asociada a IRC. Hay que cumplir dos objetivos: 1. Ajustar el perfil de fierro, lo que se logra con fierro endovenoso en los pacientes en diálisis; 2. Lograr un hematocrito sobre 30% o hemoglobina sobre 10 g/dl (máximo llegar a 11,5 g/dl), con eritropoyetina subcutánea o un análogo. En este caso, no cumple el objetivo de la hemoglobina y no sabemos si cumple o no con el objetivo del perfil de fierro. Como lo primero a corregir debe ser el fierro, en primer lugar, debemos solicitar un perfil de fierro, para poder decidir. Si está alterado, se indicará el fierro endovenoso. Si está normal, se deberá iniciar la EPO subcutánea.

La respuesta correcta es: Solicitar perfil de fierro y decidir manejo, según resultado

Pregunta 12

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

La glomerulopatía más frecuente causada por fármacos es:

Seleccione una:

- a. Glomeruloesclerosis focal y segmentaria
- b. Glomerulonefritis crescéntrica ✗
- c. Amiloidosis renal
- d. Glomerulopatía membranosa
- e. Glomeruloesclerosis difusa

La GP membranosa se por causa autoinmune primaria, pero también por reacción inmune secundaria a fármacos, infecciones o cáncer. Es la glomerulopatía asociada a fármacos más frecuente y se suele presentar como un síndrome nefrótico puro. Su tratamiento es el manejo general del síndrome nefrótico (ej. tratar la causa, disminuir la proteinuria con IECAs y manejar la falla renal crónica y sus complicaciones).

- La A (GEFS) es clásica de adolescentes y pacientes VIH, aunque también puede ser por fármacos.
- La B (GN crescéntrica) es clásica de las vasculitis y otras causas de GNRP.
- La C (amiloidosis) se ve en el riñón de mieloma y otras causas. El riñón de mieloma es un tipo de amiloidosis renal, con depósito de cadenas livianas, que forman cilindros en el nefrón distal. Se diferencia de la amiloidosis, por amiloide A, que se asocia a artritis reumatoide, pelvisponidiloartropatías y enfermedades inflamatorias intestinales. El diagnóstico se hace con la biopsia renal, aunque si hay una alta sospecha, se puede hacer biopsia de grasa abdominal, que muestra la amiloidosis y tiene mucho menos riesgo que la biopsia renal. Se trata con el manejo de la causa, ya que no hay un tratamiento específico.
- La E (GE difusa) es clásica de la nefropatía diabética y se traduce en falla renal, con proteinuria generalmente no nefrótica.

La respuesta correcta es: Glomerulopatía membranosa

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente con insuficiencia renal por hipertensión arterial presenta elevación de la PTH plasmática, con calcio de 8,5 mg/dl y fósforo de 5,6 mg/dl. No presenta otros síntomas y su clearance de creatinina es de 50 ml/min. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar bicarbonato de sodio
- b. Iniciar carbonato de calcio y vitamina D
- c. Iniciar furosemida oral
- d. Iniciar hidroclorotiazida oral
- e. Realizar paratiroidectomía



El tratamiento del hiperparatiroidismo secundario a la IRC es una dieta baja en fósforo, más lo siguiente:

1. Suplementar vitamina D si está baja (medirla antes).
2. Dar quelantes de fósforo, si está mayor a 5,5 mg/dl. Generalmente se usa el carbonato de calcio como quelante, a menos que el producto calcio-fósforo sea mayor a 55, en que se usan otros quelantes sintéticos. En este caso el producto calcio-fósforo es  $8,5 \times 5,6 = 47,6$ , por lo que se puede usar el carbonato de calcio.
3. Dar más calcio, si la calcemia es menor a 8,5 - 7,5 mg/dl.
4. Si la PTH sigue elevada, a pesar de todo lo anterior, dar más vitamina D y, eventualmente, calcimiméticos.

- La paratiroidectomía es el tratamiento del hiperparatiroidismo primario y, en este caso, es un hiperparatiroidismo secundario.

La respuesta correcta es: Iniciar carbonato de calcio y vitamina D

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes alteraciones es más compatible con un hiperaldosteronismo primario?

Seleccione una:

- a. Hipotensión
- b. Hiperkalemia
- c. Hiponatremia
- d. Hipokalemia
- e. Elevación de la renina plasmática



Lo más característico de la HTA por HAP es la marcada hipokalemia, dado que la aldosterona aumenta la excreción de potasio. En la HTA renovascular también hay hipokalemia, ya que se eleva la renina, activándose el eje renina-angiotensina-aldosterona, produciéndose un hiperaldosteronismo secundario.

No hay hipotensión, sino hipertensión. No hay hiponatremia, sino tendencia a una leve hipernatremia.

La respuesta correcta es: Hipokalemia

Pregunta 15

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente presenta una hipokalemia severa, que no responde al tratamiento médico habitual con administración de KCl en goteo y que tiene alteraciones en el electrocardiograma (alargamiento del QT, con salvas de taquicardia ventricular). La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar 1 gramo de KCl en bolo
- b. Administrar 3 gramos de KCl en bolo
- c. Administrar gluconato de calcio endovenoso
- d. Solicitar magnesemia y administrar sulfato de magnesio endovenoso
- e. Realizar hemodiálisis de urgencia



Ante una hipokalemia refractaria, siempre se debe sospechar una hipomagnesemia. La clínica de la hipomagnesemia es muy similar a la de la hipokalemia, es decir debilidad, alargamiento del QT y arritmias ventriculares (Torsión de puntas). Administrar KCl en bolo (opciones A y B) constituye un delito de homicidio, ya que nunca se debe administrar potasio en bolo, porque produce paro en asistolia. El gluconato de calcio sirve para la hiperkalemia, hipermagnesemia e hipocalcemia severas. La hemodiálisis se puede usar en la hiperkalemia grave y refractaria a tratamiento médico, lo que no se debe confundir con la hipokalemia refractaria, en la que se debe descartar la hipomagnesemia.

La respuesta correcta es: Solicitar magnesemia y administrar sulfato de magnesio endovenoso

Pregunta 16

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Identifique la asociación correcta:

Seleccione una:

- a. Glomeruloesclerosis focal y segmentaria – Síndrome nefrítico clásico
- b. Glomerulonefritis membranoproliferativa – Síndrome nefrótico puro
- c. Poliangeítis microscópica – Glomerulonefritis crescéntrica, pauciinmune, con insuficiencia renal
- d. Síndrome de Goodpasture – Hipocomplementemia y hematuria
- e. Lupus – Glomerulopatía con patrón lineal en la inmunofluorescencia



- La PAM es una vasculitis de vaso pequeño, las que suelen cursar con una GNRP, que en la biopsia se ve con formación de medialunas (GN crescéntrica) y en la inmunofluorescencia no observa depósito de anticuerpos (pauciinmune).
- La A (GEFS) produce un Sd. nefrótico, habitualmente impuro.
- La B (GNMP) es lo mismo que la GNMC y como buena GN tiene hematuria, por lo que produce un Sd. nefrótico impuro, o bien solo un Sd. nefrítico o, por lo menos, hematuria dismórfica. Puede tener grados variables de falla renal. Es hipocomplementémica.
- La D (Goodpasture) produce un síndrome nefrítico, pero con complemento normal y tiene un patrón lineal en la IF. También puede tener un síndrome riñón pulmón.
- La E (LES) tiene un patrón en cielo estrellado o moteado en la IF. Suele ser nefrítica, a menos que se le agregue una nefropatía membranosa, que es nefrótica.

La respuesta correcta es: Poliangeítis microscópica – Glomerulonefritis crescéntrica, pauciinmune, con insuficiencia renal

Pregunta 17

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes es una buena alternativa para el tratamiento ambulatorio de una pielonefritis aguda?

Seleccione una:

- a. Nitrofurantoína
- b. Gentamicina
- c. Amoxicilina
- d. Metronidazol
- e. Cefadroxilo



La PNA se trata con quinolonas orales (ciprofloxacino); o bien con cefalosporinas de primera (cefadroxilo), segunda (cefuroxima) o tercera (cefixima) generación.

- La nitrofurantoína solo sirve para la ITU baja, ya que no se concentra bien a nivel renal, sino solo a nivel vesical.
- La gentamicina se usa en el tratamiento hospitalizado, ya que se da solo por vía intramuscular o endovenosa.
- La amoxicilina y el metronidazol no tienen buena cobertura sobre gramnegativos y por tanto, no cubren la ITU. La amoxicilina más ácido clavulánico podría tener buena cobertura, pero se prefieren otros antibióticos.

La respuesta correcta es: Cefadroxilo

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 6 años presenta aumento de volumen facial y orinas espumosas. Al examen físico está normotensio, con FC normal y sin otras alteraciones, excepto edema blando de cara y extremidades inferiores. En sus exámenes destaca proteinuria de 24 horas de 100 mg/m2/hora e hipoalbuminemia. El sedimento de orina muestra gotas de grasa, sin hematuria. La creatinina plasmática es 0,5 mg/dl y los electrolitos plasmáticos son normales. Presenta ANA(-), ANCA(-) y complemento normal. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar prednisona oral
- b. Solicitar biopsia renal
- c. Iniciar furosemida en dosis altas
- d. Administrar albúmina endovenosa
- e. Indicar dieta hiperproteica y IECAs



Tiene un síndrome nefrótico puro (proteinuria mayor a 40 mg/m2/h, hipoalbuminemia, lipiduria y edema), lo que en un niño es muy sugerente de una nefropatía a cambios mínimos. Esta no se biopsia, sino que se trata directamente con corticoides orales en altas dosis.

Si hubiese sido impuro (ej. HTA, hematuria o elevación de la creatinina), se habría tenido que biopsiar.

- La furosemida se puede usar para disminuir el edema, pero tiene el riesgo de generar IRA prerenal.
- La albúmina EV solo se usa en casos de anasarca refractaria a los diuréticos, pero su utilidad es transitoria y limitada, por lo que lo más importante es tratar la causa y no reponer la albúmina.
- Los IECAs sí sirven para disminuir la proteinuria, pero la dieta que se indica es normoproteica, ya que la hiperproteica aumenta la proteinuria y por tanto, el daño renal.

\* La medida más importante son los corticoides, ya que son los que permiten la resolución de la causa de base. Por regla general se indica prednisona 60 mg/m2 al día, por 6 semanas y, luego, 40 mg/m2 por 4 semanas más. Si responde antes, se puede adelantar el tratamiento (ej. 60 mg/m2 hasta que normalice la proteinuria y mantenerlo por un mes más, pasando luego a otro mes de 40 mg/m2 al día).

La respuesta correcta es: Iniciar prednisona oral

Pregunta 19

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 50 años, insuficiente renal, por diabetes, presenta una natremia de 130. No presenta síntomas relacionados con dicha alteración. ¿Qué indicación es la más adecuada para el manejo de su hiponatremia?

Seleccione una:

- a. Aumentar la ingesta de sal
- b. Indicar espironolactona
- c. Indicar furosemida
- d. Indicar IECA
- e. Restringir la ingesta de agua



Las hiponatremias leves, independientes de su causa, se pueden observar, manejando su causa de base. La restricción del agua libre sirve para su manejo, aunque se debe sopesar el riesgo e incomodidad de tener a un paciente sedento con la necesidad de subir la natremia; por regla general, la restricción de agua está indicada en la IRC y cuando hay edema. En este caso, la causa probablemente es la IRC misma.

- Aumentar la ingesta de sal, no subirá la natremia, sino la volemia.
- La espironolactona y furosemida producen mayor hiponatremia.
- El IECA no tiene mayor repercusión en la natremia.

La respuesta correcta es: Restringir la ingesta de agua

Pregunta 20

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta los siguientes gases venosos: pH: 7,49 , HCO3: 33 mEq/L, CO2: 45 mmHg. ¿Qué alternativa es compatible con estos gases?

Seleccione una:

- a. Diarrea abundante
- b. Vómitos abundantes
- c. Cetoacidosis diabética
- d. Insuficiencia renal crónica
- e. Crisis de pánico con hiperventilación



Tiene una alcalosis de tipo metabólica (pH alto, HCO3 alto y CO2 en el límite normal-alto). La única opción que produce eso son los vómitos (pérdidas de ácido clorhídrico).

La diarrea y la IRC producen acidosis metabólica con anion-gap normal (pérdida de bicarbonato).

La cetoacidosis también tiene acidosis metabólica con anion-gap aumentado (presencia de un ácido orgánico).

La crisis de pánico produce alcalosis respiratoria.

La respuesta correcta es: Vómitos abundantes

[◀ 5.3 Cuestionario Nefrología](#)

Ir a...

[5.5 Cuestionario Nefro](#)

|                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | lunes, 27 de marzo de 2023, 19:38 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                        |
| <b>Finalizado en</b>   | lunes, 27 de marzo de 2023, 19:48 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 9 minutos 52 segundos             |
| <b>Puntos</b>          | 10,00/10,00                       |
| <b>Calificación</b>    | <b>100,00</b> de 100,00           |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta una insuficiencia cardíaca crónica, la que evoluciona con un edema pulmonar, el que es manejado en el servicio de urgencia. Se administra oxígeno y furosemida endovenosa, logrando resolución del cuadro, sin embargo, evoluciona con oliguria, constatándose, al día siguiente, una creatinina plasmática de 3,6 mg/dl. La causa más probable de la elevación de la creatininemia es:

Seleccione una:

- a. Insuficiencia renal aguda de tipo prerrenal ✓
- b. Necrosis tubular aguda
- c. Nefritis intersticial
- d. Rabdomiólisis
- e. Síndrome riñón pulmón

Si bien puede tener más de una causa, el antecedente de haberle administrado diuréticos, es muy sugerente de que se volvió hipovolémico y por ello evolucionó a una IRA prerrenal. Además, la misma insuficiencia cardíaca tiene riesgo de IRA de tipo prerrenal. La B (NTA) tendría cilindros granulosos o céreos y clínicamente puede ser igual, excepto que tiene una fase poliúrica, algunos días después.

La C (nefritis intersticial) puede ser secundaria a fármacos, pero tiene una clínica de fiebre, exantema y eosinofilia.

La D (rabdomiólisis) suele ser después de ejercicio intenso, shock eléctrico, convulsiones o traumatismos y se caracteriza por una IRA con elevación marcada de las CK (se trata con SF ev).

La E (Sd. Riñón-pulmón) es una glomerulonefritis, habitualmente GNRP, más alveolitis hemorrágica, disnea, etc.

La respuesta correcta es: Insuficiencia renal aguda de tipo prerrenal

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 69 años, diagnosticado de cáncer de esófago, presenta un cuadro de astenia de una semana de evolución, que en las últimas horas empeora, apareciendo compromiso de conciencia. Al examen físico presenta sopor profundo, sin signos focales neurológicos. Se solicitan exámenes generales, entre los que destaca calcemia de 15,8 mg/dl. La conducta inicial más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar corticoides por vía endovenosa
- b. Administrar suero glucosado endovenoso
- c. Administrar suero fisiológico endovenoso
- d. Administrar furosemida endovenosa
- e. Administrar zolendronato endovenoso



El tratamiento de la hipercalcemia grave es 1. Suero fisiológico endovenoso (opción C) y luego, 2. Calcitonina (acción rápida) y Bifosfonatos, en especial el ácido zolendrónico (estabilizan el hueso y atacan la génesis, desde el punto de vista fisiopatológico). La primera medida, sin duda es la hidratación, aunque hay guías que recomiendan no retrasar los demás fármacos. De algo puede servir la furosemida (opción D). Además, en caso de que sea secundaria a un cáncer hematológico (no es el caso), son útiles los corticoides EV (opción A).

La respuesta correcta es: Administrar suero fisiológico endovenoso

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 48 años diagnosticado de hipertensión arterial hace tres meses, acude a control. No tiene otras enfermedades y está en tratamiento con dieta hiposódica y medidas generales. Se realiza toma de presión arterial que muestra PA: 138/88. Él refiere que ha presentado cifras similares en los últimos días. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Mantener el tratamiento y controlar en 3 meses
- b. Iniciar un IECA
- c. Iniciar una tiazida
- d. Iniciar un diurético de asa
- e. Iniciar un ARA II



Es una pregunta actualmente muy difícil de responder, ya que existe mucha discusión sobre el objetivo de presión arterial que se debe lograr.

La mayoría de las recomendaciones están tendiendo a mantener niveles de PA lo más bajas posible (ej. ideal <130/80, incluso quienes proponen <125-120/90), sin embargo, la evidencia de estas recomendaciones es muy débil, ya que no hay pruebas consistentes de beneficios, en comparación con el objetivo habitual de PA <140/90 para los adultos sanos.

En este caso, se cumplió el objetivo de PA menor a 140/90 con las medidas no farmacológicas que se intentaron. Por tanto, la respuesta que dejaremos correcta es mantener el tratamiento. Sin embargo, también habría sido correcto iniciar un IECA o ARA2 desde el inicio y, en estricto rigor, lo más correcto es conversar con el paciente, explicarle el dilema científico y que él decida informado.

- El objetivo cambia en pacientes con alto riesgo cardiovascular o de daño renal, como los pacientes con DM2, IRC, enfermedad ateromatosa (en lo que no queda duda que el valor de PA debe ser <120-130/80).
- En el mayor de 75 años es discutible el objetivo. Sin embargo, el más aceptado en este momento es PA <150-140/90, sin perjuicio de que hay cada vez más autores que creen que todo el mundo, incluyendo los adultos mayores, debería tener menos de 130/80 de PA.

La respuesta correcta es: Mantener el tratamiento y controlar en 3 meses

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La osteodistrofia renal se caracteriza por:

Seleccione una:

- a. Elevación de la paratohormona ✓
- b. Elevación de la calcitonina
- c. Elevación de la calcemia
- d. Disminución de la fosfemia
- e. Disminución del producto calcio-fósforo

La IRC produce retención de fósforo (eleva la fosfemia), lo que quela al calcio (disminuye la calcemia) y ambas cosas estimulan la PTH (se eleva la paratohormona). En paralelo disminuye la producción de vitamina D (que requiere hidroxilación a nivel renal), lo que también eleva la PTH y baja la calcemia.

La disminución de la calcemia disminuye la calcitonina, la que habitualmente no se mide.

El producto calcio fósforo (calcio x fósforo) se eleva (normal es <40) y si está sobre 60, tiene riesgo de calcifilaxis (calcificación de los órganos).

La respuesta correcta es: Elevación de la paratohormona

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes alteraciones es MENOS probable de presentarse en un paciente con una glomerulonefritis postestreptocócica?

Seleccione una:

- a. Hipocomplementemia
- b. Elevación discreta de la creatinina plasmática
- c. Hipertensión arterial
- d. Hematuria dismórfica
- e. Aumento del hematocrito ✓

La GNAPE se caracteriza por ser un síndrome nefrítico (hematuria dismórfica, edema e HTA), con hipocomplementemia. Puede cursar con IRA, la que habitualmente es leve (opción B), aunque puede ser severa. La retención de volumen, tiene a producir una caída del hematocrito, de tipo dilucional, sin caída de la masa eritrocitaria.

- La caída del hematocrito también se ve en SHU, IRC, lupus, entre otras cosas.  
- La IRA prerrenal, por el contrario, suele tener elevación del hematocrito por hemoconcentración.

La respuesta correcta es: Aumento del hematocrito

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 6 años presenta un síndrome nefrótico, con edema generalizado, proteinuria de 24 horas de 2 gramos por metro cuadrado de superficie corporal, albúmina de 2,8 g/dl, creatininemia de 0,8 mg/dl, sedimento de orina normal y complemento normal. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar biopsia renal
- b. Indicar dieta hipoproteica
- c. Indicar IECAs y furosemida
- d. Indicar prednisona
- e. Solicitar anticuerpos anti DNA y anti Sm



Tiene un síndrome nefrótico puro (proteinuria mayor a 40 mg/m2/h, lo que equivale a ser mayor a 1 g/m2/día; hipoalbuminemia y edema), lo que en un niño es muy sugerente de una nefropatía a cambios mínimos. Esta no se biopsia, sino que se trata directamente con corticoides orales en altas dosis. Si hubiese sido impuro (ej. HTA, hematuria o elevación de la creatinina), se habría tenido que biopsiar. La furosemida se puede usar para disminuir el edema, pero tiene el riesgo de generar IRA prerrenal. Los IECAs sí sirven para disminuir la proteinuria, pero lo más importante es tratar la causa, en este caso, con los corticoides.

La dieta que se indica es normoproteica, ya que la hipoproteica aumenta la desnutrición proteica y la hiperproteica aumenta la proteinuria y por tanto, el daño renal.

Sí se pueden pedir los anticuerpos anti-DNA y anti-Sm, pero en general solo se piden si los ANA están positivos o si hay un cuadro que sugiere lupus, ya que ambos son específicos de dicha enfermedad.

La respuesta correcta es: Indicar prednisona

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta una necrosis tubular aguda grave, evolucionando con hiperkalemia severa, la que no responde al tratamiento médico habitual con insulina y salbutamol, persistiendo con K: 8,0 y alteraciones electrocardiográficas. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar sulfato de magnesio endovenoso
- b. Instalar marcapasos externo transitorio
- c. Realizar hemodiálisis de urgencia
- d. Administrar bicarbonato de sodio endovenoso
- e. Administrar noradrenalina por vía endovenosa en bomba de infusión continua



Las indicaciones de hemodiálisis de urgencia son dos: 1. Síndrome urémico y 2. Complicaciones graves que no responden a tratamiento médico (como en este caso, que tiene una hiperkalemia grave, que no respondió al tratamiento habitual). Por tanto, la C es la correcta. El MgSO4 (A) se usa en la eclampsia y preclampsia severa.

El MPET (B) se usa en las bradiarritmias con compromiso hemodinámico.

El NaHCO3 (D) se usa en la acidosis metabólica grave.

La noradrenalina (E) se usa en el shock séptico y medular, además del shock que no responde a volumen.

La respuesta correcta es: Realizar hemodiálisis de urgencia

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Para evitar la progresión de la insuficiencia renal crónica se debe realizar todo lo siguiente, EXCEPTO:

Seleccione una:

- a. Mantener presiones arteriales menores a 130/80 mmHg
- b. Evitar el consumo de AINES y aminoglicósidos
- c. Indicar diuréticos de asa para mantener un volumen urinario alto
- d. Disminuir la proteinuria con IECA
- e. Mantener un adecuado control metabólico, con hemoglobina glicosilada menor a 7,0



El tratamiento de los factores de riesgo es muy importante, como la diabetes (opción E) y la HTA (opción A; recordando que en la IRC, el objetivo es <130/80 mmHg). También se deben evitar los nefrotóxicos (opción B). Además, sirven los IECA (opción D), en caso de que haya proteinuria y las estatinas, en caso de que haya dislipidemia. En cambio, los diuréticos, si bien aumentan la diuresis, no tienen un real efecto sobre la función renal, e incluso tienen el riesgo de volverlo prerrenal; la furosemida sí es útil para el manejo de la HTA y edema asociados a IRC, sin embargo, no se busca diuresis elevadas, ya que solo sería un beneficio cosmético (elevar el volumen urinario), pero sin ningún impacto en la filtración glomerular (o función renal).

La respuesta correcta es: Indicar diuréticos de asa para mantener un volumen urinario alto

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 12 años ha presentado hematuria en varias oportunidades. Se solicita urocultivo que resulta negativo y sedimento de orina que visualiza hematuria de 50 GR por campo, con 20% de dismorfia (acantocitos). No presenta otros síntomas y su examen físico es normal. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome nefrótico
- b. Síndrome nefrótico
- c. Síndrome hemolítico urémico
- d. Necrosis tubular aguda
- e. Glomerulonefritis aguda



Tiene hematuria dismórfica, por lo que es diagnóstico de una glomerulonefritis aguda. No tiene ni HTA ni edema, por lo que no es un síndrome nefrótico. Tampoco tiene edema, proteinuria, hipoalbuminemia o dislipidemia, como para que sea síndrome nefrótico. No tiene insuficiencia renal, como para pensar en SHU o NTA.

Además, por la edad y la clínica, lo más probable es que sea una nefropatía por IgA o enfermedad de Berger.

La respuesta correcta es: Glomerulonefritis aguda

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 80 años, previamente sano, presenta cefalea y tinnitus, constatándose PA: 180/120, sin otras alteraciones en el examen físico. En sus exámenes generales destaca creatininemia: 1,1 mg/dl, sedimento de orina normal, natremia: 140 mEq/L, potasemia: 3,0 mEq/L, calcemia: 10 mEq/L. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hipertensión esencial
- b. Hipertensión renovascular ✓
- c. Hipertensión secundaria a nefropatía médica
- d. Feocromocitoma
- e. Hipertensión "del delantal blanco"

Tiene una HTA secundaria (inicio después de los 55 años, severa, con crisis hipertensivas y con hipokalemia). La hipokalemia orienta a HTA renovascular y a hiperaldosteronismo primario (no está en las alternativas). Por ser adulto mayor, la sospecha es HTA renovascular por obstrucción ateromatosa de una arteria renal.

- La HTA esencial sería más elevada y habría iniciado antes de los 55 años.
- La glomerulopatía médica tiene elevación de la creatinina (insuficiencia renal) y tendencia a la hiperkalemia.
- El feocromocitoma tiene crisis de palpitaciones, cefalea, sudoración, pánico e hipertensión.
- La HTA del delantal blanco no tiene ninguna alteración, más allá de la HTA que aparece porque el paciente se pone muy nervioso al ser examinado por el médico. En cambio, en su casa tiene PA normales. Por eso, si se sospecha, se debe solicitar un Holter de presión arterial.

Caso final, para que se aprenda a reconocer, un caso de HTA esencial clásico:

Un paciente de 40 años, previamente sano, acude a control, constatándose PA: 144/90, sin otras alteraciones en el examen físico. En sus exámenes generales destaca creatininemia: 0,7 mg/dl, sedimento de orina normal, natremia: 140 mEq/L, potasemia: 4,5 mEq/L, calcemia: 9,5 mEq/L.

La respuesta correcta es: Hipertensión renovascular

[◀ 5.4 Cuestionario Nefrología](#)

[Ir a...](#)

[5.6 Cuestionario Nefro](#)

|                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | lunes, 27 de marzo de 2023, 20:02 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                        |
| <b>Finalizado en</b>   | lunes, 27 de marzo de 2023, 20:12 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 9 minutos 50 segundos             |
| <b>Puntos</b>          | 10,00/10,00                       |
| <b>Calificación</b>    | 100,00 de 100,00                  |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 6 años consulta por aumento de volumen escrotal de algunos días de evolución. Al examinarlo bien usted nota que presenta edema escrotal, facial y de extremidades, sin otras alteraciones, por lo que decide solicitar exámenes de función renal que muestran: sedimento de orina normal, creatininemia de 0,6 mg/dl, BUN de 12 mg/dl, índice proteinuria / creatininuria de 4,1. El diagnóstico de sospecha es:

Seleccione una:

- a. Glomerulopatía membranosa
- b. Enfermedad por cambios mínimos
- c. Enfermedad de Berger
- d. Glomerulonefritis postestreptocócica
- e. Glomerulonefritis mesangiocapilar

Tiene un síndrome nefrótico puro en un niño, por lo que lo más probable es una nefrosis lipoidea, también llamada enfermedad por cambios mínimos. Tiene proteinuria en rango nefrótico (IP/C mayor a 3) y edema, aunque falta describir la albuminemia y los niveles de los lípidos. No tiene HTA, hematuria, ni IRA, por lo que es puro.

- La A (membranosa) afecta a adultos y sí produce un síndrome nefrótico puro.
- La C (Berger) es una glomerulonefritis, así que cursa con hematuria dismórfica y, a veces, Sd. nefrótico. Muy rara vez, nefrótico impuro.
- La D (GNAPE) suele ser un síndrome nefrótico con hipocomplementemia.
- La E (GNMC) suele ser un síndrome nefrótico o síndrome nefrótico impuro, con hipocomplementemia.

La respuesta correcta es: Enfermedad por cambios mínimos

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 30 años, con antecedente de sinusitis crónica de 3 meses de evolución, presenta marcado malestar general, asociado a hematuria, oliguria y fiebre. Al examen físico presenta edema de EEII, PA: 190/110 mmHg, FC: 90x'. En sus exámenes destaca creatinina: 6,5 mg/dl, BUN: 100 mg/dl, sedimento de orina con hematuria dismórfica y proteinuria de 24 horas de 2 gramos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome hemolítico urémico
- b. Necrosis tubular aguda
- c. Nefritis intersticial
- d. Glomerulonefritis rápidamente progresiva
- e. Síndrome nefrótico impuro



Tiene una glomerulonefritis aguda (hematuria dismórfica), más una insuficiencia renal grave (creatinina de 6,5 mg/dl y BUN de 100 mg/dl), lo que es diagnóstico de una GNRP. Por la edad, probablemente es una vasculitis de Wegener, que suele tener mucha afectación nasosinusal, además de renal, de nervio periférico y pulmonar (suele empezar nasosinusal).

- El SHU (A) afecta a niños, está precedido por diarrea y tiene una IRA, la que sí puede acompañarse de hematuria dismórfica.
- La NTA (B) no tiene hematuria, sino una IRA, con sodio urinario alto, FeNa elevado y cilindros granulosos y céreos.
- La nefritis intersticial (C) tiene una IRA, asociada al uso de AINEs o diuréticos, con fiebre, exantema y eosinofilia.
- El síndrome nefrótico (E) tiene proteinuria en rango nefrótico, edema, hipoalbuminemia, dislipidemia.

La respuesta correcta es: Glomerulonefritis rápidamente progresiva

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 68 años, cardiópata coronario, en tratamiento con aspirina, enalapril, carvedilol y espironolactona, presenta bradicardia de 46x'. Se solicita electrocardiograma que muestra ondas T picudas y ensanchamiento del complejo QRS. ¿Cuál es la primera medida para el tratamiento de este paciente, ante la sospecha diagnóstica?

Seleccione una:

- a. Administrar suero fisiológico
- b. Administrar insulina
- c. Administrar gluconato de calcio
- d. Administrar suero hipotónico (glucosalino)
- e. Administrar cloruro de potasio endovenoso



Tiene una hipercalemia severa, por las alteraciones electrocardiográficas: ondas T picudas, QRS ancho y bradicardia. Es urgente tratarla. La primera medida es el gluconato de calcio, ya que el calcio estabiliza la membrana miocárdica y evita la aparición de arritmias malignas (taquicardia ventricular).

- El SF es de elección en la hipercalcemia grave (y en la hipovolemia obviamente).
- El calcio también sirve en la hipocalcemia y en la hipermagnesemia graves.
- El suero hipotónico (suero glucosado o glucosalino) se usa en la hipernatremia grave.
- El KCl (cloruro de potasio) sirve para la hipokalemia y nunca se pasa en bolo, sino siempre en goteo.

La respuesta correcta es: Administrar gluconato de calcio

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 48 años es diagnosticado de hipertensión arterial por un perfil de presión arterial. Inicia medidas generales y dieta hiposódica, controlándose 3 meses después, con presiones arteriales cercanas a 144/90. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Mantener las indicaciones
- b. Iniciar atenolol
- c. Iniciar enalapril
- d. Iniciar nifedipino
- e. Iniciar nitroglicerina



Tiene una HTA mal controlada, que no respondió a las medidas generales no farmacológicas (actualmente se inician fármacos desde el inicio, de acuerdo a múltiples recomendaciones internacionales), por lo que es necesario iniciar fármacos. Por tener menos de 55 años, se suele iniciar con un IECA (enalapril) o con una ARA2 (losartán). En estricto rigor, todos las familias de antihipertensivos son aceptables, por lo que sí sería correcto un bloquedor del calcio (pero, amlodipino, ya que el nifedipino está obsoleto). El atenolol es aceptable, pero tiene muchos efectos adversos y una eficacia probablemente algo menor.

La respuesta correcta es: Iniciar enalapril

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 80 años presenta malestar general, fiebre y disuria de 3 días de evolución. Hace algunas horas se agrega desorientación y sopor, por lo que acude al servicio de urgencia. Al examen físico está febril (39,5°C), con PA: 100/66 mmHg, FC: 105 x'. Se solicita sedimento de orina que muestra abundantes piocitos y leucocitos, con hematuria de 10 glóbulos rojos por campo. Su hemograma muestra leucocitosis de 17.000 por mm<sup>3</sup> y se solicita urocultivo, cuyo resultado está pendiente. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Hospitalizar, reanimar e iniciar ceftriaxona endovenosa
- b. Hospitalizar, reanimar y solicitar exámenes de función renal, ANA, ANCA y anticuerpos antimembrana basal
- c. Enviar a domicilio con cefadroxilo oral
- d. Enviar a domicilio con prednisona oral
- e. Enviar a domicilio con nitrofurantoína oral



Tiene una PNA severa, dado el compromiso de conciencia, por lo que requiere de hospitalización. El tratamiento de elección son las cefalosporinas por vía endovenosa, ya sean de primera generación (cefazolina) o, idealmente, de tercera generación (ceftriaxona o cefotaximo). También son aceptables las quinolonas endovenosas (ciprofloxacino o levofloxacino en formato endovenoso). En caso de sospecha de bacterias resistentes (ej. uso reciente de antibióticos, hospitalización previa o infección intrahospitalaria), en los casos graves es correcto indicar carbapenémicos o algún otro antibiótico de amplio espectro (ej. piperacilina más tazobactam) con cobertura para Pseudomonas, Acinetobacter y demás bacterias resistentes del centro en que estuvo hospitalizada.

Además, se debe reanimar con SF ev y soporte. Si hubiese estado en buenas condiciones, solo con la PNA, sería correcto el cefadroxilo oral.

La respuesta correcta es: Hospitalizar, reanimar e iniciar ceftriaxona endovenosa

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La diabetes insípida se caracteriza por:

Seleccione una:

- a. Hiponatremia
- b. Orinas concentradas
- c. Responder a diuréticos de asa
- d. Aparición de hipernatremia al suspender la ingesta de agua
- e. Responder a la restricción de agua libre a menos de 800 cc/día



La diabetes insípida se produce por falta de producción de la ADH (central) o por falta de acción de la ADH (nefrogénica), lo que se traduce en pérdidas de agua, por vía renal, lo que genera hipernatremia. El paciente compensa la hipernatremia, tomando mucha agua, pero, al privarlo de agua, se objetiva la aparición de hipernatremia, manteniendo orinas diluidas (test de la sed o de privación de agua). El tratamiento de la diabetes insípida es dar agua y, si es central, se administra desmopresina (análogo de la ADH). Finalmente, privar de agua a un paciente con diabetes insípida tiene riesgo de hipernatremias graves y muerte.

- En cambio el síndrome de secreción inadecuada de ADH (SSIADH), es lo opuesto a la diabetes insípida y produce hiponatremia, tiene orinas concentradas y responde a la privación de agua (opciones A, B y E).

La respuesta correcta es: Aparición de hipernatremia al suspender la ingesta de agua

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente es diagnosticado de una endocarditis bacteriana, la que es tratada con cloxacilina + ampicilina + gentamicina por vía endovenosa. Inicialmente evoluciona con oligoanuria, por lo que recibe suero fisiológico por vía endovenosa. Una semana después orina cerca de 3 litros al día, sin embargo, se constata creatininemia de 3,5 mg/dl. En sus exámenes destaca Na urinario de 26 mEq/L y sedimento de orina con abundantes cilindros granulosos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Glomerulonefritis aguda
- b. Síndrome hemolítico urémico
- c. Insuficiencia renal aguda de tipo prerrenal
- d. Nefritis intersticial
- e. Necrosis tubular aguda



Con los antecedentes de endocarditis y uso de antibióticos, puede ser cualquiera de las alternativas. Sin embargo, la presencia de IRA (creatinina elevada), con volúmenes elevados de diuresis y sobre todo el sodio urinario mayor a 20 mEq/L hacen que sea seguro una NTA, probablemente producida por la gentamicina y por la hipovolemia.

La A (GNA, asociada a endocarditis) tendría hipocomplementemia y hematuria dismórfica.

La B (SHU) tendría oliguria, trombopenia y hemólisis.

La C (prerrenal) tendría sodio urinario < 10 mEq/L.

La D (nefritis intersticial) tendría exantema, fiebre, oliguria y eosinofilia.

La respuesta correcta es: Necrosis tubular aguda

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta un síndrome nefrítico, asociada a hipocomplementemia. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es compatible con esto?

Seleccione una:

- a. Enfermedad de Good Pasture
- b. Lupus ✓
- c. Poliangeítis microscópica
- d. Nefrosis lipoidea
- e. Glomeruloesclerosis focal y segmentaria

Las glomerulonefritis hipocomplementémicas son: GNAPE (la más importante), lupus, crioglobulinemia, asociada a EBSA y sepsis, GNMC y la asociada a shunt. La enfermedad de Goodpasture (enfermedad por anticuerpos antimembrana basal) y la PAM sí son nefríticas, pero normocomplementémicas. La nefrosis lipoidea y la GEFS son nefróticas y, además, normocomplementémicas.

La respuesta correcta es: Lupus

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, diabético, portador de una insuficiencia renal crónica terminal, en hemodiálisis hace 3 años, presenta anemia en el hemograma, con hematocrito de 25% y hemoglobina de 8,2 g/dl. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución
- b. Solicitar perfil de hierro y decidir conducta según resultados ✓
- c. Iniciar eritropoyetina subcutánea
- d. Iniciar eritropoyetina subcutánea y hierro oral
- e. Iniciar eritropoyetina subcutánea y hierro endovenoso

Tiene una anemia asociada a IRC. Hay que cumplir dos objetivos: Primero: ajustar el perfil de hierro (Ferritina mayor a 400-500; o mayor a 100, con saturación de transferrina mayor a 20%), lo que se logra con hierro endovenoso en los pacientes en diálisis o con anemias o ferropenia severa. Segundo: lograr un hematocrito sobre 30% o hemoglobina sobre 10 g/dl, con eritropoyetina subcutánea o análogos. En este caso, no cumple el objetivo de la hemoglobina y no sabemos si cumple o no con el objetivo del perfil de hierro. Como lo primero a corregir debe ser el hierro, en primer lugar, debemos solicitar un perfil de hierro, para poder decidir. Si está alterado, se indicará el hierro endovenoso. Si está normal, se deberá iniciar la EPO subcutánea.

La respuesta correcta es: Solicitar perfil de hierro y decidir conducta según resultados

Pregunta **10**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Qué examen es más adecuado para enfrentar a un paciente en el que se sospecha una insuficiencia renal de tipo post-renal?

Seleccione una:

- a. Fracción excretada de sodio
- b. Ecografía abdominal ✓
- c. Uretrocistografía retrógrada
- d. Cistoscopía
- e. PieloTAC

La ecografía abdominal es el examen de elección para evaluar la obstrucción de la vía urinaria (causa de la insuficiencia renal post-renal), ya que la confirma, localiza y, muchas veces, además, identifica la causa.

- La FeNa (A) sirve para diferenciar la IRA prerenal de la renal.
- La UCG (C) sirve para el diagnóstico de reflujo vesicoureteral, la estenosis uretral y las lesiones uretrales.
- La cistoscopía (D) sirve para el estudio de la hematuria (última línea), en especial para diagnosticar cáncer de vejiga y cistitis intersticial.
- El pielotAC (E) es el examen de elección para evaluar los cálculos urinarios.

La respuesta correcta es: Ecografía abdominal

[◀ 5.5 Cuestionario Nefrología](#)

Ir a...

[5.7 Cuestionario Nefro](#)

|                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | lunes, 27 de marzo de 2023, 20:29 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                        |
| <b>Finalizado en</b>   | lunes, 27 de marzo de 2023, 20:35 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 6 minutos 37 segundos             |
| <b>Puntos</b>          | 8,00/10,00                        |
| <b>Calificación</b>    | <b>80,00</b> de 100,00            |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 20 años es diagnosticado de hipertensión arterial, mediante un Holter de presión. Se solicitan exámenes generales entre los que destacan cretininemia: 1,4 mg/dl, Na: 138 mEq/L, K: 2,0 mEq/L, Cl: 102 mEq/L, Ca: 10,0 mg/dl. El paciente había consultado por sentirse débil, con calambres frecuentes en las extremidades inferiores y cefalea. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hipertensión esencial
- b. Hipertensión renovascular
- c. Hiperaldosteronismo primario
- d. Feocromocitoma
- e. Nefropatía médica, con hipertensión secundaria



Tiene una HTA secundaria (inicio antes de los 30 años, con hipokalemia). La hipokalemia orienta a HTA renovascular y a hiperaldosteronismo primario (HAP). Por ser joven puede ser tanto un hiperaldosteronismo primario, como una HTA renovascular por displasia fibromuscular de una arteria renal. Así que estrictamente es una mala pregunta. Sin embargo, la clínica de hipokalemia (debilidad, calambres) es más sugerente del HAP.

La HTA esencial tendría K+ normal y habría iniciado después de los 30 años.

La glomerulopatía médica tiene elevación de la creatinina (insuficiencia renal) y tendencia a la hiperkalemia.

El feocromocitoma tiene crisis de palpitaciones, cefalea, sudoración, pánico e hipertensión.

La respuesta correcta es: Hiperaldosteronismo primario

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente sufre un TEC severo, con un hematoma subdural, que debe ser manejado con neurocirugía. En el postoperatorio evoluciona bien, con recuperación de la conciencia y sin secuelas neurológicas, sin embargo 3 días después se constata hiponatremia, con Na plasmático de 130 mEq/L. La conducta más adecuada para el manejo de esta alteración electrolítica es:

Seleccione una:

- a. Administrar suero fisiológico endovenoso
- b. Indicar aumento de la ingesta de sal
- c. Administrar desmopresina intranasal
- d. Administrar suero hipertónico al 3% por vía endovenosa
- e. Restringir la ingesta de agua libre a 800cc/día



La sospecha es un síndrome de secreción inadecuada de ADH (SSIADH), dado que tiene hiponatremia, más el antecedente de una afectación del SNC (el TEC en este caso) y también por el dolor posquirúrgico. Muchas de las causas de hiponatremia, se tratan con restricción de la ingesta de agua libre y, en el caso del SSIADH, es la indicación más importante, buscándose una ingesta de agua menor a 800cc/día. Solo si es que cursan con compromiso de conciencia o con hiponatremia grave, menor a 120 mEq/l, se administra el suero hipertónico, lento (máximo corregir 8 mEq/L al día), ya que la corrección rápida de la hiponatremia se asocia a mielinolisis pontina.

- El aumento de la ingesta de sodio solo produce hipervolemia y no corrige la hiponatremia, que depende de la retención de agua.

La respuesta correcta es: Restringir la ingesta de agua libre a 800cc/día

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años sufre un infarto con supradesnivel del ST, extenso, evolucionando con insuficiencia cardíaca aguda. En sus exámenes de control destacan una creatininemia de 2,3 mg/dl, proteinuria negativa, Na plasmático: 144 mEq/l, K plasmático: 5,1 mEq/L, Na urinario: 5 mEq/l y K urinario: 20 mEq/L. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Insuficiencia renal prerrenal
- b. Necrosis tubular aguda
- c. Glomerulonefritis aguda
- d. Embolia de colesterol
- e. Infarto renal



El antecedente de insuficiencia cardíaca ya orienta a causa prerrenal. Sin embargo, se confirma con el sodio urinario bajo (menor a 10 mEq/L).

La B (NTA) tendría sodio urinario mayor a 20 mEq/L y cilindros céreos o granulosos.

La C (GNA) tendría sodio urinario elevado y hematuria dismórfica.

La D (embolia de colesterol) produce dolor lumbar, hipocomplementemia, leucocituria, hematuria y falla renal. Suele ser secundaria a una angiografía, en que se suelta un émbolo de colesterol, que llega a los riñones y extremidades inferiores (se asocia a púrpura de extremidades inferiores post angiografía).

La E (infarto renal) tiene dolor lumbar súbito, asociado a hematuria y falla renal, con antecedente de fibrilación auricular u otra causa de embolias.

La respuesta correcta es: Insuficiencia renal prerrenal

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años consulta por edema marcado de extremidades inferiores. Al examen físico presenta signo de la fóvea, con PA: 120/80 y FC: 76x'. En sus exámenes destaca proteinuria de 10,2 gramos en 24 horas, con disminución de la albúmina plasmática. En su perfil lipídico se aprecia hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia y hemoglobina glicosilada de 7%. Su creatinina es 0,7 mg/dl y sus niveles de complemento son normales. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Nefropatía diabética inicial
- b. Nefropatía diabética establecida
- c. Glomerulopatía membranosa
- d. Glomeruloesclerosis focal y segmentaria
- e. Nefrosis lipoidea



Tiene un síndrome nefrótico puro (proteinuria mayor a 3 g/día, edema, hipoalbuminemia y dislipidemia; sin HTA ni hematuria), lo que, en adultos, es causado más frecuentemente por la GP membranosa.

En este caso, por tener una hemoglobina glicosilada mayor a 6,5%, tiene el diagnóstico de diabetes, aunque no esté como antecedente. Eso sí, por estar en 7% está relativamente bien controlado.

- La nefropatía diabética inicial tiene microalbuminuria (entre 30 y 300 mg de albuminuria en 24 horas), sin otras alteraciones.
- La nefropatía diabética establecida tendría el antecedente de diabetes mal controlada de larga data, aunque rara vez evoluciona a un síndrome nefrótico, aunque puede hacerlo. Generalmente, la nefropatía diabética es más una insuficiencia renal crónica, con caída del clearance y elevación de la creatinina.
- La GEFS sí produce síndrome nefrótico puro, pero está asociada a VIH y en pacientes más jóvenes (ej. adolescentes) o en raza negra.
- La nefrosis lipoidea también produce un síndrome nefrótico puro, pero en niños.

La respuesta correcta es: Glomerulopatía membranosa

Pregunta 5

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un niño de 6 años presenta un cuadro de edema y hematuria, que inició hace una semana. Al examen físico presenta edema de párpados y de EEII, asociado a hipertensión arterial. En sus exámenes destaca creatinina: 1,2 mg/dl, proteinuria: 500 mg/dl, sedimento de orina con 50 eritrocitos por campo, con un 20% de dismorfia y descenso del complemento. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome hemolítico urémico
- b. Enfermedad de Berger
- c. Síndrome nefrítico
- d. Síndrome nefrótico puro
- e. Síndrome nefrótico impuro



Tiene un síndrome nefrítico clásico: HTA, edema y hematuria dismórfica. Además, por la hipocomplementemia y la edad, lo más probable es que sea una GNAPE.

La A (SHU) tiene una IRA grave (no es el caso, ya que la creatinina solo ligeramente elevada).

La B (Berger) es normocomplementémica.

No tiene síndrome nefrótico, ya que no tiene proteinuria en rango nefrótico.

La respuesta correcta es: Síndrome nefrítico

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 58 años, diabético, con insuficiencia renal crónica, en hemodiálisis, hace 2 años, se realiza un hemograma, que muestra anemia con hematocrito: 35%, Hb: 11,8 g/dl y VCM: 90 fl, con normalidad de la serie blanca y plaquetas. Se solicita un perfil de fierro, que muestra ferritina 430 ng/ml, (VN: 15-300 ng/ml), saturación de transferrina: 30%. La conducta más adecuada para el tratamiento de su anemia es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución
- b. Iniciar fierro oral
- c. Iniciar fierro endovenoso
- d. Iniciar eritropoyetina subcutánea
- e. Realizar transfusión de glóbulos rojos



Tiene una anemia asociada a IRC. Hay que cumplir dos objetivos:

- Primero: ajustar el perfil de fierro (Ferritina mayor a 400 o mayor a 100 más saturación de transferrina mayor a 20%; algunos también aceptan la saturación de transferrina mayor a 30% por sí sola), lo que se logra con fierro endovenoso en pacientes en diálisis.
- Segundo: lograr un hematocrito sobre 30% o hemoglobina sobre 10 g/dl, con eritropoyetina subcutánea o sus análogos (epoietina y darbepoietina).

\* En este caso, ya cumple con el objetivo del fierro, por lo que no es necesario indicarlo. Además, también cumple con el objetivo del hematocrito, por lo que tampoco está indicada la EPO.

La respuesta correcta es: Observar evolución

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 70 años presenta un cuadro de desorientación y luego sopor, que fue precedido por constipación, astenia y poliuria de algunos días de duración. Al examen físico está soporoso y deshidratado. ¿Qué alteración hidroelectrolítica es compatible con el cuadro clínico descrito?

Seleccione una:

- a. Hiperkalemia
- b. Hipercalcemia
- c. Hipernatremia
- d. Hiponatremia
- e. Hipocalcemia



Es una hipercalcemia clásica, por la clínica (constipación, poliuria, deshidratación, compromiso de conciencia). Algo importante es que, salvo la constipación, todo ello se puede ver en síndrome hiperglicémicos.

- La hiperkalemia (A) cursa con debilidad, ondas T picudas, QRS ancho y acortamiento del QT, sin compromiso de conciencia.
- La hipernatremia (C) se presenta como hemorragias cerebrales. Sí puede asociarse a poliuria (diabetes insípida), deshidratación y compromiso de conciencia, pero le sobraría la constipación. De todos modos, se debe medir la natremia también.
- La hiponatremia (D) produce edema cerebral, con cefalea, vómitos y compromiso de conciencia. Generalmente no tiene ni poliuria, ni deshidratación.
- La hipocalcemia (E) se presenta como un cuadro de tetania, parestesias peribucales y alargamiento del QT.

La respuesta correcta es: Hipercalcemia

Pregunta 8

Incorrecta

Se puntúa 0,00 sobre 1,00

Un niño de 4 años presenta una diarrea acuosa, de 3 días. Evoluciona con oliguria. Al examen físico se aprecian las mucosas secas y los ojos hundidos, su frecuencia cardíaca está aumentada. En sus exámenes de sangre se aprecia elevación del BUN a 60 mg/dl y de la creatinina a 2,3 mg/dl. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome hemolítico urémico
- b. Glomerulonefritis postinfecciosa
- c. Insuficiencia renal prerrenal
- d. Nefrosis lipoidea
- e. Necrosis tubular aguda

✗

Tiene una IRA (creatinina elevada). El antecedente de diarrea es sugerente tanto de SHU, como de IRA prerrenal. Que tenga mucosas secas y ojos hundidos (signos de deshidratación), hace que sea prerrenal. También lo sugiere la relación BUN/creatinina mayor a 20 ( $60/2,3 = 26$ ).

- Si hubiese tenido edema e hipertensión (signos de sobrecarga de volumen) o indicios de plaquetopenia o hemólisis, el diagnóstico sería SHU.
- La GNAPE es un síndrome nefrítico, con complemento bajo.
- La NTA es una IRA renal, con BUN/creatinina menor a 20 y generalmente con volúmenes urinarios elevados en la fase poliúrica (al inicio puede estar oligúrica y, en este caso, es posible que haya una NTA, pero lo primero sigue siendo manejarla como prerrenal, ya que es lo más probable por lejos).
- La nefrosis lipoidea es un síndrome nefrótico puro.

La respuesta correcta es: Insuficiencia renal prerrenal

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 34 años presenta una glomerulonefritis rápidamente progresiva, con creatinemia 5,0 mg/dl, asociado a hemoptisis e infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax. Su complemento es normal, con ANA negativo y ANCA negativo. Se realiza una biopsia renal, con inmunofluorescencia, que muestra un patrón lineal de IgG en los glomérulos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

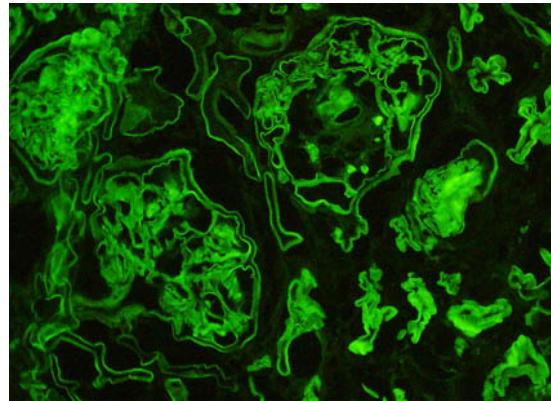
- a. Enfermedad de Berger
- b. Glomerulonefritis mesangiocapilar
- c. Poliangeítis microscópica
- d. Lupus eritematoso sistémico
- e. Síndrome de Goodpasture



Tiene un síndrome riñón pulmón (GN más alveolitis hemorrágica). El patrón lineal confirma el diagnóstico de síndrome de Goodpasture, actualmente llamada enfermedad por anticuerpos anti-membrana basal.

- La A (Berger) y la B (GNMC) no tienen afectación pulmonar.
- La C (PAM) y la D (LES) sí pueden producir un síndrome riñón-pulmón, pero el LES tiene ANA(+) y patrón moteado en la IF; y la PAM tiene ANCA(+) y patrón pauciinmune.

Por cultura general, dejo una imagen de un patrón lineal:



La respuesta correcta es: Síndrome de Goodpasture

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años, diagnosticado de hipertensión arterial esencial, en tratamiento con hidroclorotiazida 50 mg al día, presenta presiones arteriales cercanas a 145/95 en la mayoría de sus controles. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Aumentar la dosis de hidroclorotiazida a 50 mg cada 12 horas
- b. Agregar enalapril 10 mg cada 12 horas
- c. Agregar amlodipino 5 mg al día
- d. Agregar losartán 50 mg al día
- e. Mantener el tratamiento y controlar en 3 meses



Es una HTA mal controlada. Como no sabemos sus PA iniciales, no sabemos la severidad basal. Por regla general cuando se inicia la HCTZ, no se varía la dosis, aunque el rango aceptable sea 50 a 100 mg/día. Por ello, se debe agregar un nuevo fármaco y habitualmente se agrega un IECA o un ARA2. De todos modos, lo más correcto, habría sido solicitar electrolitos plasmáticos y creatinina antes de escoger el segundo fármaco. Actualmente, muchas recomendaciones aconsejan iniciar con dos fármacos simultáneamente (ej. enalapril más amlodipino; losartán más HCTZ; etc.).

La respuesta correcta es: Agregar enalapril 10 mg cada 12 horas

[\*\*◀ 5.6 Cuestionario Nefrología\*\*](#)

[\*\*Ir a...\*\*](#)

[\*\*5.8 Cuestionario Nefro...\*\*](#)

|                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | lunes, 27 de marzo de 2023, 20:48 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                        |
| <b>Finalizado en</b>   | lunes, 27 de marzo de 2023, 20:54 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 6 minutos 5 segundos              |
| <b>Puntos</b>          | 6,00/7,00                         |
| <b>Calificación</b>    | <b>85,71</b> de 100,00            |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 45 años presenta un cuadro de disuria, orinas turbias y fiebre hasta 39°C. Al examen físico está febril, en buenas condiciones, con PA: 120/80, FC: 80x' y con puño percusión positiva a derecha. Se solicita sedimento de orina que demuestra piocituria y bacteriuria y urocultivo que está pendiente. El tratamiento de elección es:

- a. Nitrofurantoína oral
- b. Metronidazol oral
- c. Ceftriaxona endovenosa
- d. Gentamicina endovenosa
- e. Ciprofloxacino oral

Tiene una infección urinaria alta o pielonefritis (por la fiebre y la puño percusión). Como no está embarazada ni grave, el tratamiento de elección es con antibióticos orales, como las cefalosporinas, las quinolonas e incluso la amoxicilina más ácido clavulánico (aunque se prefieren las dos primeras). No sirve la nitrofurantoína para la ITU alta, ya que no se concentra bien a nivel renal (la nitrofurantoína sí sirve y muy bien en la ITU baja, ya que sí se concentra bien a nivel vesical).

La respuesta correcta es: Ciprofloxacino oral

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Paciente diabético de 45 años, en tratamiento con metformina y control irregular de sus glicemias por mala adherencia a tratamiento. Su presión arterial es 120/78. En sus exámenes de control destaca creatinina: 0,9 mg/dl; BUN: 12 mg/dl; proteinuria: 200 mg/día; albuminuria: 130mg/día, RAC: 120. Tres meses antes sus exámenes había mostrado cifras muy similares. La conducta más adecuada, además de mejorar el control de sus glicemias, es:

- a. Agregar enalapril al tratamiento ✓
- b. Realizar biopsia renal
- c. Iniciar prednisona
- d. Suspender hipoglicemiantes orales e iniciar insulina
- e. Sospechar glomerulopatía membranosa y solicitar albuminemia y perfil lipídico

Solo tiene microalbuminuria (Relación albuminuria creatinuria (RAC) mayor a 30 o albuminuria mayor a 30 mg/día), por lo tanto, tiene una nefropatía diabética inicial y se debe agregar enalapril, aunque sus presiones arteriales estén normales (en diabetes se prefiere <130/80). No tiene proteinuria, por lo que no puede ser una nefropatía membranosa. No tiene falla renal, por lo que tampoco está indicada la insulina (crea desde 1,5 obliga a usar insulina o los nuevos HGO).

La respuesta correcta es: Agregar enalapril al tratamiento

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un hombre de 58 años, diabético tipo 2, en tratamiento con glibenclamida, más metformina desde hace varios años, presenta edema facial y de extremidades inferiores, asociado a orinas espumosas. El examen físico no aporta mayor información. Se solicitan exámenes que constatan un clearance de creatinina de 70 ml/min, BUN: 23 mg/dl, proteinuria de 24 horas de 5,1 gramos, sedimento de orina sin alteraciones y albuminemia de 2,2 g/dl. Hace un año, sus exámenes eran normales. El diagnóstico más probable es:

- a. Insuficiencia renal terminal
- b. Glomeruloesclerosis difusa
- c. Nefritis intersticial
- d. Nefrosis lipoidea
- e. Nefropatía membranosa ✓

Tiene un síndrome nefrótico. Por ser adulto y diabético, es posible que sea una nefropatía diabética, pero, debido a lo rápido de su instalación (hace un año estaba normal) lo más probable es que sea una glomerulopatía (o nefropatía) membranosa (o extramembranosa).

La respuesta correcta es: Nefropatía membranosa

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Mujer de 56 años, ingresa por cuadro de hemorragia digestiva por várices esofágicas, en contexto de daño hepático crónico. Inicialmente presenta hipotensión y oliguria, que revierte luego de recibir fluidos, terlipresina y realizarse ligadura endoscópica de urgencia de las várices. En sus exámenes destaca Creatinina: 4,0 mg/dl y BUN: 90 mg/dl. Se constata sodio urinario de 5 mEq/l y sodio plasmático de 130. La causa más probable de su alteración de la función renal es:

- a. Nefritis intersticial
- b. Hipovolemia con compromiso prerrenal ✓
- c. Necrosis tubular aguda
- d. Síndrome hepatorrenal
- e. Infarto renal

Tanto por el antecedente de hemorragia, como por el uso de terlipresina, lo más probable es que sea prerrenal. Sin embargo, los exámenes vuelven el diagnóstico mucho más probable, ya que hay una relación BUN/Creatinina mayor a 20 y el sodio urinario está bajo 10 mEq/L. El síndrome hepatorrenal también tiene estos exámenes, pero su diagnóstico depende de que no responda al manejo y que se descarten las demás causas.

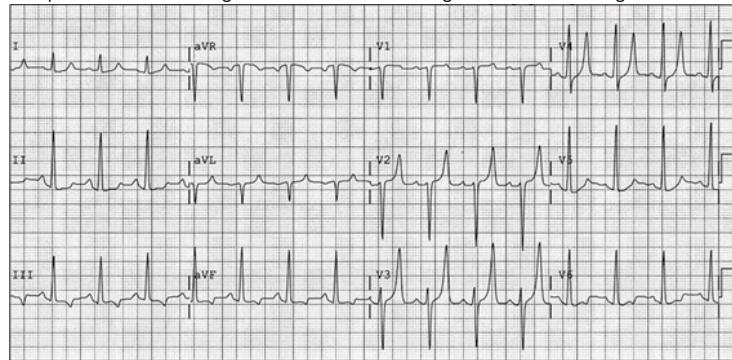
La respuesta correcta es: Hipovolemia con compromiso prerrenal

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente insuficiente renal crónico terminal está una semana sin ir a dializarse, evolucionando con debilidad generalizada y marcado compromiso del estado general. Su electrocardiograma muestra lo siguiente:



El diagnóstico más probable es:

- a. Hipercalcemia
- b. Hipocalcemia
- c. Hipokalemia
- d. Hiperkalemia ✓
- e. Hiponatremia

Tiene las ondas T altas y picudas características de la hiperkalemia. Además, la clínica de debilidad y el antecedente de IRC, también la sugieren.

La respuesta correcta es: Hiperkalemia

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 60 años, fumadora de 30 paquetes año, consulta por cefalea de 1 semana de evolución, sin otros síntomas. Entre sus exámenes destaca hiponatremia de 127 mEq/L. ¿Cuál es la conducta inicial más adecuada, mientras se realiza el estudio etiológico?

- a. Indicar un diurético tiazídico
- b. Indicar un diurético inhibidor de la aldosterona
- c. Indicar un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o del receptor de angiotensina 2
- d. Restringir la ingesta de agua
- e. Indicar un diurético de asa



El manejo inicial de toda hiponatremia leve (sin síntomas neurológicos graves) es la privación de agua libre. Entre las causas de hiponatremia está el SSIADH, que se asocia a patología pulmonar (ej. cáncer de pulmón, dado que era muy fumadora).

La respuesta correcta es: Restringir la ingesta de agua

Pregunta 7

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Mujer de 22 años, con cuadro de 5 días de evolución de odinofagia, fiebre leve y rincorrea. Presenta varios episodios de hematuria indolora. Al examen físico está hipertensa, con edema en las extremidades inferiores. La analítica demuestra hemograma sin anemia, con 5.000 blancos por mm<sup>3</sup> y 160.000 plaquetas por mm<sup>3</sup>, creatinina: 1,3 mg/dl, complemento C3 y C4 dentro de rangos normales, proteinuria de 1,3 gramos en 24 horas. El sedimento de orina muestra eritrocitos dismórficos abundantes. El diagnóstico más probable es:

- a. Síndrome nefrótico impuro
- b. Lupus eritematoso sistémico
- c. Nefropatía por IgA
- d. Glomerulopatía membranosa
- e. Poliangeítis granulomatosa (de Wegener)



Tiene una glomerulonefritis y algún grado de falla renal. También tiene un síndrome nefrótico (hipertensión, edema y hematuria). No tiene proteinuria en rango nefrótico, por lo que no hay un síndrome nefrótico impuro ni puede ser la glomerulopatía membranosa. Tiene el complemento normal, lo que sugiere que es por depósitos de IgA y se vuelve muy improbable el LES. Si bien es posible que se trata de una vasculitis de Wegener, le falta la agresividad del cuadro, la afectación de más órganos y, además, es mucho menos frecuente que la enfermedad de Berger o nefropatía por IgA.

La respuesta correcta es: Nefropatía por IgA

[◀ 5.7 Cuestionario Nefrología](#)

Ir a...

Artrosis / Monoartritis

|                        |                                    |
|------------------------|------------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | martes, 28 de marzo de 2023, 20:35 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                         |
| <b>Finalizado en</b>   | martes, 28 de marzo de 2023, 20:55 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 20 minutos                         |
| <b>Puntos</b>          | 16,00/20,00                        |
| <b>Calificación</b>    | <b>80,00</b> de 100,00             |

Pregunta 1

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

Una paciente de 31 años presenta desde hace varios meses astenia y malestar general. Además, ha presentado dolor articular en las manos y los codos. Su examen físico no aporta mayor información, por lo que se decidió solicitar un hemograma y exámenes de orina, que muestra Hematócrito: 33%, hemoglobina 11 g/dl, VCM: 90 ft, plaquetas: 110.000 x mm<sup>3</sup>, blancos: 5.000 x mm<sup>3</sup>, sedimento de orina con hematuria de 60 GR por campo, con 20% de dismorfia. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Sarcoidosis
- b. Lupus eritematoso sistémico
- c. Púrpura trombocitopénico trombótico
- d. Granulomatosis de Wegener ✗
- e. Poliangeítis microscópica

Es probablemente un lupus eritematoso sistémico (LES), ya que es una mujer joven con clínica sistémica (artralgias, astenia), más plaquetopenia y una glomerulonefritis (hematuria dismórfica).

- La sarcoidosis se caracteriza por 5 síntomas: 1. Artritis, 2. Fiebre, 3. Eritema nodoso, 4. Adenopatías, 5. Afectación pulmonar (granulomas).
- El PTT (púrpura trombocitopénico trombótico) es un cuadro agudo, con 1. Insuficiencia renal, 2. Plaquetopenia, 3. Anemia hemolítica microangiopática, 4. Afectación del sistema nervioso central (convulsiones o compromiso de conciencia) y periférico (parestesias) y 5. Fiebre.
- La granulomatosis de Wegener (granulomatosis con poliangeítis) y la PAM (poliangeítis microscópica) son vasculitis de vaso pequeño, por lo que cursan con fiebre, artralgias, glomerulonefritis rápidamente progresiva, mononeuritis múltiple y compromiso pulmonar (alveolitis hemorrágica, entre otras). La PAM afecta a adultos mayores y el Wegener a personas más jóvenes y con más compromiso nasosinusal (sinusitis, otitis media, epistaxis).
- Las plaquetas bajas orientan más a lupus que a vasculitis.

La respuesta correcta es: Lupus eritematoso sistémico

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una mujer de 18 años consulta por dolor en la extremidad superior derecha, que aparece luego de algunos minutos de realizar actividades con esa extremidad y que cede con el reposo. Además, refiere que ha presentado fiebre intermitente y astenia. Al examen físico llama la atención que presenta ausencia de pulso en la extremidad afectada, mientras que en la otra extremidad sí se palpa el pulso, pero este es muy débil. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Enfermedad de Behcet
- b. Púrpura fulminas
- c. Arteritis de células gigantes
- d. Síndrome del opérculo torácico
- e. Vasculitis de Takayasu



Es una vasculitis de Takayasu clásica: mujer joven (al igual que el lupus, 80-90% son mujeres) con clínica sistémica (fiebre, mialgias, artralgias; también suele haber sudoración nocturna y baja de peso) más síntomas de obstrucción de las grandes arterias (en este caso claudicación intermitente de las extremidades superiores y disminución de los pulsos radiales: también se llama la "enfermedad sin pulso"). Muchas veces se sospechan otras causas y la afectación arterial aparece en imágenes.

- El diagnóstico suele hacerse con angiotAC o angioRMN (más cara, pero no irradia ni usa contraste), más el cuadro clínico. No hay marcadores específicos, aunque puede ser ANCA(+) en un bajo porcentaje. Por regla general eleva la PCR y VHS, pero son marcadores de inflamación muy inespecíficos.

- El tratamiento son los **corticoides orales** (prednisona), aunque en los brotes se pueden usar EV y también se suelen agregar "ahoradores de corticoides": metotrexato, azatioprina, micofenolato, leflunomide (Las mismas DMARs). La cirugía vascular suele usarse para los casos con obstrucción arterial, pero idealmente se debe hacer una vez controlada la inflamación.

- La enfermedad de Behcet es rara se caracteriza por úlceras dolorosas y recurrentes en boca y genitales, más fenómeno de Patergia (pústula al inyectar suero fisiológico), uveítis (con mucha frecuencia), artritis y vasculitis secundaria, que puede afectar grandes y pequeños vasos, con afectación secundaria del sistema nervioso central y periférico e incluso renal. No tiene marcadores específicos y el diagnóstico es clínico. Los casos leves se tratan con corticoides tópicos (ej. en lesiones genitales, bucales y uveítis anterior). Los casos graves se tratan con inmunomoduladores y finalmente biológicos.

La respuesta correcta es: Vasculitis de Takayasu

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 65 años acude al policlínico, acusando dolor en las manos y otras articulaciones. Al examen físico se aprecian deformaciones en ambas manos, como se muestra en la imagen.



El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Artrosis
- b. Artritis reumatoide
- c. Artritis psoriática
- d. Condrocalcinosis
- e. Gota

Es una artritis reumatoide (AR) clásica. Tiene afectación de las muñecas y metacarpofalángicas (rara vez afectadas por artrosis, pero características de la AR) y además, se observan las deformaciones características: dedos en ráfaga cubital y dedos en cuello de cisne (en esta foto no se ven los dedos en sastre).

La presentación clásica de esta enfermedad incluye lo siguiente:

1. Poliartritis simétrica de más de 6 semanas (importante que tenga signos inflamatorios), con rigidez matinal.
  2. Elevación de parámetros inflamatorios (VHS y PCR).
  3. Presencia de FR o anticuerpos anti-CCP (ambos con 80% de sensibilidad; el anti-CCP es más específico que el FR).
  4. Evolución a deformación articular (artritis erosiva, con osteopenia yuxtaarticular en la radiografía).
  5. Algunos casos tienen síntomas sistémicos: nódulos reumatoideos, fiebre, baja de peso, derrame pleural (exudado con ADA alta y predominio mononuclear), síndrome de Sjögren secundario, infrecuente afectación cardíaca: pericarditis y miocarditis.
- Pero, hay casos que no cumplen con las 6 semas, casos que tienen marcadores negativos y casos que están sin inflamación actual y que solo tienen la historia previa o las deformaciones clásicas.

La respuesta correcta es: Artritis reumatoide

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 46 años consulta por artralgias de manos, asociada a artritis de algunas articulaciones interfalangicas. Se solicitan exámenes que destacan ANA(+), ANCA(-), FR(-), AntiDNA(-), AntiRNP(+). No presenta otros síntomas y su hemograma y pruebas de función renal son normales. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Enfermedad mixta del tejido conectivo
- b. Artritis reumatoide
- c. Lupus eritematoso sistémico
- d. Artrosis
- e. Esclerodermia



Es una EMTC (enfermedad mixta del tejido conectivo) clásica: artritis, sin compromiso renal ni del SNC, más anticuerpos antirribonucleoproteína (antiRNP) positivos. Recordar que los anticuerpos antiRNP son un tipo de anticuerpos antinucleares (ANA).

- La AR es FR (+) o anti-CCP(+), en un 80% de los casos. Los ANA suelen estar negativos, aunque, al igual que en los pacientes sanos, pueden estar positivos en un porcentaje de casos, por lo que manda es la clínica. Sin embargo, en este caso, la presencia de antiRNP y la clínica mostrada son clásicas de la EMTC.

- El LES tiene ANA(+), pero además clínica adicional (fotosensibilidad, mariposa lúpica, afectación renal, hematológica, y un largo etcétera) y los anticuerpos clásicos son los anti-DNA2h(+) y los anti-Sm.

- La esclerodermia tiene anticuerpos anti-Scl70 o los anticentrómero / antinucléolo y una presentación distinta, con fenómeno de Raynaud, esclerodactilia, calcinosis, alteraciones esofágicas (disfagia ilógica y pirosis).

La respuesta correcta es: Enfermedad mixta del tejido conectivo

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una niña presenta un cuadro de hematuria, asociada a aparición de lesiones cutáneas eritematosas, como se muestra en la imagen.



El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Púrpura de Schonlein Henoch
- b. Artritis juvenil idiopática
- c. Púrpura trombocitopénico inmune agudo
- d. Lupus infantil
- e. Dermatomiositis infantil



Es una púrpura de Schonlein Henoch clásica, tanto por las lesiones purpúricas de EEII, como por la hematuria. El cuadro completo, incluye el púrpura palpable, hematuria, artritis y compromiso abdominal (dolor, hematoquecia).

El diagnóstico es clínico. El tratamiento depende de la severidad. Si está bien, simplemente se observa y se deja hidratación oral, sin ningún medicamente. Si tiene dolor articular o abdominal, se pueden usar AINEs o paracetamol. Los corticoides solo están indicados en casos de:

1. artritis muy dolorosa o que no responde a AINEs.
2. dolor abdominal severo o complicaciones (ej. perforación).
3. afectación renal grave (ej. GNRP, IRA, proteinuria >1 g/día, síndrome nefrótico)

La respuesta correcta es: Púrpura de Schonlein Henoch

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El mejor examen para iniciar el estudio en un paciente en que se sospecha un síndrome de manguito rotador es:

Seleccione una:

- a. Radiografía
- b. Ecografía
- c. Resonancia magnética nuclear
- d. TAC
- e. CK



La ecografía de hombro es el examen de primera línea para el estudio del hombro doloroso, ya que es el más costo-efectivo y tiene un buen rendimiento, al punto de ser considerado el Gold-Standard. La RMN es el examen con mayor rendimiento, pero es caro, por lo que solo se pide cuando se está evaluando una resolución quirúrgica (última línea de tratamiento en los casos muy graves). Además, la clínica suele ser suficiente para establecer el diagnóstico, por lo que la ecografía solo ayuda a complementarla.

El tratamiento cuenta con abundante evidencia científica y consiste en:

1. Reposo relativo, frío local, AINEs y kinesioterapia motora.
2. En casos en que no responde o el dolor impide la kinesioterapia, se indica infiltración con corticoides.
3. La cirugía exclusivamente está indicada en un paciente que no responde en 6-9 meses de tratamiento no quirúrgico y, además, tiene una rotura del tendón (la rotura sola no se debe operar, es la rotura que no responde).

La respuesta correcta es: Ecografía

Pregunta 7

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Una paciente de 60 años consulta por un cuadro de mialgias y debilidad de predominio proximal, asociada a aparición de lesiones en la piel, localizadas principalmente en los párpados superiores, donde se aprecia eritema. La patología descrita suele estar asociada a otra enfermedad. Esta última enfermedad es:

Seleccione una:

- a. Cáncer
- b. Diabetes
- c. Síndrome de Sjögren
- d. Enfermedad inflamatoria intestinal
- e. Enfermedad celiaca



Se describe una dermatomiositis, con la afectación muscular (mialgias y debilidad proximal) y cutánea, en este caso con el rash heliotropo (afectación de párpados). Si bien la dermatomiositis es una enfermedad autoinmune, con mucha frecuencia se presenta como un síndrome paraneoplásico, por lo que además de tratarla con corticoides, se debe iniciar el estudio en busca de un cáncer.

La respuesta correcta es: Cáncer

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes es una complicación extraarticular de la espondilitis anquilosante?

Seleccione una:

- a. Glomerulonefritis
- b. Meningitis aséptica
- c. Mononeuritis múltiple
- d. Eritema nodoso
- e. Derrame pleural



La espondilitis anquilosante (EAA) se caracteriza por 1. Uveítis (30%), 2. Eritema nodoso y pioderma gangrenoso, 3. Aortitis, 4. Fibrosis pulmonar.

- La glomerulonefritis es complicación del lupus y las vasculitis.
- La meningitis aséptica es complicación del lupus.
- La mononeuritis múltiple se ve en las vasculitis primarias (PAM, Wegener, PAN) y también en las secundarias (ej. AR, siendo muy rara en la EAA).
- El derrame pleural es complicación de la AR y del lupus (ambos son exudados mononucleares con ADA alta, es decir, se parecen al derrame por TBC).

La respuesta correcta es: Eritema nodoso

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 27 años presenta un cuadro de dolor lumbar crónico, mayor en reposo, asociado a rigidez matinal. En alguna ocasión presentó artritis de la rodilla derecha. Se solicita radiografía de articulaciones sacroilíacas que demuestra signos de sacroileítis bilateral y de algún grado de calcificación de los ligamentos longitudinales anterior y posterior. El tratamiento de elección de la patología descrita es:

Seleccione una:

- a. Corticoesteroides y kinesioterapia
- b. Metotrexato y ciclosporina
- c. Antiinflamatorios no esteroidales y ejercicios
- d. Metotrexato y ejercicios
- e. Ciclosfosfamida y corticoides



Es una espondilitis anquilosante clásica, confirmada con la radiografía (suele ser el examen de primera línea, aunque el más sensible es la RMN de sacroilíacas). Su tratamiento es con AINEs y ejercicios. Suele responder muy bien a los AINEs.

Los AINEs más usados son: el naproxeno, ibuprofeno, diclofenaco, indometacina y celecoxib. Sin embargo, cualquiera puede ser efectivo.

En este caso, la presencia de la radiografía "en caña de bambú", sugiere que lleva muchos años con la patología, ya que en los estadios iniciales, la EAA puede tener una radiografía normal o solo mostrar afectación de las articulaciones sacroilíacas.

La respuesta correcta es: Antiinflamatorios no esteroidales y ejercicios

Pregunta **10**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La artritis psoriática se manifiesta con mayor frecuencia como:

Seleccione una:

- a. Una monoartritis aguda migratoria y recidivante
- b. Una oligoartritis que compromete las articulaciones cuya piel circundante presenta placas psoriáticas
- c. Una oligoartritis asimétrica y migratoria de grandes y pequeñas articulaciones, asociada a dactilitis ✓
- d. Una poliartritis simétrica distal, de pequeñas y grandes articulaciones, asociadas a rigidez matinal de más de 30 minutos de duración
- e. Una poliartritis de pequeñas articulaciones, asimétrica, asociada a compromiso renal

La artritis psoriática, al igual que las demás pélviespondiloartropatías (PEA), se suele presentar como una oligoartritis migratoria de pequeñas y grandes articulaciones. De hecho, la frase "oligoartritis asimétrica" es algo que sugiere mucho una PEA. Además, es frecuente la dactilitis o "dedos en salchicha" (se puede ver en todas las PEA, pero es más frecuente en la artritis psoriática). Finalmente suele tener psoriasis cutánea o ungueal con mucha frecuencia.

La A sugiere una artritis por cristales (ej. condrocalcinosis).

La B no existe.

La D es una AR.

La E podría ser un LES.

La respuesta correcta es: Una oligoartritis asimétrica y migratoria de grandes y pequeñas articulaciones, asociada a dactilitis

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 69 años presenta dolor muy intenso en la rodilla derecha, que inició hace pocas horas. Al examen físico se aprecia aumento de volumen y eritema de la rodilla derecha, con signos de derrame articular. Se solicita una radiografía, que se muestra a continuación.



El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Artrosis
- b. Artritis séptica
- c. Gota
- d. Condrocalcinosis
- e. Artritis reumatoide



Tiene una monoartritis aguda en el adulto mayor, cuya causa más frecuente es la condrocalcinosis, sin embargo, también puede ser una artritis séptica u otra causa, por lo que, habiendo signos de derrame articular, es prácticamente obligatorio solicitar una punción articular y estudio de líquido sinovial (la condrocalcinosis se verá con cristales con birrefringencia de elongación positiva en el microscopio con luz polarizada).

La radiografía es correcto haberla solicitado (y es obligatorio como primer examen, cuando hay antecedente de trauma o sospecha de tumor, como causa de la monoartritis). En este caso, muestra calcificación de los meniscos y la condrocalcinosis se caracteriza por calcificar el cartílago articular ("condrocalcinosis" significa enfermedad por calcificación de los cartílagos).

- El tratamiento en agudo actualmente ha cambiado y se recomienda la **aspiración del derrame articular, más inyección de corticoides intraarticulares** (ej. triamcinolona). La antigua opción de analgésicos intravenosos u orales sigue siendo una opción: generalmente AINEs (ej. naproxeno o ketorolaco) o colchicina (especialmente si lleva menos de 24 horas de dolor) o bien, prednisona en dosis bajas.

- La profilaxis de recurrencias consiste en identificar una causa secundaria y tratarla (ej. hiperparatiroidismo primario). Si no es una condrocalcinosis primaria, actualmente se recomienda la **colchicina en dosis bajas como profilaxis, en los casos en que haya 3 o más crisis**.

La respuesta correcta es: Condrocalcinosis

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 45 años consulta por artralgias de manos, de 3 meses de evolución, que han ido en aumento y que se asocian a marcada rigidez matinal, que dura cerca de 2 horas. Al examen físico se aprecia eritema y de varias articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales de ambas manos. Se solicita radiografía de manos, de la que a continuación se muestra un acercamiento de las segunda y tercera articulaciones metacarpofalángicas derechas.



El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Artritis psoriática
- b. Artritis reumatoide
- c. Lupus sistémico
- d. Artrosis
- e. Condrocalcinosis

La clínica es una AR clásica y con ello es suficiente para establecer el diagnóstico (poliartritis crónica, simétrica, con afectación de las manos y rigidez matinal). La afectación de las articulaciones MCF también la sugiere.

De todos modos, la radiografía muestra erosiones en ambas articulaciones MCF, por lo que sugiere aún más una AR, ya que se caracteriza por tener artritis erosiva.

- Se debe solicitar FR, anti-CCP y ANA (solo por si acaso) e iniciar inmediatamente el tratamiento con DMAR (drogas modificadoras de la AR), idealmente el metotrexato en dosis semanal.

- Los corticoides, AINEs y paracetamol están plenamente indicados como tratamiento sintomático, en especial al inicio y durante los brotes, ya que las DMARs demoran en iniciar su efecto. Sin embargo, el uso de tratamiento sintomático, no debe retrasar el inicio de DMARs.

- A modo de cultura general, en los casos que el MTX no funciona, se suele cambiar por otro DMAR (leflunomida, azatioprina, hidroxicloroquina, sulfasalazina). Si no funciona, se mezclan 2 o 3. Si no funciona, la última línea son los medicamentos biológicos, en especial los anticuerpos contra el receptor de TNF-alfa (etanercept, adalimumab o infliximab).

- En el embarazo, se usan los medicamentos biológicos (se debe saber).

La respuesta correcta es: Artritis reumatoide

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El fenómeno de Raynaud es característico de la siguiente patología:

Seleccione una:

- a. Esclerodermia
- b. Dermatomiositis
- c. Síndrome de Sjögren
- d. Artritis reumatoide
- e. Artritis psoriática



El fenómeno de Raynaud, el 80% de las veces es de tipo primario y benigno (suele empezar entre los 15 y 30 años, no tiene otros síntomas y es ANA-negativo). El 20% restante es secundario a enfermedades del tejido conectivo, en especial esclerodermia (la R de CREST, equivale a Raynaud), además del lupus.

La respuesta correcta es: Esclerodermia

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes corresponde a un signo de alarma en un lumbago agudo?

Seleccione una:

- a. Inicio súbito
- b. Dolor intenso, que limita las actividades de la vida diaria
- c. Irradiación del dolor por debajo de la rodilla
- d. Antecedente de episodios previos de lumbago agudo
- e. Fiebre sin causa clara



La fiebre sugiere infección, cáncer o causa autoinmune, por lo que es un signo de alarma.

Por el contrario, la A (súbito), B (intenso) y D (recurrente) son clásicas del lumbago mecánico común y corriente (sin signos de alarma) y la C (irradiación) simplemente es parte de una lumbociática. Recordar que la simple irradiación del dolor no es signo de alarma, pero el déficit neurológico sí lo es (debilidad, arreflexia, anestesia).

La respuesta correcta es: Fiebre sin causa clara

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 70 años consulta por dolor inguinal izquierdo, de larga data, que aparece al caminar y que se ha vuelto más intenso en las últimas semanas, limitando sus actividades habituales. Al examen físico presenta dolor a la movilización de la cadera izquierda, sin signos inflamatorios. Se realiza una radiografía de cadera, que muestra marcada disminución del espacio articular, asociado a esclerosis subcondral y presencia de osteofitos acetabulares. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar factor reumatoideo, anticuerpos antinucleares y anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo.
- b. Iniciar paracetamol oral e indicar ejercicios de fortalecimiento de cuádriceps ✓
- c. Iniciar AINES orales e indicar reposo relativo
- d. Indicar inmovilización con yeso
- e. Indicar kinesioterapia motora y controlar en 3 meses

El diagnóstico es una artrosis de cadera clásica (adulto mayor con coxalgia crónica y progresiva), confirmada con la radiografía (disminución del espacio articular, osteofitos, esclerosis subcondral). El tratamiento de primera línea actualmente es algo **discutible**.

- Históricamente, de elección ha sido el paracetamol oral (1g cada 8 horas), más baja de peso y ejercicios de fortalecimiento de cuádriceps (más útil en artrosis de rodilla, que de cadera). Lamentablemente, estudios actuales no identifican beneficios clínicamente relevantes con el paracetamol solo. Este sigue siendo el manejo de las guías ministeriales chilenas, por lo que se dejará como correcta.
  - De segunda línea, se indican los AINES (tanto COX1, como COX2 son útiles, aunque los COX2, como el celecoxib, tienen menos riesgo de úlceras y daño renal). Sin embargo, estudios recientes ponen en duda lo anterior, ya que los AINES han demostrado ser mejores que el paracetamol, por lo que podrían ir de primera línea.
  - Si persiste con dolor, o están contraindicados los AINES (ej. IRC), se agrega tramadol. Sin embargo, estudios actuales los desaconsejan, dado que tienen muchos efectos adversos (mareos, náuseas, caídas, dependencia).
  - Los corticoides intraarticulares son útiles, pero su eficacia es muy corta (1-2 meses), por lo que solo se usan para situaciones en que se requiere un alivio breve del dolor.
  - De última línea, se indica la cirugía de reemplazo articular (en cadera y rodilla), con buena respuesta, en la mayoría de los casos.
- \* No sirven o no tienen evidencia el condroitín sulfato, la glucosamina y similares, el plasma rico en plaquetas o el ácido hialurónico intraarticulares y una larga lista de otras terapias. El paracetamol, según algunas recomendaciones, caería en esta lista.

La respuesta correcta es: Iniciar paracetamol oral e indicar ejercicios de fortalecimiento de cuádriceps

Pregunta 16

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 66 años consulta por astenia y cefalea. Refiere además que en algunas ocasiones debe descansar mientras mastica, ya que presenta dolor de los músculos masticatorios. Le sucede algo similar al usar las extremidades superiores, ya que "se le cansan los hombros". Al examen presenta dolor a la palpación del cuero cabelludo. En sus exámenes destaca un hemograma con hematocrito: 33%, VCM: 90, HCM: 32, hemoglobina: 11, blancos: 6.900, con recuento diferencial normal, plaquetas: 342.000, VHS: 96. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Lupus eritematoso sistémico
- b. Poliangeítis microscópica
- c. Arteritis de células gigantes
- d. Granulomatosis de Wegener
- e. Panarteritis nodosa



Tiene una clínica clásica de arteritis de la temporal o de células gigantes (astenia, cefalea, claudicación mandibular, polimialgia reumática [dolor y debilidad de hombros] y dolor del cuero cabelludo). Además, tiene la VHS muy elevada, que es el único marcador característico (aunque muy inespecífico).

El diagnóstico se realiza con la biopsia de la arteria temporal (en realidad se afectan muchas arterias, pero la arteria temporal superficial no es un vaso importante, a diferencia de las arterias cerebrales, por ejemplo).

El tratamiento es con corticoides orales en dosis altas (ej. prednisona 60 mg/d). Si tiene amaurosis (fugax o establecida), se pueden dar por vía endovenosa (ej. metilprednisolona 1g EV x 3 días, seguido de prednisona). Los demás fármacos tienen poca utilidad, aunque podría ayudar a "ahorrar" corticoides el tocilizumab (anticuerpo contra el receptor de la IL-6).

La respuesta correcta es: Arteritis de células gigantes

Pregunta 17

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 34 años, consulta por dolor en el cuello, dorso y extremidad superior derecha, que apareció luego de levantar y mover algunos muebles. Al examen presenta paresia en la separación y aducción de los dedos, e hipoestesia en el 4º y 5º dedos derechos. ¿Qué raíz nerviosa es la afectada?

Seleccione una:

- a. C5
- b. C6
- c. C7
- d. C8
- e. T1



C5: abducción hombro (deltoides) y un poco bíceps. Sensibilidad del hombro.

C6: flexión codo y muñeca. Sensibilidad pulgar.

C7: extensión codo y muñeca. Sensibilidad índice y dedo medio.

C8: mano y dedos. Sensibilidad anular y meñique.

T1: mano y dedos. Sensibilidad cara interna brazo

Reflejo: bicipital: C5 - C6; tricipital: C6 - C7; estílorradial: C7.

La respuesta correcta es: C8

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño consulta por fiebre de 7 días de evolución, asociado a un rash papuloeritematoso generalizado. En el examen se observa eritema e inyección conjuntival. Los labios y la lengua están enrojecidos y aumentados de volumen. Se palpan 2 adenopatías cervicales anteriores, la mayor de ellas de 2,5 cm. Además se constata edema, eritema y fina descamación en ambos pies. El tratamiento de la patología descrita es:

Seleccione una:

- a. Corticoides orales
- b. Corticoides endovenosos
- c. Corticoides endovenosos + inmunosupresores
- d. Aspirina + Inmunoglobulina G endovenosa
- e. Plasmaféresis



Es un cuadro de Kawasaki clásico (1. fiebre de 5 días o más: siempre debe estar; rash, 2. ojo rojo, 3. boca roja, 4. adenopatías cervicales y 5. compromiso de manos y pies). El diagnóstico es clínico y el tratamiento es inmunoglobulina G en altas dosis por vía endovenosa (lo más importante) más aspirina (y, en casos seleccionados, corticoides). Sin tratamiento, algunos casos evolucionan a daño coronario. Con tratamiento, casi siempre resuelve de manera completa sin secuelas.

La importancia de esta enfermedad es que el diagnóstico es clínico y las complicaciones pueden ser graves y evitables.

La ecografía coronaria es un examen que determina el pronóstico (si hay aneurismas coronarias es de mal pronóstico; se suele repetir cada 2 a 4 semanas). La ecografía también tiene una función diagnóstica, en los los casos de Kawasaki incompleto (ej. 2 o 3 criterios, sin otra causa evidente).

La respuesta correcta es: Aspirina + Inmunoglobulina G endovenosa

Pregunta 19

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un niño de 3 años presenta cojera de 1 día de evolución, sin otros síntomas. La madre refiere que estuvo decaído y con rincorrea hace una semana. Al examen físico se aprecia en buenas condiciones, con leve dolor a la rotación externa de la cadera izquierda, sin otros hallazgos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Artritis séptica
- b. Displasia de cadera
- c. Enfermedad de Perthes
- d. Epifisiolisis de la cabeza femoral
- e. Sinovitis transitoria



Es una sinovitis transitoria clásica (niño pequeño con dolor en cadera o rodilla, sin mayor compromiso. El antecedente clásico es una infección viral una semana antes).

- La artritis séptica tendría fiebre alta y signos inflamatorios evidentes.
- La displasia de cadera es un cuadro crónico, que empeora con el tiempo (a medida que se desarrolla artrosis).
- La enfermedad de Perthes afecta a niños entre 5 y 10 años (rango total: 2 a 13 años), con dolor en la cadera. Se asocia a talla baja y a antecedentes familiares. Suele tener una evolución más arrastrada e insidiosa. Algo importante es que estudios más recientes muestran que hay mucha superposición entre las edades de la sinovitis transitorias y la enfermedad de Legg Calvé Perthes (llamada actualmente osteonecrosis idiopática de la cabeza femoral), ya que ambas se presentan con cierta frecuencia entre los 3 y los 8 años (Perthes puede ser en mayores), por tanto, la principal diferencia entre ambas es el **tiempo de evolución**, ya que la sinovitis suele durar cerca de una semana (solo en pocos casos se alarga y se estudia), mientras que la enfermedad de Perthes suele ser más subaguda. Se diagnostica con la radiografía de caderas, aunque al inicio puede estar normal y ser necesaria una RMN. Se maneja ortopédicamente y, en casos graves, con cirugía.
- La epifisiolisis de la cabeza femoral también produce dolor en la cadera, pero afecta a escolares grandes o adolescentes (12 a 15 años) y se asocia a obesidad. Se diagnostica con la radiografía (signo del "helado caído"). Se maneja con cirugía.

La respuesta correcta es: Sinovitis transitoria

Pregunta **20**

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Paciente de 68 años presenta artritis de aguda de rodilla, la que se punciona, dando salida a un líquido inflamatorio con 10.000 células por mm3, con abundantes cristales compatibles con pirofosfato de calcio, sin visualización de bacterias. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Indicar reposo e iniciar AINEs y colchicina
- b. Indicar reposo, analgésicos y alopurinol
- c. Indicar reposo, analgésicos y bifosfonatos
- d. Indicar reposo, analgésicos, bifosfonatos y alopurinol
- e. Indicar reposo, analgésicos y antibióticos

✗

Tiene una condrocalciosis confirmada.

- El tratamiento en agudo actualmente ha cambiado y se recomienda la **aspiración del derrame articular, más inyección de corticoides intraarticulares** (ej. triamcinolona). La antigua opción de analgésicos intravenosos u orales sigue siendo una opción: generalmente AINEs (ej. naproxeno o ketorolaco) o colchicina (especialmente si lleva menos de 24 horas de dolor) o bien, prednisona en dosis bajas.
- La profilaxis de recurrencias consiste en identificar una causa secundaria y tratarla (ej. hiperparatiroidismo primario). Si no es una condrocalciosis primaria, actualmente se recomienda la **colchicina en dosis bajas como profilaxis, en los casos en que haya 3 o más crisis**.
- Los bifosfonatos son el tratamiento de la osteoporosis.

La respuesta correcta es: Indicar reposo e iniciar AINEs y colchicina

[◀ Lumbago / Cervicalgia / Hombro doloroso / Codo Doloroso / Tendinitis / Bursitis / Fibromialgia](#)

Ir a...

[6.2 Cuestionario Reumato](#)

|                 |                                    |
|-----------------|------------------------------------|
| Comenzado el    | martes, 28 de marzo de 2023, 21:34 |
| Estado          | Finalizado                         |
| Finalizado en   | martes, 28 de marzo de 2023, 21:54 |
| Tiempo empleado | 20 minutos                         |
| Puntos          | 18,00/20,00                        |
| Calificación    | 90,00 de 100,00                    |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 42 años consulta por un cuadro de 6 años de evolución de signo de Raynaud en las manos, acompañado de aparición de úlceras en las yemas de los dedos. Además, ha presentado problemas para tragar, que afecta tanto a sólidos, como a líquidos. En el último tiempo se ha agregado hipertensión arterial, que no tenía. Al examen físico está hipertensa y se aprecia eritema y edema de la piel de los dedos, la que se observa tirante y atrófica. Algo similar ocurre en la cara. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Lupus sistémico
- b. Lupus discoide
- c. Dermatomiositis
- d. Enfermedad mixta del tejido conectivo
- e. Esclerodermia



Tiene la clínica clásica de una esclerodermia tipo CREST (Calcinosis de los dedos, Raynaud, Esófago: disfagia ilógica y pirosis, Sclerodactilia y Telangiectasias). También tiene la complicación clásica: hipertensión pulmonar, de mal pronóstico.

- El lupus discoide se presenta como placas eritematosas descamativas, en zonas expuestas a la luz, que luego dejan cicatrices.
- La dermatomiositis presenta debilidad y mialgias, más compromiso cutáneo (rash heliotropo, Gottron y rash en manto).

La respuesta correcta es: Esclerodermia

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 53 años comienza con dolor en las articulaciones de las manos y muñecas, que inició hace 2 meses y que ha ido en aumento. Despierta con rigidez de manos, la que dura cerca de una hora y al examen físico se aprecia artritis de muñecas y varias articulaciones metacarpofalángicas. Se solicita un hemograma, que resulta normal, al igual que la radiografía de manos. ¿Qué diagnóstico es más probable?

Seleccione una:

- a. Artrosis
- b. Enfermedad mixta del tejido conectivo
- c. Síndrome de CREST
- d. Artritis reumatoide
- e. Artritis psoriática

Es una AR clásica, por la clínica: poliartritis crónica de manos, simétrica, con compromiso de las muñecas y articulaciones MCF (además suele afectar a las IFP: interfalángicas proximales) y rigidez matinal mayor a 30 minutos.

Que la radiografía esté normal, no hace gran diferencia. Lo mismo si es que los marcadores (FR y anti-CCP) estuviesen negativos, ya que lo más importante es la clínica. Sin embargo, los marcadores positivos o la radiografía con erosiones articulares apoyarían aún más el diagnóstico (siempre y cuando la clínica fuera compatible).

La elevación de los parámetros inflamatorios (PCR y VHS) es un indicador de actividad, que suele estar presente, por lo que se incluye dentro de los criterios diagnósticos. Sin embargo, son muy inespecíficos.

En este caso, se debe solicitar FR, anticuerpos antipéptido citrulinado (anti-CCP), ANA (para el diagnóstico diferencial), PCR, VHS.

El hemograma suele mostrar anemia de enfermedades crónicas. Las plaquetas pueden estar elevadas (trombocitosis reactiva), aunque, puede estar baja, si se agrega una PTI secundaria (más rara y sugerente de lupus, pero que se puede ver en AR).

La respuesta correcta es: Artritis reumatoide

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 54 años está hospitalizado por un cuadro de podagra izquierda, que fue manejado exitosamente con AINEs endovenosos. Pocos meses antes había presentado el mismo cuadro, también en la primera articulación metatarsofalángica izquierda. Actualmente está en buenas condiciones y se ha decidido darlo de alta. Su uricemia plasmática es de 10,5 mg/dl. ¿Cuál es la conducta más adecuada para el manejo de este paciente?

Seleccione una:

- a. Enviar a domicilio con hidroclorotiazida y aumento de la ingesta de agua
- b. Enviar a domicilio con allopurinol e hidroclorotiazida oral, más dieta
- c. Enviar a domicilio con dieta y aumento de la ingesta de agua
- d. Enviar a domicilio con allopurinol, probenecid y furosemida
- e. Enviar a domicilio con allopurinol oral e insistir en el cumplimiento de la dieta



Tiene una gota comprobada, con 2 crisis en el último año, por lo que está indicado el tratamiento farmacológico, además de la dieta y cambio en el estilo de vida.

- Si bien, se fija como indicaciones de terapia 1. la gota tofácea y 2. dos crisis en un año, la verdad es que no hay un corte estricto y es factible iniciar fármacos para normalizar en ácido úrico incluso con una sola crisis.

Actualmente, la evidencia científica, recomienda iniciar con allopurinol en dosis bajas (100 mg/día), aumentándolas progresivamente, hasta alcanzar un ácido úrico normal (menor a 6 mg/dl idealmente y menor a 5 mg/dl en la gota tofácea).

- A diferencia de lo que se creía antes, actualmente es aceptable iniciar el allopurinol durante la misma crisis, ya que no empeora la crisis (mito eliminado por la ciencia). Sin embargo, tampoco tiene mayor utilidad iniciarlo en la crisis ni menos aún suspenderlo, si es que ya se inició. Por tanto, sigue aplicando la frase "no cambie el allopurinol en la crisis de gota, sino después de resuelta".

- Otros inhibidores de la xantina oxidasa, como el buxostat, se pueden usar, pero no son mejores que el allopurinol (y son más caros). Los uricosúricos existen, pero, en la práctica no se usan, salvo en casos refractarios y de manejo de especialista. Existen tratamientos nuevos para casos muy seleccionados, pero son de manejo del reumatólogo.

- Los diuréticos de asa (furosemida) y las tiazidas (HCTZ) están contraindicados, ya que elevan los niveles de ácido úrico y aumentan las crisis gotosas.

La respuesta correcta es: Enviar a domicilio con allopurinol oral e insistir en el cumplimiento de la dieta

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál es la sospecha clínica frente a una paciente con eritema facial y úlceras orales?

Seleccione una:

- a. Enfermedad de Behcet
- b. Síndrome de Reiter
- c. Lupus cutáneo subagudo
- d. Lupus eritematoso sistémico
- e. Dermatomiositis



El lupus tiene el eritema malar (mariposa lúpica) y úlceras orales indoloras.

- La enfermedad de Behcet tiene úlceras genitales y orales dolorosas, más artritis y vasculitis secundaria con afectación nerviosa, tanto del SNP, como de SNC e incluso con afectación renal. Además, se caracteriza por el fenómeno de Patergia (pústula con SF). No tiene marcadores específicos.

- El síndrome de Reiter es un tipo de artritis reactiva, que se caracteriza por la triada de artritis, uretritis y ojo rojo. Los microorganismos aceptados como causales de artritis reactiva son *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Clostridiooides difficile*, *Yersinia*, *Salmonella*, *Shigella* y *Campylobacter*. El tratamiento suelen ser AINEs y, si no responde, corticoides orales o intraarticulares (más caros de administrar, pero con menos efectos adversos).

La respuesta correcta es: Lupus eritematoso sistémico

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Los anticuerpos anti-Jo1 son un marcador de:

Seleccione una:

- a. Dermatomiositis
- b. Lupus por drogas
- c. Esclerodermia
- d. Enfermedad de Sjögren
- e. Panarteritis nodosa



La dermatomiositis suele tener como marcador más frecuente la CK elevada. Sin embargo, como todas las enfermedades del tejido conectivo, es ANA (+) y en específico presenta los anticuerpos anti-Jo1, anti-Mi2, anti-SRP, más una larga lista de otros anticuerpos menos conocidos. Los anti-Jo1 o antisintetasa son los más importantes, por asociarse al síndrome antisintetasa (dermatomiositis más fibrosis pulmonar).

Como cultura general, si están presentes anticuerpos propios de otras enfermedades del tejido conectivo (ej. anti-RNP, Anti-Ro, Anti-La, etc.) se debe sospechar una miositis secundaria.

El tratamiento consiste en **corticoides** e inmunomoduladores ahorradores de corticoides (azatioprina, metotrexato o rituximab, cada vez más usado en las enfermedades del tejido conectivo y vasculitis de vaso pequeño) y, además, se debe buscar activamente la presencia de cáncer, ya que la dermatomiositis suele ser paraneoplásica.

La respuesta correcta es: Dermatomiositis

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 68 años consulta por malestar general, asociado a hematuria y oliguria. Al examen físico se aprecia febril a 38,5°C, se aprecia edema de EEL y su presión arterial es de 190/110 mmHg. Además, destacan lesiones eritematosas cutáneas, en las extremidades inferiores y zonas del tronco. Se solicitan exámenes generales, que muestran un hemograma normal, con creatinina de 5,8 mg/dl y sedimento de orina con hematuria, de tipo dismórfico. El diagnóstico de sospecha es:

Seleccione una:

- a. Panarteritis nodosa
- b. Lupus eritematoso sistémico
- c. Púrpura trombocitopénico trombótico
- d. Arteritis de la temporal
- e. Poliangeítis microscópica



Es un adulto mayor con una glomerulonefritis (hematuria dismórfica) de tipo rápidamente progresiva (porque se asocia a una insuficiencia renal aguda grave), más un síndrome nefrítico (edema, HTA y hematuria). Por la edad y lo agresivo del cuadro, lo más probable es que sea una PAM (poliangeítis microscópica). Se debe solicitar ANCA (suele salir positivo en patrón perinuclear: ANCA-p, cuyo equivalente en un elisa son los anticuerpos anti-mpo (mieloperoxidasa). Su tratamiento es con corticoides endovenosos e inmunosupresores (actualmente se prefiere el rituximab: anticuerpos anti-CD30, proteína del linfocito B, si está disponible, aunque sigue siendo útil la antigua ciclofosfamida).

Es muy grave. A nivel renal suele hacer GNRP con patrón crescéntrico y pauciinmune.

- La PAN (panarteritis nodosa) no produce glomerulonefritis, porque es una vasculitis de vaso mediano.
- La arteritis de la temporal tampoco, porque es una vasculitis de vaso grande.
- El LES podría tener el mismo cuadro, pero afecta a mujeres jóvenes y no a adultos mayores.
- El PTT puede tener un cuadro similar, pero le falta la anemia hemolítica y la trombopenia característica; además que la insuficiencia renal no necesariamente tiene hematuria asociada (frecuentemente el PTT sí la tiene).

La respuesta correcta es: Poliangeítis microscópica

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 55 años consulta por dolor en el codo derecho, que aparece al realizar algunos movimientos y que es especialmente intenso al jugar tenis. Al examen físico presenta dolor a la palpación de la zona de inserción de los músculos extensores del antebrazo. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar radiografías de codo
- b. Solicitar una resonancia magnética nuclear de codo
- c. Solicitar un TAC de codo
- d. Iniciar AINES, indicar reposo relativo y uso de banda de descompresión
- e. Iniciar AINES e indicar inmovilización con cabestrillo



Tiene una epicondilitis (lateral o codo del tenista). Se trata con AINES, reposo relativo, KNT motora y la banda de descompresión. No es necesario pedir ningún examen, aunque ante la duda diagnóstica, podría usarse la ecografía (no sirven radiografía, TAC ni se suele usar la RMN, salvo excepciones).

La respuesta correcta es: Iniciar AINES, indicar reposo relativo y uso de banda de descompresión

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes es una manifestación extraarticular de la artritis reumatoide?

Seleccione una:

- a. Glomerulonefritis aguda
- b. Fibrosis pulmonar
- c. Eritema nodoso
- d. Meningitis aséptica
- e. Mielitis transversa



La AR se manifiesta extrarticularmente como nódulos reumatoideos, afectación de cualquiera de las 3 capas del corazón (raro), derrame pleural (exudado mononuclear con ADA elevada, igual al derrame TBC), fibrosis pulmonar, escleritis/epiescleritis (también uveítis, aunque es más rara) y una vasculitis sistémica ( fiebre, rash y mononeuritis múltiple, aunque es rara).

- Por regla general no tiene afectación renal ni del sistema nervioso central (las que son sugerentes de LES; aunque la mielitis también se ve en el síndrome de Sjögren).

- El eritema nodoso es propio de la sarcoidosis y la espondilitis anquilosante.

- Además, vale la pena recordar que casi todas las enfermedades autoinmunes producen fibrosis pulmonar.

La respuesta correcta es: Fibrosis pulmonar

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 20 años presenta dolor lumbar, que lo despierta en la noche y que es muy intenso en la mañana, pero que va cediendo, a medida que realiza actividad física. Además presenta dolor en los talones y algunas entesis. Al examen físico se aprecia limitación a la flexión de la columna lumbar. Ante la sospecha diagnóstica, ¿qué marcador estará positivo con mayor probabilidad?

Seleccione una:

- a. Factor reumatoide
- b. Creatinfosfokinasa
- c. Anticuerpos antinucleares
- d. Anticuerpos antinucleolares
- e. Ninguno



Es una espondilitis anquilosante (lumbago inflamatorio, rigidez lumbar y entesis), que se caracteriza por ser seronegativa, es decir, por no tener ningún anticuerpo elevado. Sin embargo, sí se asocia a la presencia del gen de histocompatibilidad HLA-B27.

\* Las entesis (inflamación de la unión entre un tendón y el hueso) suelen ser muy sugerentes de pelviespondiloartropatías, como la EAA y el lugar más frecuente es precisamente el talón, tanto en la inserción de la fascia plantar, como del tendón de Aquiles. Los parámetros inflamatorios suelen estar elevados (PCR y VHS). El diagnóstico suele complementarse con una radiografía de sacroilíacas (muestra sacroileitis y, en casos avanzados, la columna en "caña de bambú", con calcificación y anquilosis de los ligamentos paravertebrales). En los casos recientes, la radiografía puede estar normal y la RMN de sacroilíacas sería el examen con mayor rendimiento (se pide en casos en que la radiografía está normal, pero la sospecha es alta).

- El FR es marcador de AR y Sd. De Sjögren.

- La CK se eleva en polimiositis / dermatomiositis y también en la polimialgia reumática o otras causas de miositis. Los ANA son del LES y demás enfermedades del tejido conectivo. Los antinucleolares son de la esclerodermia.

La respuesta correcta es: Ninguno

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos son característicos de:

Seleccione una:

- a. Vasculitis primarias
- b. Enfermedades del tejido conectivo
- c. Pelviespondiloartropatías
- d. Artritis reumatoide
- e. Polimialgia reumática y arteritis de la temporal



Los ANCA son característicos de las vasculitis primarias. ANCA en patrón C es característico de la granulomatosis de Wegener (equivale a los anti-pr3) y ANCA en patrón P es característico de las demás vasculitis (equivale a los anti-mpo).

Algunas vasculitis son ANCA negativa, como la arteritis de la temporal (o de células gigantes), la vasculitis por IgA (o púrpura de Schönlein Henoch), la arteritis de Takayasu y la poliarteritis nodosa (aunque estas dos últimas sí pueden ser ANCA-p positiva en un porcentaje de los casos. Eso sí, la evidencia más reciente sugiere que podría tratarse de casos de PAM con afectación de grandes vasos, en especial porque las distintas vasculitis pueden superponerse en su presentación clínica y su fisiopatología).

La respuesta correcta es: Vasculitis primarias

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes patologías es más frecuente en hombres que en mujeres?

Seleccione una:

- a. Artrosis
- b. Dermatomiositis
- c. LES
- d. Espondilitis anquilosante
- e. Esclerodermia



La artrosis es casi igual de frecuente en ambos sexos. La dermatomiositis, LES y esclerodermia son más frecuentes en mujeres, como todas las enfermedades de tejido conectivo (ETC). La espondilitis anquilosante, en cambio, al igual que otras pélviespondilopatías, es más frecuente en hombres.

La respuesta correcta es: Espondilitis anquilosante

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 34 años, consulta por dolor en el cuello, dorso y extremidad superior derecha, que apareció luego de levantar y mover algunos muebles. Al examen presenta paresia en la separación y aducción de los dedos, e hipoestesia en el 4º y 5º dedos derechos. ¿Qué raíz nerviosa es la afectada?

Seleccione una:

- a. C5
- b. C6
- c. C7
- d. C8
- e. T1



C5: abducción hombro (deltoides) y un poco bíceps; sensibilidad del hombro.

C6: flexión codo y muñeca; sensibilidad pulgar (1º dedo).

C7: extensión codo y muñeca; sensibilidad índice (2º) y dedo medio (3º).

C8: mano y dedos; sensibilidad anular (4º) y meñique (5º).

T1: mano y dedos; sensibilidad cara interna brazo

Reflejo: bicipital: C5 - C6; tricipital: C6 - C7; estílorradial: C7.

La respuesta correcta es: C8

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 40 años, con antecedente de colon irritable, presenta fatigabilidad y dolores generalizados. En su examen físico presenta dolor a la palpación de los músculos del cuello, dorso, cara interna de las rodillas y cara lateral de los codos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Polimiositis
- b. Fibromialgia
- c. Polimialgia reumática
- d. Hipotoroidismo
- e. Lupus



Es una fibromialgia clásica. Se asocia a otros cuadros dolorosos (ej. colon irritable, trastornos somatomorfos, etc.) y se caracteriza por astenia, debilidad y mialgias generalizadas, con dolor a la presión de distintos músculos. El diagnóstico es clínico, pero siempre se piden **CK, TSH y un hemograma con VHS**, porque se puede confundir con la polimiositis (elevación de CK), hipotiroidismo (produce mialgias) o la polimialgia reumática (eleva VHS y CK), al igual que otras patologías reumatológicas (importante no pedir más exámenes). Sin embargo, estas se caracterizan por mialgias y debilidad de predominio proximal y el cuadro descrito es una fibromialgia de libro. El tratamiento consiste en **educación**, manejo del estrés, **ejercicios** (de entrenamiento y estiramiento muscular) y, en algunos casos, moduladores del dolor (pregabalin, gabapentina, **amitriptilina**, venlafaxina, duloxetina, minalcipram, etc.), siendo los tricíclicos en dosis bajas, lo más usado en pacientes jóvenes.

La respuesta correcta es: Fibromialgia

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La asociación de oligoartritis asimétrica, dactilitis y placas cutáneas eritematosas y descamativas es propia de:

Seleccione una:

- a. Artritis psoriática
- b. Panarteritis nodosa
- c. Crioglobulinemia
- d. Dermatomiositis
- e. Esclerodermia



Es una artritis psoriática de libro, con las placas de psoriasis incluidas.

- La PAN tiene mialgias, mononeuritis múltiple y angina mesentérica (se asocia a hepatitis B). Por ser una vasculitis de vaso mediano, suele diagnosticarse con angiografía mesentérica o biopsia de arterias mesentéricas.
- La crioglobulinemia tiene una glomerulonefritis aguda, con complemento bajo y lesiones cutáneas en zonas que se enfrián (orejas, dedos, pies).

La respuesta correcta es: Artritis psoriática

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál es la causa más frecuente de muerte en los pacientes con esclerodermia sistémica difusa?

Seleccione una:

- a. Hipertensión pulmonar
- b. Insuficiencia cardíaca
- c. Cáncer
- d. Fibrosis pulmonar
- e. Accidente vascular encefálico



La esclerodermia se clasifica en difusa (mueren por fibrosis pulmonar) y en limitada o CREST (mueren de hipertensión pulmonar).

La respuesta correcta es: Fibrosis pulmonar

Pregunta 16

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Mujer de 34 años con antecedentes de esplenectomía por púrpura trombocitopénico inmune crónico de difícil manejo hace 10 años, ha tenido 3 abortos y una trombosis venosa profunda. Desde hace un mes presenta un cuadro de artralgias generalizadas, astenia, adenopatías y fiebre. ¿Cuál de las siguientes pruebas de laboratorio cree de mayor utilidad para llegar al diagnóstico?:

Seleccione una:

- a. Factor reumatoide y anticuerpos antinucleares (ANA).
- b. Anticuerpos antinucleares (ANA) y anticardiolipina.
- c. Factor reumatoide y anticuerpo enfermedad de Lyme.
- d. Anticuerpo anti-ADN nativo y anti-Ro (SSA).
- e. Anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo (ANCA) y antihistonas.



Clínicamente sugiere un LES (mujer joven, con plaquetopenia, artralgias, fiebre, adenopatías), complicado con un síndrome antifosfolípidos (trombosis venosa profunda y abortos). Se deben pedir muchos exámenes, pero entre ellos, se incluyen los ANA (por el LES, al que además, hay que pedir exámenes generales, anticuerpos anti-DNA2h y Anti-Sm, o bien, el perfil ENA completo) y los anticardiolipina (por el SAF, al que además se le piden los anticuerpos antifosfolípidos, el VDRL que resulta falso positivo y el TTPA que se alarga).

La respuesta correcta es: Anticuerpos antinucleares (ANA) y anticardiolipina.

Pregunta 17

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 45 años presenta un cuadro diarreico autolimitado. Diez días después inicia cuadro de dolor lumbar, artritis asimétrica de rodillas y manos, asociados a ojo rojo profundo y disuria. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Púrpura trombocitopénico trombótico
- b. Síndrome de Reiter
- c. Enfermedad de Behcet
- d. Vasculitis de Wegener
- e. Crioglobulinemia



Es un síndrome de Reiter clásico: variante de la artritis reactiva, pero con ojo rojo (en este caso uveítis, por el ojo rojo profundo) y uretritis. En general son secundarios a diarreas por *Campylobacter* o *Yersinia*, aunque se han descrito por *Shigella*, *Salmonella*, *Clostridium difficile* y *Chlamydia* (tanto *trachomatis* como *pneumoniae*). Su diagnóstico es clínico. Su tratamiento son AINEs y, si no responde, corticoides orales o intraarticulares. Los antibióticos no suelen servir, ya que la infección pasó, con la única excepción de la portación de *Chlamydia*, que siempre conviene tratar con doxiciclina.

- La A (PTT) se caracteriza por insuficiencia renal aguda, hemólisis, trombopenia, afectación del SNC (similar al síndrome hemolítico urémico), más fiebre.
- La C (Behcet) tiene úlceras orales y genitales, dolorosas, más artritis y afectación del sistema nervioso periférico y central.
- La D (Wegener) habitualmente tiene rinosinusitis crónica, con la clínica de las vasculitis de vaso pequeño (fiebre, rash, glomerulonefritis rápidamente progresiva y alveolitis hemorrágica).

La respuesta correcta es: Síndrome de Reiter

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años consulta por dolor de la rodilla izquierda de algunos meses de evolución, que aparece con la marcha y cede con el reposo. En el último tiempo el dolor se ha hecho más intenso, limitando sus actividades habituales. Al examen físico no se observan signos inflamatorios y la radiografía de rodilla muestra disminución del espacio articular y esclerosis ósea subcondral. Se inicia paracetamol, sin respuesta. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Realizar resonancia magnética nuclear
- b. Iniciar celecoxib o naproxeno por vía oral, según comorbilidad
- c. Iniciar prednisona oral
- d. Iniciar AINEs endovenosos
- e. Iniciar colchicina



El diagnóstico es una artrosis de rodilla clásica (adulto mayor con gonalgia crónica y progresiva), confirmada con la radiografía (disminución del espacio articular, osteofitos, esclerosis subcondral). El tratamiento de primera línea es la educación, más ejercicios de fortalecimiento de cuádriceps (más útil en artrosis de rodilla, que de cadera) y, como fármaco, el paracetamol oral (1g c/8 horas), aunque la evidencia actual sugiere que no sirve mucho y que se debería preferir iniciar directamente con AINES (guía Minsal sigue usando el paracetamol).

Si sigue con dolor, no queda duda en que se deben iniciar los AINES. El celecoxib (COX-2) tiene menor riesgo de úlcera y falla renal que el naproxeno (COX-1).

Si persiste con dolor, o están contraindicados los AINES (ej. IRC o úlcera), se puede agregar tramadol, aunque estudios recientes ponen en duda su relación beneficios / efectos adversos y hay recomendaciones que los desaconsejan fuertemente. Los corticoides intraarticulares sirven, aunque por períodos breves, de 1 a 2 meses.

De última línea, la artrosis se trata con cirugía de reemplazo articular.

La respuesta correcta es: Iniciar celecoxib o naproxeno por vía oral, según comorbilidad

Pregunta 19

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 65 años se realiza una radiografía lumbar que muestra osteopenia radiológica, por lo que se solicita una densitometría ósea que muestra T-score: -2,1 y un Z-score: -0,9. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Sana
- b. Osteopenia
- c. Osteoporosis postmenopáusica
- d. Osteoporosis secundaria
- e. Enfermedad de Paget



La osteopenia se define como T-score menor o igual a -1. La osteoporosis, en cambio, tiene T-score menor o igual a -2,5. Como el Z-score es mayor a -2, es de causa primaria (si fuera menor o igual a -2, sería secundaria). La enfermedad de Paget es una enfermedad de causa desconocida (probablemente genética), que afecta a los huesos y genera riesgo de deformación y fracturas. Puede manifestarse como fosfatases alcalinas elevadas (sin síntomas) o como dolor óseo o fracturas en hueso patológico. Es característico que tengan radiografía con lesiones "en sal y pimienta", con zonas radiopacas y otras radiolúcidas. Se observa, si es asintomática; o se trata con bifosfonatos, si tiene síntomas.

La respuesta correcta es: Osteopenia

Pregunta 20

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes opciones NO es un criterio de lupus eritematoso sistémico?

Seleccione una:

- a. Fotosensibilidad
- b. Presencia de anticuerpos antinucleares
- c. Trombocitosis
- d. Psicosis
- e. Derrame pericárdico



El lupus produce trombocitopenia, es decir, lo contrario a la trombocitosis. Los demás son criterios de lupus, aunque estos varían mucho según la fuente que se estudie (fotosensibilidad, rash malar, rash discoide, alopecia difusa; ANA, C3 o C4 bajo, Anti-DNA, Anti-Sm; trombopenia, linfopenia, leucopenia, anemia hemolítica; hematuria, proteinuria, falla renal, biopsia renal con glomerulonefritis lúpica; serositis; pericarditis, derrame pleural; artritis; úlceras orales, úlceras nasales; afectación del SNC: convulsiones, psicosis, meningitis aséptica; elevación de PCR / VHS, adenopatías, síntomas constitucionales: fiebre, baja de peso, sudoración nocturna, etc.). Lo importante es saber que el LES se presenta de muchas formas y ser capaz de identificar los distintos cuadros que lo sugieren.

La respuesta correcta es: Trombocitosis

◀ 6.1 Cuestionario Reumatología

Ir a...

6.3 Cuestionario Reumátic

Comenzado el martes, 28 de marzo de 2023, 22:22

Estado Finalizado

Finalizado en martes, 28 de marzo de 2023, 22:30

Tiempo 7 minutos 55 segundos  
empleado

Puntos 8,00/10,00

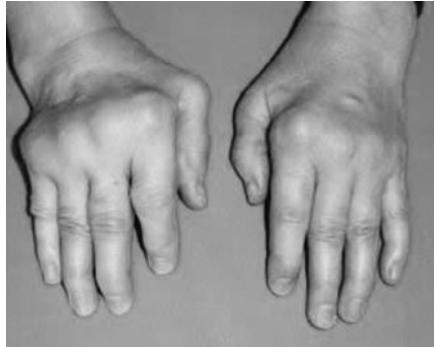
Calificación 80,00 de 100,00

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 59 años presenta artralgias desde hace varios años. Al examen físico sus manos se observan de la siguiente manera:



El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Artrosis
- b. Artritis psoriática
- c. Artritis reumatoide
- d. Gota
- e. Condrocalcinosis



Es una artritis reumatoide (AR) clásica. Tiene gran afectación de las metacarpofalángicas (rara vez afectadas por artrosis, pero características de la AR) y además, se observan las deformaciones características: dedos en cuello de cisne (en esta foto no se ven los dedos en sastre, ni la ráfaga cubital).

La respuesta correcta es: Artritis reumatoide

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 18 años consulta por malestar general y aparición de lesiones eritematosas en la cara. Al examen físico se aprecian pápulas sobre las mejillas y el dorso nasal, con una base macular eritematosa. Además, está hipertensa y en sus exámenes destaca creatinina de 2,5 mg/dl. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Enfermedad de Wegener
- b. Dermatomiositis
- c. Lupus eritematoso sistémico
- d. Síndrome hepatorrenal
- e. Estenosis mitral congénita



Es probablemente un lupus eritematoso sistémico (LES), ya que es una mujer joven con la mariposa lúpica (rash malar) y afectación renal (elevación de la creatinina).

- La granulomatosis de Wegener es una vasculitis de vaso pequeño, por lo que cursa con fiebre, artralgias, glomerulonefritis rápidamente progresiva, mononeuritis múltiple y compromiso pulmonar (alveolitis hemorrágica), aunque suele iniciar como rinosinusitis crónica.
- La dermatomiositis presenta debilidad y mialgias, más compromiso cutáneo (rash heliotropo, Gottron y rash en manto).
- El síndrome hepatorrenal es una insuficiencia renal aguda grave, en relación a un daño hepático crónico avanzado, con hipertensión portal.
- La estenosis mitral congénita puede tener las chapetas mitráticas en las mejillas, pero tiene clínica de insuficiencia cardíaca, soplo diastólico, etc.

La respuesta correcta es: Lupus eritematoso sistémico

Pregunta 3

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Los anticuerpos AntiDNA de 1 hebra, son marcadores de:

Seleccione una:

- a. Lupus discoide
- b. Lupus eritematosos sistémico
- c. Lupus por drogas
- d. Enfermedad mixta del tejido conectivo
- e. Esclerodermia



Son marcadores del lupus por drogas (Anti-histona y anti-DNA 1 hebra). Los demás:

Lupus discoide: anti-Ro y anti-La.

Lupus eritematosos sistémico: anti-DNA 2 hebras y anti-Sm.

Enfermedad mixta del tejido conectivo: anti-RNP (ribonucleoproteína).

Esclerodermia: anti-Scl70, anticentrómero, antinucleólo.

La respuesta correcta es: Lupus por drogas

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 28 años presenta un cuadro de lumbago mayor en la mañana y artritis de la rodilla izquierda. Además, presenta una uveítis izquierda, que responde bien al tratamiento con corticoides en colirio. ¿Qué marcador estará elevado con mayor probabilidad?:

Seleccione una:

- a. ANA
- b. ANCA
- c. Factor Reumatoide
- d. Anticuerpos antitransglutaminasa
- e. Ninguno



Es una espondilitis anquilosante (lumbago inflamatorio, artritis periférica y uveítis), que se caracteriza por ser seronegativa, es decir, por no tener ningún anticuerpo elevado. Sin embargo, sí se asocia a la presencia del gen de histocompatibilidad HLA-B27.

Los ANA son del LES y demás enfermedades del tejido conectivo.

Los ANCA son de las vasculitis primarias.

El FR es marcador de AR y Sd. De Sjögren.

Los anti-TGT son de la enfermedad celíaca.

La respuesta correcta es: Ninguno

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La causa más frecuente de hombro doloroso es:

Seleccione una:

- a. Luxación
- b. Artrosis
- c. Desgarro muscular
- d. Artritis
- e. Patología del manguito rotador



No hay mucho que explicar: la patología del manguito rotador (en especial, la afectación del tendón del supraespinoso), es la causa más frecuente de dolor de hombro.

La respuesta correcta es: Patología del manguito rotador

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente presenta mialgias, debilidad muscular, de predominio proximal y eritema de los párpados superiores y sobre los hombros. ¿Qué marcador suele estar elevado?

Seleccione una:

- a. Anticuerpos anti-nucléolo
- b. Anticuerpos anti-centrómero
- c. Anticuerpos anti-RNP
- d. Anticuerpos anti-Ro
- e. Anticuerpos anti-Jo1



Tiene una dermatomiositis clásica: mialgias y debilidad muscular de predominio proximal, más compromiso cutáneo (en este caso con el rash "heliotropo", en los párpados y el rash "en manto" en los hombros). Suele tener como marcador más frecuente la CK elevada. Sin embargo, como todas las enfermedades del tejido conectivo, es ANA (+) y en específico presenta los anticuerpos anti-Jo1, anti-Mi2 y anti-SRP.

- Los anti-Jo1 o antisintetasa son los más importantes, por asociarse al síndrome antisintetasa (dermatomiositis más fibrosis pulmonar).

De los demás:

- Anticuerpos anti-nucléolo: esclerodermia.
- Anticuerpos anti-centrómero: esclerodermia, en específico CREST.
- Anticuerpos anti-RNP: enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC).
- Anticuerpos anti-Ro: Junto con el Anti-La están en Sd. Sjögren, lupus discoide y bloqueo AV congénito.

La respuesta correcta es: Anticuerpos anti-Jo1

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 56 años consulta por dolor muy intenso en el pie derecho. Refiere que el día anterior consumió alcohol en una fiesta y que despertó por el dolor a la mañana siguiente. No se golpeó y al examen se aprecia eritema y aumento de volumen en relación a la primera articulación metatarsofalángica derecha. El tratamiento más adecuado para la situación actual de este paciente es:

Seleccione una:

- a. Indicar reposo e iniciar naproxeno oral.
- b. Iniciar allopurinol oral
- c. Iniciar bifosfonatos orales
- d. Iniciar paracetamol y alopirinol orales
- e. Iniciar metotrexato oral



Parece una crisis de gota, ya que tiene una podagra (artritis aguda de la primera articulación metatarsofalángica). En agudo existen 3 formas aceptables de tratar, todas con evidencia científica robusta: 1. Corticoides orales, 2. AINES orales y 3. Colchicina oral. Lo habitual son los AINES, pero algunas recomendaciones internacionales prefieren los corticoides.

El allopurinol solo se indica si ha habido 2 o más crisis en 1 año y se va aumentando la dosis hasta lograr la normalización del ácido úrico plasmático.

- A diferencia de lo que se creía antes, actualmente es aceptable iniciar el allopurinol durante la misma crisis, ya que no empeora la crisis (mito eliminado por la ciencia). Sin embargo, tampoco tiene mayor utilidad iniciarlo en la crisis ni menos aún suspenderlo, si es que ya se inició. Por tanto, sigue aplicando la frase "no cambie el allopurinol en la crisis de gota, sino después de resuelta".

La colchicina es especialmente buena en las primeras 24 horas de síntomas y, además, eventualmente puede usarse para prevenir nuevas crisis, ejemplo, en pacientes que no toleran el alopirinol o que no logran normalizar el ácido úrico (no siempre es fácil).

La respuesta correcta es: Indicar reposo e iniciar naproxeno oral.

Pregunta 8

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Una paciente de 40 años presenta un cuadro de malestar general, fiebre y oliguria. Al examen físico presenta edema de las extremidades inferiores. Se solicitan exámenes generales que muestran creatinina de 6,5 mg/dl, hematuria dismórfica y normalidad de las pruebas hepáticas y el hemograma. Se solicitan anticuerpos que muestran ANA(-), ANCA(+) en patrón citoplasmático y perfil ENA negativo. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Lupus sistémico
- b. Poliangeítis microscópica
- c. Granulomatosis de Wegener
- d. Síndrome de Churg Strauss
- e. Síndrome de Good Pasture



Tiene clínica de una vasculitis de vaso pequeño: fiebre, malestar, glomerulonefritis rápidamente progresiva (hematuria dismórfica más falla renal aguda grave), además de ser ANCA positivo. En este caso, por ser ANCA-C (citoplasmático) es una granulomatosis de Wegener, ya que es la única patología con dicho marcador.

Si la historia hubiese sido igual, pero con los ANA(+), en lugar de los ANCA, sería un lupus sistémico..

Si hubiese sido ANCA-P (perinuclear), probablemente sería una PAM (poliangeítis microscópica, aunque suele afectar a personas de mayor edad. También podría haber sido un Churg-Strauss, si viniera con asma severo.

El síndrome de Good Pasture es una enfermedad por anticuerpos anti-membrana basal, que produce un síndrome riñón-pulmón (glomerulonefritis más alveolitis hemorrágica). Se puede dar aislado o junto a las vasculares de caso pequeño.

La respuesta correcta es: Granulomatosis de Wegener

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 45 años consulta por artralgias de 2 meses de evolución, que han ido en aumento. Las articulaciones más comprometidas son las interfalángicas proximales, mecarpofalángicas y las muñecas, aunque también presenta dolor en las metatarsofalángicas, la rodilla derecha y el codo izquierdo. Al examen físico se aprecia aumento de volumen, eritema y signos de derrame articular de varias de las articulaciones descritas. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Lupus sistémico
- b. Artritis reumatoide
- c. Artrosis
- d. Artritis viral
- e. Condrocalcinosis



Es una AR clásica, por la clínica: poliartritis crónica de manos, simétrica, con compromiso de las muñecas y articulaciones MCF (además suele afectar a las IFP: interfalángicas proximales y cursar con rigidez matinal mayor a 30 minutos).

No tiene otros síntomas, como para pensar en lupus.

No puede ser artrosis, porque la artrosis no tiene artritis, es decir, no tiene signos inflamatorios en las articulaciones. Además, cuando afecta las manos, la artrosis afecta las articulaciones interfalángicas distales y proximales.

La artritis viral podría tener la misma clínica, pero de manera aguda y no crónica, como en este caso (los virus producen una poliartritis aguda).

La condrocalcinosis se caracteriza por monoartritis (o, a lo más, oligoartritis) migratoria (al igual que la gota).

La respuesta correcta es: Artritis reumatoide

Pregunta **10**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 40 años consulta por disfagia, asociada a signo de Raynaud intenso y recurrente. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Acalasia esogástrica
- b. Dermatomiositis
- c. Cáncer de esófago
- d. Esófago de Barret
- e. Esclerodermia



Tiene la clínica clásica de una esclerodermia tipo CREST (Calcinosis de los dedos, Raynaud, Esófago: disfagia ilógica, Sclerodactilia y Telangiectasias). En este caso, solo tiene el fenómeno de Raynaud y el compromiso esofágico.

La acalasia también tiene disfagia ilógica (porque también es un trastorno motor del esófago), pero no tiene los demás síntomas del CREST.

El cáncer de esófago tiene una disfagia lógica (ya que afecta más a los sólidos que a los líquidos y va aumentando con el tiempo), sin Raynaud.

El esófago de Barret es una complicación del reflujo gastroesofágico, que se caracteriza por metaplasia intestinal de la mucosa esofágica y tiene riesgo de evolucionar a cáncer, pero es completamente asintomático.

La respuesta correcta es: Esclerodermia

[◀ 6.2 Cuestionario Reumatología](#)

[Ir a...](#)

[6.4 Cuestionario Reumato](#)

**Comenzado el** martes, 28 de marzo de 2023, 22:37

**Estado** Finalizado

**Finalizado en** martes, 28 de marzo de 2023, 22:44

**Tiempo empleado** 6 minutos 59 segundos

**Puntos** 6,00/7,00

**Calificación** **85,71** de 100,00

Pregunta **1**

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 23 años consulta por dolor glúteo y lumbar, crónico, que aparece al despertar y que cede con los movimientos durante el día. Además, ha presentado dolor en los talones y rodillas. Se solicita una radiografía de columna, que resulta normal. ¿Qué examen es más adecuado para proseguir el estudio?:

- a. Factor reumatoide y anticuerpos anticitrulina
- b. Resonancia magnética nuclear de columna lumbosacra y articulaciones sacroiliacas ✓
- c. Anticuerpos antinucleares y antiDNA
- d. Estudio de líquido sinovial
- e. Hemograma y VHS

La sospecha es una espondilitis anquilosante u otra pelvispondilopatía. El examen inicial sigue siendo la radiografía, pero el con mejor rendimiento es la RMN, por lo que debe pedirse tras una radiografía normal. Recordemos que el síndrome facetario también suele ser mayor en la mañana, pero se caracteriza por ser dolor de tipo mecánico. También podría ser útil el antígeno HLA-B27, que es un marcador, aunque tiene falsos positivos y negativos.

La respuesta correcta es: Resonancia magnética nuclear de columna lumbosacra y articulaciones sacroiliacas

Pregunta 2

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Una mujer de 27 años, cursando embarazo de 12 semanas acude a su primer control médico, en el que refiere artralgias de manos, de larga evolución, pero que han aumentado considerablemente en el último tiempo. Al examen físico tiene FC: 80x', PA: 150/100 mmHg, se aprecia aumento de volumen, derrame articular y eritema en relación a las articulaciones interfalángicas proximales y metacarpofalángicas y se palpan adenopatías cervicales. Además, tiene edema de extremidades inferiores y proteinuria cualitativa ++. El diagnóstico más probable es:

- a. Enfermedad de Still
- b. Artritis reumatoide ✗
- c. Preclampsia
- d. Lupus eritematoso sistémico
- e. Síndrome antifosfolípidos

Tiene un LES clásico, con la afectación renal y articular. Suele empeorar con el embarazo, a diferencia de otras patologías autoinmunes. El síndrome antifosfolípidos también empeora en el embarazo y se asocia a LES, pero su clínica son trombosis (es una trombofilia adquirida) y malos resultados obstétricos (abortos, partos prematuros y preclampsia). Sus exámenes muestran alargamiento del TTPA (anticoagulante lúpico) y falsa positividad del VDRL.

La respuesta correcta es: Lupus eritematoso sistémico

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una mujer de 25 años consulta por astenia, disnea y alteraciones en los dedos. Refiere que sus dedos se ponen blancos en algunas oportunidades y que la piel que los cubre se ha adelgazado. Al preguntar dirigidamente, también tiene dificultades para tragar, asociadas a pirosis. ¿Qué marcador es el más sugerente de esta patología?

- a. Anti-Sm
- b. Anticentrómero ✓
- c. HLA B27
- d. Anti-Jo1
- e. Anti-RNP

Parece un CREST o esclerodermia sistémica limitada, por lo que su marcador son los anticuerpos anticentrómero.

La respuesta correcta es: Anticentrómero

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 82 años presenta un cuadro de astenia, asociado a dolor en los hombros y la espalda. Su examen físico no aporta mayor información, por lo que se realizan exámenes que muestran hematocrito: 32%, blancos: 3.000 por mm<sup>3</sup>, plaquetas: 110.000 por mm<sup>3</sup>, glicemia: 90 mg/dl, calcio: 12,0 mg/dl, colesterol: 150 mg/dl, albúmina: 3,0 g/dl, proteínas totales: 9,4 g/dl, creatinina: 3,0 mg/dl, LDH: 390 UI/L, ANA (+) en dilución 1/40, FR (-). ¿Qué patología se debe sospechar en primer lugar?

- a. Déficit de vitamina B12
- b. Mielodisplasia
- c. Lupus sistémico de inicio tardío
- d. Mieloma
- e. Pelviespondiloatropatía



Tanto la clínica como los exámenes sugieren un mieloma múltiple. Tiene una pancitopenia, hipercalcemia, hipoalbuminemia, con hiperproteinemia y falla renal. Los ANA (+) se ven en el 5% de la población. Los dolores en los hombros y espalda parecen más dolores óseos que articulares, pero podrían ser cualquiera de los dos, pero aun así no parece una PEA, las que suelen afectar a pacientes jóvenes y tener la clásica clínica de lumbago inflamatorio, más oligoartritis asimétrica, sin marcadores positivos.

La respuesta correcta es: Mieloma

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Paciente de 27 años consulta por dolor intenso en rodilla derecha, de 24 horas de evolución, progresivo y que se ha asociado a sensación febril. Al examen físico, tiene FC: 88x', PA: 120/80 mmHg, T°: 38°C y en el examen segmentario destaca eritema, aumento de volumen y de temperatura local a nivel de la articulación descrita. Se realiza punción articular, que demuestra presencia de escasos cristales y cocáceas gram negativos. El tratamiento más adecuado es:

- a. Drenaje quirúrgico + vancomicina endovenosa
- b. Drenaje quirúrgico + ceftriaxona endovenosa
- c. Antiinflamatorios no esteroidales y reposo
- d. Alopurinol oral más antiinflamatorios
- e. Ceftriaxona intramuscular



Tiene una artritis séptica por gonococo. Se trata con ceftriaxona endovenosa, más el drenaje quirúrgico (idealmente por artroscopía). Cuando son por *Staphylococcus aureus*, si bien el tratamiento inicial históricamente ha sido la cloxacilina u otro betalactámico con acción antiestafilocócica, dado el aumento de la prevalencia de estafilococos resistentes, en muchos lugares se prefiere iniciar con vancomicina y cambiar el antibiótico, una vez que se tenga el estudio de susceptibilidad.

La respuesta correcta es: Drenaje quirúrgico + ceftriaxona endovenosa

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 23 años inicia dolor lumbar de 6 meses de evolución, mayor en las mañanas, asociado a rigidez que cede a medida que realiza actividad física. Al examen físico no es capaz de flectar la columna, llegando a tocar sólo las rodillas con las extremidades inferiores extendidas. Se solicitan exámenes, que muestran factor reumatoide negativo, anticuerpos antinucleares negativos, antígeno HLA-B27 positivo y radiografía de columna lumbosacra, que muestra signos de sacroileítis. La conducta más adecuada es:

- a. Iniciar terapia biológica con inhibidores de TNF alfa
- b. Educar, iniciar naproxeno y ejercicios
- c. Solicitar RNM de columna lumbosacra
- d. Iniciar metotrexato
- e. Iniciar corticoides orales y reposo relativo



Tiene una espondilitis anquilosante clásica, cuyo tratamiento inicial son los AINES (cualesquier), más ejercicios de elongación y educación. En los casos que no responden, se inicia terapia biológica, por ejemplo, con infliximab (aunque existen actualmente múltiples fármacos biológicos útiles y más seguros como el etanercept y el adalimumab).

Generalmente, no requiere de corticoides, drogas modificadoras de la AR (salvo en complicaciones extra articulares y otros casos seleccionados). Como ya tiene alteraciones en la radiografía y HLA-B27 positivo, no se requiere la resonancia magnética ni ningún otro examen.

La respuesta correcta es: Educar, iniciar naproxeno y ejercicios

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 45 años presenta fatigabilidad y dolores musculares generalizados, asociados a ánimo bajo. Dentro de los antecedentes destaca trastorno digestivo funcional siendo tratada con dieta y trimebutino. Al examen físico, presenta dolor al palpar músculos del cuello, dorso, cuadrante superior externo de glúteos y cara lateral de los codos, sin otras alteraciones. Se solicitan exámenes, que muestran FR: 20 UI/L (VN: <15), CPK: 100 ug/L (VN: <120), hemograma normal. La conducta más adecuada es:

- a. Solicitar biopsia muscular y perfil ENA
- b. Iniciar antiinflamatorios no esteroidales
- c. Iniciar prednisona oral
- d. Iniciar metotrexato y solicitar anticuerpos anticitrulina
- e. Iniciar amitriptilina en dosis bajas y ejercicio



El cuadro clínico sugiere fuertemente una fibromialgia, cuyo principal tratamiento es la educación. El ejercicio aeróbico y de elongación tiene un rol relevante. Dentro de los fármacos que se pueden usar inicialmente están los ADTC en baja dosis (como la amitriptilina), la pregabalina y algunos antidepresivos (duloxetina y milnacipran).

La respuesta correcta es: Iniciar amitriptilina en dosis bajas y ejercicio

|                 |                                    |
|-----------------|------------------------------------|
| Comenzado el    | martes, 28 de marzo de 2023, 22:55 |
| Estado          | Finalizado                         |
| Finalizado en   | martes, 28 de marzo de 2023, 23:04 |
| Tiempo empleado | 9 minutos 4 segundos               |
| Puntos          | 7,00/10,00                         |
| Calificación    | 70,00 de 100,00                    |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 70 años consulta por un cuadro de astenia y malestar general. Se solicitan exámenes que muestran calcemia: 14,8 mg/dl, albúmina plasmática: 3,6 g/dl, PTH: disminuida, fosfatasas alcalinas: elevadas. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hiperaldosteronismo primario
- b. Cáncer medular de tiroides
- c. Hipercalcemia maligna
- d. Hipercalcemia ficticia
- e. Insuficiencia suprarrenal

Lo primero es corregir la calcemia, por albúmina, aunque en este caso, al corregirla, sigue habiendo hipercalcemia importante. Lo segundo es ver la PTH: si está alta, es hiperaldosteronismo primario. Si está baja (como en este caso) es hipercalcemia maligna. Las fosfatasas alcalinas se elevan en ambas causas.

La fórmula de corrección de la calcemia es la siguiente:

$$\text{Calcio corregido} = \text{Calcio} + 0,8 \times (4 - \text{albúmina})$$

$$\text{Calcio corregido} = 14,8 + 0,8 \times (4 - 3,6)$$

$$\text{Calcio corregido} = 14,8 + 0,8 \times 0,4$$

$$\text{Calcio corregido} = 14,8 + 0,32$$

$$\text{Calcio corregido} = 15,12$$

Como puede verse, cuando la albúmina es cercana a 4 (como en este caso), es poco lo que varía. Además, cuando la albúmina es menor a 4, la corrección será al alza, mientras que cuando es mayor a 4, la corrección será a la baja. Sabiendo esto se puede hacer más rápido, sin siquiera calcular.

La respuesta correcta es: Hipercalcemia maligna

**Pregunta 2**

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 40 años presenta aumento de volumen cervical. Al examen físico se palpa un nódulo de 2 cm de diámetro, en relación a la glándula tiroides, que asciende con la deglución. Se solicita una ecografía cervical, que lo visualiza de aspecto sólido-quístico, sin adenopatías y una TSH que resulta 1,0 UI/L. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Resolver quirúrgicamente de inmediato
- b. Solicitar TAC de cuello ✗
- c. Realizar punción aspiración con aguja fina
- d. Solicitar cintigrafía con yodo radiactivo
- e. Solicitar niveles plasmáticos de calcitonina y tiroglobulina

El orden de estudio del nódulo tiroideo es 1. TSH y ecografía cervical y 2. Punción con aguja fina (PAAF).

- De acuerdo a la guía Minsal, se punciona si es mayor a 10 mm; aunque si es quístico, se puede esperar a que tenga 15 mm.  
- Vale la pena mencionar que en guías internacionales se recomienda estratificar el nódulo de acuerdo a su aspecto ecográfico, desde TR1 hasta TR5 (clasificación de Tirrads, muy similar a la de Birrads en el nódulo mamario) y definir con ello la necesidad de PAAF.

TR1: tiroides normal. No hay nódulo que puncionar.

TR2: benigno. Ejemplo clásico: quiste simple sin pared. No requiere puncionar, independientemente del tamaño.

TR3: probablemente benigno. Puncionar sobre 15 mm.

TR4: probablemente maligno. Puncionar sobre 10 mm.

TR5: maligno. Puncionar independientemente del tamaño (aunque bajo 5 mm puede ser muy difícil y ello se le debe advertir al paciente).

La cintigrafía solo se pide si es que hay hipertiroidismo asociado, de modo de diferenciar si es un nódulo caliente o hipercaptante (causante del hiperT4 y que requiere tratamiento con yodo radiactivo: I131 o cirugía) o si, en cambio, es un nódulo "frío", normocaptante o hipocaptante, que se punciona con aguja fina, para saber qué es.

La respuesta correcta es: Realizar punción aspiración con aguja fina

**Pregunta 3**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 30 años presenta un bocio de tamaño moderado, difuso. No presenta síntomas y su examen físico es normal. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

Seleccione una:

- a. Iniciar levotiroxina en dosis bajas
- b. Solicitar TAC de cuello
- c. Solicitar cintigrafía con yodo radiactivo
- d. Solicitar TSH y anticuerpos anti-TPO ✓
- e. Solicitar T4 y tiroglobulina

El estudio inicial del bocio difuso es con TSH (es el examen más importante) y, además, puede complementarse con anticuerpos anti peroxidasa tiroidea, ya que la tiroiditis de Hashimoto es la causa más frecuente de bocio.

- La ecografía se debe pedir solo en los casos en que hay un bocio nodular (como estudio del nódulo tiroideo) o en los que hay un crecimiento muy rápido, que obligue a buscar otras causas.

- La cintigrafía tiroidea con yodo radiactivo solo se pide si la TSH está suprimida, es decir, si hay un hiperT4.

La respuesta correcta es: Solicitar TSH y anticuerpos anti-TPO

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto al cáncer papilar de tiroides?

Seleccione una:

- a. Es el cáncer de tiroides más frecuente
- b. Se disemina por vía linfática
- c. Su tratamiento es la tiroidectomía total
- d. Se beneficia del uso de yodo radiactivo
- e. Una vez tratado, debe seguirse periódicamente con triyodotironina plasmática, para detectar precozmente las recidivas



El cáncer papilar es el más frecuente (85% de los casos), seguido del cáncer folicular. Ambos se tratan con tiroidectomía total más yodo radiactivo y se siguen luego con tiroglobulina: Tg (no con triyodotironina: T3). El papilar se disemina por vía linfática; el folicular, por vía hematogena.

La respuesta correcta es: Una vez tratado, debe seguirse periódicamente con triyodotironina plasmática, para detectar precozmente las recidivas

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La asociación de amenorrea secundaria e hirsutismo es muy sugerente de:

Seleccione una:

- a. Hiperplasia suprarrenal congénita
- b. Climaterio
- c. Hipogonadismo hipergonadotrópico
- d. Síndrome de ovario poliquístico
- e. Hipogonadismo hipogonadotrópico



La amenorrea más hirsutismo es diagnóstico de SOP, ya que cumple con el criterio menstrual y con el criterio del hiperandrogenismo (clínico, en este caso, por el hirsutismo, aunque también existiría hiperandrogenismo cuando hay acné o alopecia de tipo masculina).

\* Solo cuando hay un criterio (solo oligomenorrea o solo hiperandrogenismo) se debe pedir la ecografía TV para confirmar la presencia de ovarios poliquísticos. De lo contrario, no es necesario y se puede proceder a tratar.

\* Solo cuando no hay hiperandrogenismo clínico, se debe pedir la testosterona total o, idealmente, el índice de andrógenos libres (testosterona / SHBG) para confirmar el hiperandrogenismo de laboratorio.

\* Si bien el diagnóstico sigue siendo con mínimo 2 de 3 criterios: menstrual, hiperandrogenismo y ecográfico, hay autores que se quedan solo con el criterio menstrual y el hiperandrogenismo clínico.

\* Se debe estudiar la presencia de dislipidemia, resistencia a la insulina e indagar sobre posible apnea del sueño.

- La opción A (HSRC) produce una insuficiencia suprarrenal, más hiperandrogenismo, desde la infancia.

- El climaterio produce un hipogonadismo hipergonadotrópico, con bochornos y los hipogonadismos, no tienen hirsutismo (que es signo de hiperandrogenismo, no de hipogonadismo).

La respuesta correcta es: Síndrome de ovario poliquístico

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una mujer de 23 años, asintomática, acude a chequeo médico, donde se le solicita una TSH que resulta 3,1 UI/L (VN: 0,4 – 4,0 UI/L) y una T4, que resulta 13,5 ug/ml (VN: 4,5 – 12,5 ug/ml). No tiene patologías conocidas, pero usa anticonceptivos orales. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar anticuerpos anti-TPO y solicitar ecografía cervical
- b. Solicitar anticuerpos TRAB y solicitar contigrafía tiroidea
- c. Iniciar levotiroxina oral
- d. Derivar para inicio de yodo radiactivo
- e. Explicar normalidad de su situación y observar evolución



Tiene TSH normal, por lo que está eutiroidea. En cambio, tiene la T4 alta, pero por usar ACO, se asume que tiene elevación de la TBG. También sería aceptable pedir T4 libre, para confirmar el estado eutiroideo, pero la verdad es que ni siquiera debió haberse pedido la T4, ya que el screening en pacientes asintomáticos se debe hacer solo con la TSH y lo principal es explicar que sus resultados son normales. Finalmente, no se debe confundir con el hipertiroidismo subclínico, en que está alterada la TSH y normal la T4 o T4 libre.

La respuesta correcta es: Explicar normalidad de su situación y observar evolución

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes patologías es causa de hiponatremia?

Seleccione una:

- a. Diabetes insípida
- b. Enfermedad de Cushing
- c. Hipogonadismo hipogonadotrópico
- d. Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética
- e. Hipertiroidismo



El exceso de ADH produce retención de agua y por tanto, hiponatremia.

Otras causas endocrinas son el hipotiroidismo y la insuficiencia suprarrenal.

La diabetes insípida, por el contrario, produce hipernatremia.

La respuesta correcta es: Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 30 años consulta por un cuadro de marcado malestar general y ortostatismo. Al examen físico está sudorosa, con FC: 110x' y PA: 90/60 mmHg, que no aumenta, luego de administrar un litro de suero fisiológico. Se aprecia hiperpigmentación de las manos y la mucosa oral y su hemoglucotest es de 63 mg/dl. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar cortisol libre urinario de 24 horas
- b. Solicitar metanefrinas urinarias
- c. Administrar levotiroxina oral
- d. Administrar corticoides endovenosos
- e. Solicitar resonancia magnética nuclear de silla turca



La sospecha clínica es una insuficiencia suprarrenal aguda (crisis suprarrenal), dado la hipotensión refractaria, asociada a la hiperpigmentación (lo que sugiere enfermedad de Addison: insuficiencia suprarrenal primaria). Además, la glicemia en el límite bajo, la sugiere. Ante la mera sospecha, ya se deben indicar los corticoides.

También sería correcto tomar una muestra de sangre, antes de administrar la hidrocortisona, de modo de medir cortisol en plasma.

Durante la crisis adrenal, lo fundamental es tratar y el estudio se puede diferir, pero está bien solicitar cortisol basal, ya que si está demasiado bajo (<80 nmol/L), se confirma el diagnóstico, incluso sin el test de estimulación con ACTH, que es el de elección para el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal.

\* En los casos crónicos, se mide el cortisol basal:

- Si <80 nmol/L = insuficiencia suprarrenal.
- Si >500 = se descarta la insuficiencia suprarrenal.
- Si 80-500 = test de ACTH hace la diferencia (si logra que suba el cortisol sobre 500, descarta. Si no, confirma).

\* Los niveles de ACTH y aldosterona diferencian las causas primarias de las hipofisiarias:

- Primaria: ACTH alta y aldosterona baja.
- Hipofisiaria / hipotalámica: ACTH baja y aldosterona normal.

La respuesta correcta es: Administrar corticoides endovenosos

Pregunta 9

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

Un paciente presenta un cuadro de 3 meses de evolución de astenia, asociado a disminución de las masas musculares, con obesidad de predominio central. Al examen físico se aprecian estrías abdominales, "cara de luna" y tungo. Se solicita una prueba de supresión corta, que resulta alterada, por lo que se realiza una prueba de supresión larga, la que no suprime y se piden niveles de ACTH, que resultan indetectables. ¿Qué examen es más adecuado para proseguir el estudio en este paciente?

Seleccione una:

- a. Resonancia magnética nuclear de silla turca ✗
- b. Metanefrinas en orina
- c. TAC de abdomen
- d. Niveles plasmáticos de cortisol y DHEAs
- e. Radiografía de tórax

El diagnóstico es un síndrome de Cushing, en el que ya fue confirmado el hipercortisolismo con la prueba de supresión corta. Además, es de localización suprarrenal, puesto que la ACTH está indetectable y la prueba de supresión larga no suprime. Por tanto, se debe proseguir el estudio con un TAC de suprarrenales, para ver si hay un tumor productor de cortisol o una hiperplasia. Si la ACTH estuviese elevada y la prueba de supresión larga suprimiera, la respuesta correcta sería la RMN de silla turca, ya que se sospecharía un tumor hipofisiario productor de ACTH.

\*\* Recordatorio de estudio de sospecha de síndrome de Cushing (pacientes con clínica compatible, osteoporosis secundaria o HTA secundaria, adenoma adrenal):

Solicitar cualquiera de los siguientes test (si mucha sospecha, se puede pedir más de uno):

1. Cortisol libre urinario de 24 horas.
2. Cortisol en saliva (noche).
3. Cortisol basal y post-dexametasona (1 mg) = "supresión corta".

- Si están alterados dos de ellos o muy alterado uno, se confirma el hipercortisolismo y se sigue el estudio para buscar la causa, con niveles de ACTH:

1. Si ACTH muy baja (<5 pg/ml): causa es suprarrenal. Se sigue estudio con TAC o RMN de suprarrenales.
2. Si ACTH muy elevada (>20 pg/ml): causa es hipofisiaria (ACTH dependiente: Enfermedad de Cushing). Se sigue estudiando con RMN de hipófisis.
3. Si ACTH indeterminada (5-20 pg/ml): solicitar test de supresión larga. Si suprime, es hipofisiario. Si no suprime, es suprarrenal.

La respuesta correcta es: TAC de abdomen

Pregunta 10

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

Una paciente de 50 años consulta por astenia y dificultad para ver de un mes de evolución, que ha ido en aumento. Al examen físico presenta aumento de tamaño de las manos y pies, la nariz y los labios. Además, se aprecia un defecto campimétrico, compatible con una hemianopsia heterónima bitemporal. En sus exámenes generales destaca glicemia de ayuno de 180 mg/dl. ¿Cuál de es el diagnóstico más probable?

Seleccione una:

- a. Tumor hipofisiario productor de TSH
- b. Síndrome de compresión del tallo hipofisiario ✗
- c. Tumor hipofisiario productor de GH
- d. Neoplasia endocrina múltiple tipo 2
- e. Síndrome poliglandular

La hemianopsia bitemporal sugiere lesión del quiasma óptico, que habitualmente es secundaria a un tumor hipofisiario. Además tiene clínica de acromegalia: aumento de tamaño de las manos, pies, nariz, labios, orejas y la diabetes secundaria (dado que la GH es una hormona de contrarregulación de la insulina).

La acromegalia se diagnostica con IGF-1 (insulin like growth factor 1 = factor de crecimiento similar a insulina 1), también llamada somatomedina 1.

Si está elevada, se pide la RMN de hipófisis, aunque en este caso está igualmente indicada la RMN por la hemianopsia bitemporal.

La respuesta correcta es: Tumor hipofisiario productor de GH

[◀ 16. Métodos anticonceptivos – Segunda parte](#)

Ir a...

[7.2 Cuestionario Endocrino](#)

|                 |                                    |
|-----------------|------------------------------------|
| Comenzado el    | martes, 28 de marzo de 2023, 23:31 |
| Estado          | Finalizado                         |
| Finalizado en   | martes, 28 de marzo de 2023, 23:48 |
| Tiempo empleado | 17 minutos 14 segundos             |
| Puntos          | 14,00/20,00                        |
| Calificación    | 70,00 de 100,00                    |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 34 años hipotiroidea, en tratamiento con 100 ug al día de levotiroxina, se embaraza. Usted la controla al tercer mes de embarazo y trae una TSH de 3,5 UI/L. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Mantener indicaciones
- b. Aumentar la dosis de levotiroxina
- c. Solicitar T4 y T3 libres
- d. Disminuir la dosis de levotiroxina
- e. Reemplazar la levotiroxina por levotriyodotironina



En el embarazo, el objetivo de la TSH es entre 0,4 y 2,5 UI/L. Por tanto, se debe subir la dosis a 125 ug/día y controlar con nueva TSH en 4 semanas (en no embarazadas se controla cada 6 semanas).

Resumen actualizado de hipoT4 en embarazo:

1. El hipoT4 en el embarazo es un tema controvertido, en el que se toman algunas medidas con poca evidencia, a fin de no arriesgarse a afectar el desarrollo cerebral fetal.

2. Fisiológicamente, en el embarazo es normal que suba la T4 libre, por aumento de la TBG. También aumentan los requerimientos de T4, por lo que puede aumentar levemente la T4 libre y la TSH suele bajar a valores entre 0,2 y 2,5, aunque lo ideal es tener una tabla de valores por edad gestacional. Sin embargo, se sigue considerando como eutiroidea a valores entre 0,4 y 4,0 de TSH.

3. Las pacientes que tenían el diagnóstico previo de hipoT4 deben hacer varias cosas:

- Embarazarse con valores de TSH entre 0,4 y 2,5 (previo suben un poco la dosis).
- Si no la subieron antes y se embarazan, se sube la dosis en 30% aprox.

- El objetivo de TSH en el embarazo es menor a 2,5. El límite bajo de la TSH varía entre 0,1 y 0,4 UI/L, según la fuente.

4. Las pacientes embarazadas sin diagnóstico previo, se deben hacer una TSH.

- Si TSH > 4 y T4 libre baja = hipoT4 = tratar (dosis estándar + 30%).
- Si TSH > 4 y T4 libre normal = hipoT4 subclínico = tratar con dosis menor (ej. 1 ug/Kg/día).
- Si TSH entre 2,6 y 4 = discutible. Algunos tratan igual; otros solo tratan si anticuerpos antiTPO(+).
- Si TSH ≤ 2,5 = sana.

La respuesta correcta es: Aumentar la dosis de levotiroxina

Pregunta 2

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Una paciente de 43 años sufre un accidente de tránsito, con golpe en la cabeza. Evoluciona con poliuria y polidipsia. Se solicitan una glicemia, que resulta normal. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

Seleccione una:

- a. Iniciar una tiazida
- b. Indicar restricción de agua libre a 800 cc al día
- c. Solicitar niveles plasmáticos de ADH
- d. Solicitar osmolaridades plasmática y urinaria
- e. Iniciar tratamiento con furosemida

✗

La sospecha es una diabetes insípida, de tipo central (por lesión hipofisiaria). La forma de diagnosticarla es con sodio y osmolaridades urinarias y plasmáticas basales y post-privación de agua (aparece hipernatremia y mantiene orinas diluidas, a pesar de la privación de agua). Eso sí, si tiene hipernatremia en los exámenes, se confirma el diagnóstico sin necesidad de privar al paciente de agua, ya que habría riesgo de una hipernatremia más grave con hemorragia cerebral.

Se trata con desmopresina intranasal, asegurando además una ingesta de agua adecuada.

- Vale la pena recordar que el SSIADH (causa de hiponatremia) también se puede producir por un trauma craneano, pero su clínica es completamente diferente.

- El SSIADH es lo que se trata con restricción de agua.

La respuesta correcta es: Solicitar osmolaridades plasmática y urinaria

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 30 años consulta por malestar general y síncopes, por hipotensión ortostática. Al examen físico está muy decaída, con FC: 130x', regular, PA: 70/30 mmHg, mucosas con hiperpigmentación de lengua y cara interna de las mejillas. Se solicitan exámenes, que muestran hiponatremia, hiperkalemia y glicemia de 60 mg/dl. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar suero fisiológico e iniciar noradrenalina endovenosa
- b. Administrar alfabloqueantes y luego betabloqueantes
- c. Solicitar test de supresión con dexametasona
- d. Administrar suero fisiológico e hidrocortisona por vía endovenosa
- e. Administrar suero fisiológico y solicitar resonancia magnética de silla turca

✓

La sospecha clínica es una insuficiencia suprarrenal aguda (crisis suprarrenal), dada la hiperpigmentación (lo que sugiere enfermedad de Addison: insuficiencia suprarrenal primaria). Además, la glicemia en el límite bajo, la hiponatremia y la hiperkalemia, la sugieren fuertemente. Ante la mera sospecha, ya se deben indicar los corticoides endovenosos (hidrocortisona), más el suero fisiológico. También se solicita cortisol basal (si está bajo confirma). En agudo, se prefiere tratar, incluso sin un diagnóstico claro. En agudo no se puede hacer la prueba de estimulación con ACTH, porque la hidrocortisona altera la medición del cortisol plasmático.

La respuesta correcta es: Administrar suero fisiológico e hidrocortisona por vía endovenosa

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Qué patología se asocia al cáncer medular de tiroides y debe ser descartada antes de tratarlo?

Seleccione una:

- a. Hipoparatiroidismo
- b. Feocromocitoma
- c. Enfermedad de Addison
- d. Enfermedad de Cushing
- e. Acromegalia



El cáncer medular de tiroides se asocia a la NEM tipo 2 (Neoplasia endocrina múltiple tipo 2), la que además es causa de hiperparatiroidismo primario y feocromocitoma. Además, el feocromocitoma siempre debe diagnosticarse antes de una cirugía (solicitando **metanefrinas y catecolaminas urinarias de 24 horas** y, si están elevadas, solicitando RMN o TAC de suprarrenales; si no lo encuentran, se puede pedir un PET-scan), ya que puede descompensar al paciente durante la anestesia y debe ser tratado antes con **alfabloqueantes (fenoxibenzamina), betabloqueantes (propanolol)** y **cirugía** (en ese orden: A, B y C).

La respuesta correcta es: Feocromocitoma

Pregunta 5

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Una paciente de 18 años presenta astenia, sensación de calor y diarrea, desde hace algunas semanas. Además, ha sentido molestias en los ojos. Al examen físico se constata FC: 110x; PA: 120/80, piel fina y húmeda. Se palpa un bocio difuso de tamaño moderado y se constata una ligera proptosis izquierda. El diagnóstico es:

Seleccione una:

- a. Enfermedad de Basedow Graves
- b. Tiroiditis de Querbein
- c. Cáncer de tiroides
- d. Tiroiditis de Hashimoto
- e. Tiroiditis de Riedel



Tiene clínica de hipertiroidismo (astenia, calor, diarrea, taquicardia, piel fina), más la clínica específica de la enfermedad de Basedow Graves (EBG), que agrega la presencia de bocio difuso y exoftalmo. El diagnóstico es clínico.

- La orbitopatía no se ve en otras causas de hiperT4 (a lo más tienen retracción palpebral o signo de Graefe, que se producen por hiperadrenergia, pero no exoftalmo o proptosis, que solo en ven en la EBG).

- En los casos en que queda la duda, actualmente se solicitan los anticuerpos TRAB (Thyrotropin Receptor AntiBody), que si están positivos confirman la EBG. En los casos en que no hay mucha duda, también suelen pedirse, a modo de respaldo.

- Además, como parte general del estudio etiológico del hiperT4, se puede solicitar un cintingrama tiroideo con yodo radiactivo, que mostrará captación difusa (sin embargo, la mayoría de las recomendaciones solo la recomiendan en casos con TRAB negativos, justamente para buscar otras causas distintas a la EBG).

La respuesta correcta es: Enfermedad de Basedow Graves

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años presenta astenia y debilidad muscular. Al examen físico se aprecia atrofia de la musculatura de las 4 extremidades, asociado a estrías abdominales y "cara de luna". Además, se solicitan exámenes generales, entre los que destaca glicemia de ayuno de 180 mg/dl. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar cortisol libre urinario de 24 horas
- b. Solicitar niveles plasmáticos de ACTH
- c. Solicitar test de tolerancia a la glucosa
- d. Solicitar radiografía de tórax
- e. Administrar cortisol



Tiene un síndrome de Cushing. El síntoma más frecuente es la astenia y el signo más frecuente es la atrofia muscular, pero lo característico son la obesidad central y las estrías violáceas. El cortisol es una hormona de contrarregulación, por lo que hay una diabetes secundaria. El examen de elección para iniciar el diagnóstico puede variar y, dentro de las opciones están: 1. el cortisol libre urinario de 24 horas, 2. el cortisol salival nocturno y 3. la prueba de supresión corta con dexametasona (prueba de Nuggent).

- De segunda línea, para identificar la causa del hipercortisolismo, se pide la TSH (si alta, es hipofisiaria; si TSH baja es adrenal) y, si queda la duda, se pide la prueba de supresión larga o prueba de Liddle (si suprime, es hipofisiaria; si no suprime, es suprarrenal).

- De tercera línea se pide la RMN de hipófisis (si se sospecha que es hipofisiaria), o bien la RMN o TAC de suprarrenales (si se sospecha que es adrenal).

La respuesta correcta es: Solicitar cortisol libre urinario de 24 horas

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente presenta dolor en el cuello, asociado a palpitaciones y temblor. Al examen físico se aprecia aumento de volumen tiroideo, que es muy doloroso al presionarlo con los dedos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Cáncer anaplásico
- b. Tiroiditis aguda
- c. Tiroiditis subaguda
- d. Enfermedad de Basedow Graves
- e. Quiste folicular roto



La tiroiditis subaguda de Quervain se caracteriza por bocio doloroso. Además, en este caso, está en la fase hipertiroidea inicial (debida a la destrucción de la tiroides se libera coloide y por tanto, T4). Se trata con AINEs y, si está muy hipertiroideo, se puede indicar betabloqueo (atenolol o propanolol). El diagnóstico es clínico, pero, en casos en que hay duda (ej. no hay dolor), se puede pedir una captación de yodo radiactivo, la que estaría disminuida. Se pueden pedir los anticuerpos anti-TPO, para definir el pronóstico: si están positivos tiene mucho mayor riesgo de evolucionar a una tiroiditis crónica de Hashimoto (en la fase inicial puede presentarse de forma muy parecida a la tiroiditis subaguda).

- La tiroiditis aguda también tiene bocio doloroso, pero con signos inflamatorios claros y además se ve un paciente séptico (es una infección bacteriana, generalmente por *S. aureus*).

- El quiste folicular es una patología ovárica, que no debe confundirse con los quistes coloideos, que son la patología tiroidea.

La respuesta correcta es: Tiroiditis subaguda

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 35 años presenta un nódulo tiroideo, que se moviliza con la deglución. Se solicita una TSH, que resulta 4,0 UI/L y una ecografía cervical, que lo demuestra de aspecto sólido-quístico y de 2 cm x 1 cm de diámetro. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar levotiroxina
- b. Solicitar tiroglobulina
- c. Solicitar calcitonina
- d. Solicitar biopsia por punción con aguja fina
- e. Solicitar cintigrafía con yodo radiactivo



El orden de estudio del nódulo tiroideo es 1. TSH y ecografía cervical y 2. Punción con aguja fina (PAAF).

- De acuerdo a la guía Minsal, se punciona si es mayor a 10 mm; aunque si es quístico, se puede esperar a que tenga 15 mm.  
- Vale la pena mencionar que en guías internacionales se recomienda estratificar el nódulo de acuerdo a su aspecto ecográfico, desde TR1 hasta TR5 (clasificación de Tirrads, muy similar a la de Birrads en el nódulo mamario) y definir con ello la necesidad de PAAF. En este caso, por ser sólido-quístico parece un TR3 o TR4.

TR1: tiroides normal. No hay nódulo que puncionar.

TR2: benigno. Ejemplo clásico: quiste simple sin pared. No requiere puncionar, independientemente del tamaño.

TR3: probablemente benigno. Puncionar sobre 15 mm.

TR4: probablemente maligno. Puncionar sobre 10 mm.

TR5: maligno. Puncionar independientemente del tamaño (aunque bajo 5 mm puede ser muy difícil y ello se le debe advertir al paciente).

La cintigrafía solo se pide si es que hay hipertiroidismo asociado, de modo de diferenciar si es un nódulo caliente o hipercaptante (causante del hiperT4 y que requiere tratamiento con yodo radiactivo: I131 o cirugía) o si, en cambio, es un nódulo "frío", normocaptante o hipocaptante, que se punciona con aguja fina, para saber qué es.

La respuesta correcta es: Solicitar biopsia por punción con aguja fina

Pregunta 9

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 45 años consulta por impotencia. Refiere que ha disminuido su deseo sexual y que además se ha sentido más débil de lo habitual. Se solicitan exámenes, que demuestran disminución de la testosterona plasmática, por lo que se solicita LH, que resulta muy alta. ¿Cuál de las siguientes opciones es compatible con este cuadro?

Seleccione una:

- a. Lesión hipotalámica
- b. Tumor hipofisiario productor de LH
- c. Hiperprolactinemia
- d. Sección del tallo hipofisiario
- e. Daño testicular



Tiene un hipogonadismo (disminución de la testosterona), de tipo hipergonadotrópico (elevación de la LH), por lo que es de origen gonadal. La otra causa es el Sd. de Klinefelter, pero no aparece en las alternativas y además, es genético, por lo que se habría manifestado mucho antes.

- La A (lesión hipotalámica), C (hiperprolactinemia) y D (sección del tallo hipofisiario) producen hipogonadismo hipogonadotrópico (LH baja). Recordar la frase "el hipo-hipo es hipo-hipo": el hipogonadismo hipogonadotrópico es hipotalámico o hipofisiario. En cambio, el hipogonadismo hipergonadotrópico es testicular.

- Un tumor productor de LH es algo rarísimo, que tendría clínica de hipergonadismo.

La respuesta correcta es: Daño testicular

Pregunta 10

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

Una mujer de 45 años inicia oligomenorrea, con ciclos menstruales cada 2 a 3 meses, a lo que se le agregan bochornos. ¿Cuál de las siguientes opciones es la más adecuada para iniciar terapia de reemplazo hormonal?

Seleccione una:

- a. Estrógenos solos ✗
- b. Progestágenos solos
- c. Estrógenos más progestágenos
- d. Raloxifeno
- e. Agonistas de la GnRH

La terapia de reemplazo hormonal (TRH) está indicada como tratamiento de los bochornos o síntomas vasomotores. Si la paciente tiene útero, se indica estrógenos más progestágenos. El estrógeno más usado en TRH es el 17-beta-estradiol o E2. El progestágeno varía. Solo si está hysterectomizada se indica estrógeno solo.

\* La vía de administración de la TRH es oral, salvo en casos con hipertrigliceridemia, trombofilia o colelitiasis (en estas enfermedades el "paso hepático" puede empeorarlas).

\* La duración suele ser 5 años (salvo en mujeres con falla ovárica prematura, en que se indica hasta los 5 años y luego se intenta bajar la dosis, hasta suspender).

\* Si solo hay síntomas genitales y no vasomotores, se prefieren los estrógenos tópicos (incluso, antes se puede probar con lubricación durante las relaciones sexuales).

\* La TRH está contraindicada en mujeres con antecedente personal de cáncer de mama, cáncer de endometrio o eventos cardiovasculares (coronario, AVE o TVP/TEP). En esos casos se usan antidepresivos, en especial citalopram o venlafaxina (sertralina y fluoxetina tienen menor eficacia).

- Los progestágenos solo no se usan como TRH, sino como anticonceptivo, durante la lactancia.

- El raloxifeno es un agonista selectivo del receptor de estrógeno, que hoy se utiliza poco, principalmente en el tratamiento de la osteoporosis en casos muy seleccionados, ya que aumenta los bochornos. Sí tiene buen perfil cardiovascular y no aumenta el riesgo de cáncer.

- Los agonistas de la GnRH se usan como bloqueadores del eje hipotálamo-hipófisis-gónada, en la hormonoterapia del cáncer de próstata y para reducir el tamaño de la endometriosis o los miomas antes de la cirugía.

- La tibolona es un medicamento aceptable como TRH, pero es menos efectiva que los estrógenos y sus beneficios no parecen ser significativos, en relación a la TRH convencional.

La respuesta correcta es: Estrógenos más progestágenos

Pregunta 11

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Paciente de 56 años es traído al servicio de urgencias por cefalea intensa, vómitos y visión doble que se iniciaron hace 40 minutos. Al examen destaca estrabismo divergente y hemianopsia heterónima bitemporal. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Apoplejía hipofisiaria
- b. Síndrome de Sheehan
- c. Síndrome de sección del tallo hipofisiario
- d. Síndrome de silla turca vacía
- e. Síndrome de compresión de tallo hipofisiario ✗

Es una apoplejía hipofisiaria clásica: cefalea súbita, con hemianopsia bitemporal (compromiso de quiasma) y suele evolucionar con un síndrome de hipertensión endocraneana (HTEC). Se produce por infarto o hemorragia de un tumor hipofisiario. El diagnóstico es clínico (cefalea súbita "thunderclap", con hemianopsia bitemporal, afectación de otros pares craneanos, HTEC), aunque se puede objetivar con una neuroimagen (RMN o TAC). El tratamiento consiste en la descompresión quirúrgica transesfenoidal, más analgesia, sin olvidarse de la suplementación hormonal, en especial de cortisol en el momento agudo, ya que cursa con un hipopituitarismo súbito, que luego suele cronificar.

- El síndrome de Sheehan es un hipopituitarismo, secundario a un infarto de la hipófisis, debido a una hemorragia postparto. En la TAC se puede ver como una silla turca vacía (no hay hipófisis: otra causa es el TEC).

- La sección y compresión del tallo hipofisiario producen un hipopituitarismo, con prolactina elevada.

La respuesta correcta es: Apoplejía hipofisiaria

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años es diagnosticado de hipotiroidismo por una tiroiditis de Hashimoto por lo que se inicia tratamiento con levotiroxina 50 ug al día. Además de la evolución clínica, ¿Qué examen o exámenes es/son más adecuado(s) para controlar a este paciente?

Seleccione una:

- a. Niveles plasmáticos de hormona tiroestimulante ✓
- b. Niveles plasmáticos de tiroxina
- c. Niveles plasmáticos de tiroxina libre
- d. Niveles plasmáticos de tiroglobulina
- e. Niveles plasmáticos de anticuerpos anti-peroxidasa tiroidea

El tratamiento del hipotiroidismo y también del hipertiroidismo se ajustan mediante niveles de TSH, teniendo como objetivo una TSH normal, es decir, 0,4 a 4,0 UI/L, aunque algunas recomendaciones buscan como objetivo un control más acotado entre 1 y 3.

Las excepciones son 1. el paciente geriátrico, en que se fija como objetivo TSH: 3 a 6 UI/L y 2. la mujer embarazada en que la TSH objetivo es 0,4 a 2,5 UI/L (algunos proponen 0,1 a 2,5).

En los problemas hipofisiarios, es distinto, ya que se debe ajustar según T4 o T4 libre, puesto que la TSH se produce en la hipófisis y no variará correctamente.

La respuesta correcta es: Niveles plasmáticos de hormona tiroestimulante

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

En una paciente con síndrome de Sheehan, la prueba de progesterona y la prueba de estrógeno + progesterona, serán respectivamente:

Seleccione una:

- a. Positiva y positiva
- b. Positiva y negativa
- c. Negativa y positiva
- d. Negativa y negativa
- e. Positiva y no interpretable



El síndrome de Sheehan es un infarto hipofisiario, por lo que produce un hipogonadismo hipogonadotrópico.

- La prueba de progesterona solo está positiva en la anovulación y está negativa en las otras causas, incluyendo el hipogonadismo.
- La prueba de estrógeno más progesterona está positiva en el hipogonadismo (tanto ovárico: con FSH alta, como hipotálamo-hipofisiario: con FSH baja) y negativa en los problemas útero-genitales (ej. en las sinequias uterinas o síndrome de Asherman).
- \* En todo caso, actualmente se usan mucho menos estas pruebas, ya que han sido reemplazadas por la medición de distintos niveles hormonales.

La respuesta correcta es: Negativa y positiva

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta hipercalcemia e hipofosfemia, asociadas a litiasis renal y osteoporosis. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Insuficiencia renal crónica
- b. Hiperparatiroidismo primario
- c. Hipercaliuria primaria
- d. Hipercalcemia maligna
- e. Hipervitaminosis D



El hiperparatiroidismo primario se caracteriza por PTH elevada, lo que genera hipercalcemia e hipofosfemia. El exceso de PTH produce osteoporosis y dolores óseos y la hipercalcemia se traduce en hipercaliuria, generándose no solo litiasis, sino nefrocalcinosis. Recordar que la PTH "hace todo lo posible por aumentar el calcio".

- La IRC (que genera un hiperparatiroidismo secundario) tendría hipocalcemia e hipofosfemia.
- La hipercalcemia maligna tendría fósforo elevado.
- La hipervitaminosis D es rara y produce hipercalcemia, pero con hipofosfemia y sin dolor óseo ni pérdidas renales de calcio. Recordar que la vitamina D "hace todo lo posible por cuidar los huesos".

La respuesta correcta es: Hiperparatiroidismo primario

Pregunta 15

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 26 años, con hipertensión arterial, se realiza exámenes generales, en los que destaca hipokalemia, por lo que se solicita índice de aldosterona/ARP, el que resulta 60 (VN: menor a 25). El tratamiento de la patología descrita es:

Seleccione una:

- a. Cirugía vascular de arterias renales
- b. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
- c. Tiazidas
- d. Propanolol
- e. Espironolactona



El diagnóstico es un hiperaldosteronismo primario (HAP), ya que el índice aldosterona renina está mayor a 20-30 (ese es el punto de corte más aceptado la sospecha, aunque con el valor que tiene, está prácticamente confirmado. Algunos autores proponen que, ante la duda, se debe confirmar con una prueba de supresión de aldosterona con sodio: tras la administración de sal, debería bajar la aldosterona. Sin embargo, en la práctica se suele ir directamente a una imagen de las suprarrenales, en busca de un tumor o hiperplasia.

- El tratamiento habitual consiste en inhibidores del receptor de aldosterona (espironolactona de elección o eplerenona, si la espironolactona produce efectos adversos). El tratamiento médico en de elección en la hiperplasia suprarrenal bilateral. En el caso de que haya una causa unilateral clara (ej. tumor suprarrenal productor de aldosterona), se prefiere la resolución quirúrgica (idealmente adrenalectomía unilateral laparoscópica).

La respuesta correcta es: Espironolactona

Pregunta 16

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una niña de 7 años presenta olor axilar adulto desde hace algunos días. Se puede afirmar que:

Seleccione una:

- a. Ha iniciado su pubertad de manera precoz
- b. Ha iniciado su pubertad normalmente
- c. Probablemente presentará talla baja
- d. Se debe descartar una hiperplasia suprarrenal congénita
- e. Es una variante normal del desarrollo



El olor axilar suele ser signo de la adrenarquia (activación de las glándulas suprarrenales) y no es un signo puberal propiamente tal. El signo de pubertad más importante de las niñas es la telarquia y en los niños, la orquidarquia (aumento de volumen testicular), seguido del aumento del tamaño del pene.

La pubarquia o desarrollo del vello púbico, se puede ver tanto en la adrenarquia, como en la pubertad propiamente tal.

- Tanto la pubertad, como la adrenarquia **suelen iniciar después de los 8 años en las niñas y 9 años en los niños**. Sin embargo, la adrenarquia temprana (antes de esas edades) es algo frecuente y normal, sin ningún riesgo asociado, a diferencia de la pubertad precoz que sí tiene riesgo de talla baja.

- Actualmente, se considera que la adrenarquia es un diagnóstico de descarte, por lo que se recomienda que, además de un completo examen físico y acabada historia clínica, a todos los niños con adrenarquia precoz se les solicite una **edad ósea (radiografía de mano)**. Si muestra crecimiento acelerado, se debe terminar de estudiar con múltiples exámenes. Si está normal, en cambio, se puede observar, explicando la normalidad. En los exámenes (si se pide alguno), lo característico es la elevación de las DHEAs (dihidroepiandrosterona), o sea, de los andrógenos suprarrenales.

La respuesta correcta es: Es una variante normal del desarrollo

Pregunta 17

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

hombre de 50 años, fumador de 50 paquetes años, con antecedente de disnea de 3 meses de evolución, asociada a tos, sin estudio, acude a urgencias por deterioro progresivo de sus funciones cognitivas, incluyendo desorientación y sopor. No tiene antecedentes de trauma. La exploración física no muestra otras alteraciones. Sus exámenes de laboratorio muestran: Na+ plasmático 118 mEq/l, osmolalidad plasmática 240 mOsm/kg, glicemia 90 mg/dl, urea 22 mg/dl. Osmolalidad urinaria: 290 mOsm/kg, Na+ urinario: 35 mEq/l. ¿Cuál de los siguientes cuadros es el más probable?:

Seleccione una:

- a. Insuficiencia suprarrenal crónica.
- b. Diabetes insípida central.
- c. Polidipsia compulsiva.
- d. Síndrome de secreción inadecuado de hormona antidiurética (SSIADH). ✓
- e. Reajuste del osmostato.

Es un SSIADH clásico: hiponatremia, asociada a una patología pulmonar o del sistema nervioso central. Además tiene la osmolaridad urinaria mayor a 200 mOsm/L, lo que es característico (no puede tener orinas diluidas y, para la natremia que tiene, está muy concentrado). Dada la hiponatremia grave, se debe corregir el sodio, recordando que no se puede hacer muy rápido, con un máximo diario de 8 mEq/L (según algunas fuentes, puede ser hasta 12), ya que, si se hace muy agresivamente, hay riesgo de mielinolisis pontina.

- La insuficiencia suprarrenal puede tener hiponatremia, pero tiene una clínica totalmente distinta.

- La diabetes insípida tiende a la hipernatremia.

La respuesta correcta es: Síndrome de secreción inadecuado de hormona antidiurética (SSIADH).

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿En qué condición es preferible solicitar T4 libre en lugar de T4 corriente?

Seleccione una:

- a. Tiroiditis subaguda
- b. Tiroiditis de hashimoto
- c. Hipotiroidismo congénito
- d. Uso de anticonceptivos orales ✓
- e. Insuficiencia cardíaca

Hoy en día, se suele pedir siempre T4 libre, en lugar de T4, ya que la T4 se altera con las variaciones de la TBG (globulina ligante de tiroxina), que es la proteína transportadora de la T4. Sin embargo, la T4 es un buen examen, a menos que haya una causa que haga variar los niveles de TBG. Los ACO y el embarazo elevan la TBG. El daño hepático crónico, el síndrome nefrótico, la desnutrición proteica y el uso de anabólicos, la disminuyen.

Actualmente la T4 total casi no se usa, ya que la T4 libre es barata.

La respuesta correcta es: Uso de anticonceptivos orales

Pregunta 19

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La hiperprolactinemia en hombres se manifiesta frecuentemente como:

Seleccione una:

- a. Ginecomastia aislada
- b. Galactorrea aislada
- c. Impotencia sexual y disminución de la libido
- d. Astenia y vómitos
- e. Ginecomastia y galactorrea



La hiperprolactinemia en hombres habitualmente no produce ginecomastia (es causada por los estrógenos), ni galactorrea (requiere que la mama esté estrogenizada), sino que simplemente genera un hipogonadismo de tipo hipogonadotrópico (ya que afecta al eje hipotálamo-hipofisario). Por tanto, su clínica será la astenia y problemas sexuales clásicos del hipogonadismo. Solo una mínima fracción tendrá galactorrea.

La respuesta correcta es: Impotencia sexual y disminución de la libido

Pregunta 20

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Hombre de 22 años, consulta por infertilidad. Al examen físico destacan testículos de tamaño pequeño. La testosterona plasmática está disminuida y la FSH aumentada. El espermograma demuestra azoospermia. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome de Klinefelter
- b. Disgenesia gonadal primaria
- c. Hipopituitarismo
- d. Hipogonadismo hipogonadotrópico
- e. Orquitis atrófica idiopática



Tiene un síndrome de Klinefelter clásico: hipogonadismo hipergonadotrópico, con atrofia testicular y azoospermia. Se confirma con el cariograma, que muestra un patrón 47XXY. Se presenta en 1 de cada 500 hombres. Suele tener talla normal.

Clínicamente se presenta con una amplia variedad de síntomas, desde mínimas alteraciones, hasta testículos pequeños, hipospadía, retraso puberal y toda la clínica de un hipogonadismo.

La testosterona suele estar baja o normal baja. La LH y FHS se elevan (hipogonadismo hipergonadotrópico).

El tratamiento más importante es la testosterona de reemplazo. La infertilidad se ve caso a caso y se puede manejar con adopción, donante de esperma y, en algunos casos, es posible obtener espermatozoides del paciente y recurrir a técnicas de fertilización asistida.

- La disgenesia gonadal primaria se puede presentar igual, pero es mucho más infrecuente.

La respuesta correcta es: Síndrome de Klinefelter

◀ 7.1 Cuestionario Endocrinología

Ir a...

7.3 Cuestionario Endocrinología

|                        |                                       |
|------------------------|---------------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | miércoles, 29 de marzo de 2023, 00:35 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                            |
| <b>Finalizado en</b>   | miércoles, 29 de marzo de 2023, 00:44 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 8 minutos 54 segundos                 |
| <b>Puntos</b>          | 12,00/13,00                           |
| <b>Calificación</b>    | <b>92,31</b> de 100,00                |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 50 años consulta por un cuadro de astenia y debilidad de 3 semanas de evolución. Refiere además náuseas y cambios en la coloración de las manos. Al examen físico se aprecia hiperpigmentación de las manos y la mucosa oral. El examen más adecuado para confirmar la sospecha diagnóstica es:

Seleccione una:

- a. Resonancia magnética de silla turca
- b. Cortisol libre urinario de 24 horas
- c. ACTH plasmática
- d. Prueba de supresión con dexametasona
- e. Prueba de estimulación con ACTH



Se sospecha una enfermedad de Addison, que se estudia con la prueba de estimulación con ACTH. Eso sí, si el cortisol basal es muy bajo, se confirma de inmediato y no es necesario proceder a la estimulación con ACTH.

El tratamiento consiste en suplementar cortisol (con cortisol oral) y aldosterona (con fludrocortisona).

Si tiene una patología descompensante, se sube la dosis. Si tienen una crisis adrenal, basta la sospecha, para dar corticoides endovenosos, además del manejo del shock.

La respuesta correcta es: Prueba de estimulación con ACTH

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 34 años diagnosticada de hipotiroidismo, en tratamiento con 100 ug de levotiroxina al día, desde hace 6 semanas, se realiza una TSH de control, que resulta 7,2. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar T3 y decidir conducta según resultado
- b. Solicitar T4 libre y decidir conducta según resultado
- c. Mantener el tratamiento y controlar en 6 semanas más
- d. Aumentar la dosis de levotiroxina
- e. Disminuir la dosis de levotiroxina



El objetivo de la TSH, en el tratamiento del hipotiroidismo, es que esté entre normal, es decir, 0,4 y 4,0 UI/L (algunos recomiendan incluso un óptimo entre 1 y 3, pero la evidencia admite el rango normal completo). Por tanto, al estar elevada, sigue hipotiroidea y se debe subir la dosis.

- En el embarazo, el objetivo es de 0,4 a 2,5 (algunos proponen 0,1 a 2,5). En adultos mayores, el objetivo es 3 a 6. En pacientes con T4 normal (hipoT4 subclínico), se tolera sin tratamiento hasta 10, pero, una vez iniciado el tratamiento, se busca el mismo objetivo que la población general.

La respuesta correcta es: Aumentar la dosis de levotiroxina

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una mujer de 70 años se realiza una densitometría ósea como estudio de rutina, obteniéndose un Z-score de -0,3 y un T-score de -2,1. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Sana
- b. Osteopetrosis
- c. Osteopenia
- d. Osteoporosis postmenopáusica
- e. Osteoporosis secundaria



El T-score está entre -1 y -2,5, por lo que se trata de una osteopenia. La osteoporosis tiene un T-score menor o igual a -2,5, ya que desde ahí comienza el riesgo de fracturas. El Z-score sirve para identificar la causa y si es menor o igual a -2, se sospecha una causa secundaria y se debe seguir estudiando con múltiples exámenes (calcio, PTH, calciuria de 24 horas, hemograma, múltiples pruebas hormonales, etc.

En resumen: T score hace el diagnóstico y Z score diferencia causas primarias de secundarias. En este caso es una osteopenia primaria.

La respuesta correcta es: Osteopenia

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 75 años, fumador de 40 paquetes-año, presenta un cuadro de baja de peso y malestar general, de 2 meses de evolución, al que hoy se le agregó compromiso de conciencia. En sus exámenes destaca una natremia de 120 mEq/L. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome de secreción ectópica de ACTH
- b. Enfermedad de Cushing
- c. Enfermedad de Addison
- d. Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética
- e. Diabetes insípida



El SSIADH es una causa frecuente de hiponatremia y se asocia a cualquier patología pulmonar y del sistema nervioso central. En este caso, probablemente hay un cáncer pulmonar de base, que produjo el SSIADH. El compromiso de conciencia se explica por la misma hiponatremia, por lo que la conducta debe ser el tratamiento con suero hipertónico endovenoso, a pasar lento.

La respuesta correcta es: Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 65 años se realiza pruebas de función tiroidea, como parte de un chequeo médico, presentando los siguientes valores: TSH: 9,1 UI/L (VN: 0,4 – 4,0), T4 libre: 0,3 ng/dl (VN: 0,7 – 1,9), T3 libre: 0,4 pg/ml (VN: 0,8 – 4,1). La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar anticuerpos anti-TPO y decidir conducta según resultados
- b. Solicitar perfil lipídico y decidir conducta según resultados
- c. Observar evolución y controlar con nuevos exámenes en 3 meses
- d. Iniciar levotiroxina (T4)
- e. Iniciar triyodotironina (T3)



Tiene un hipotiroidismo, dado que la TSH está elevada y la T4 libre está baja. El hipotiroidismo se trata con levoT4. No es un hipotiroidismo subclínico, ya que, por definición, el hipotiroidismo subclínico tiene T4 libre normal. Si así hubiese sido, sería correcto la C (observar), puesto que el hipoT4 subclínico solo se trata en casos seleccionados (TSH mayor a 10, embarazo y alteraciones atribuibles al hipoT4).

La respuesta correcta es: Iniciar levotiroxina (T4)

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 70 años, sin antecedentes de importancia, presenta impotencia sexual y disminución de la libido. Además, refiere astenia. Al preguntarle dirigidamente, refiere pérdida de las erecciones matinales. Al examen físico presenta disminución del vello corporal, sin otros hallazgos. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar niveles plasmáticos de prolactina, testosterona, FSH y LH ✓
- b. Solicitar niveles plasmáticos de testosterona, dihidroepiandrosterona e inhibina
- c. Solicitar niveles plasmáticos de SHBG y DHEAs
- d. Solicitar niveles plasmáticos de FSH, LH y 17-OH-Progesterona
- e. Solicitar cariograma

Tiene clínica de hipogonadismo, por lo que se debe estudiar con las hormonas sexuales, gonadotropinas y prolactina.

El cariograma sirve para algunas causas de hipogonadismo, en específico, para el síndrome de Klinefelter, pero se habría sospechado mucho antes de los 70 años.

La respuesta correcta es: Solicitar niveles plasmáticos de prolactina, testosterona, FSH y LH

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 34 años consulta por aumento de volumen cervical. Al examen físico se palpa un nódulo tiroideo de 2 cm de diámetro, duro, que asciende con la deglución. Se solicita una ecografía que lo visualiza de aspecto sólido, sin adenopatías cervicales asociadas. Se realiza una punción aspirativa con aguja fina, obteniéndose una citología compatible con un carcinoma folicular (lesión folicular con displasias de alto grado). La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Iniciar tratamiento con yodo radiactivo
- b. Realizar tiroidectomía total y seguir con niveles plasmáticos de calcitonina
- c. Realizar tiroidectomía total, con linfadenectomía cervical
- d. Realizar tiroidectomía total y en segunda instancia tratar con yodo radiactivo ✓
- e. Realizar tiroidectomía parcial e iniciar levotiroxina en dosis altas

El tratamiento del cáncer diferenciado de tiroides (tanto papilar, como folicular) consiste en la tiroidectomía total, más terapia con yodo radiactivo. Se debe seguir luego con tiroglobulina.

La disección cervical y linfadenectomía solo se indica en el caso de que haya adenopatías clínicas o ecográficas.

El cáncer medular, en cambio, siempre debe realizarse linfadenectomía, no responde a yodo radiactivo y se sigue con calcitonina.

La respuesta correcta es: Realizar tiroidectomía total y en segunda instancia tratar con yodo radiactivo

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 35 años acude a control médico, con un perfil bioquímico, que como única alteración muestra una calcemia de 12,5 mg/dl. La albúmina plasmática es de 4,0 g/dl. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar PTH ✓
- b. Solicitar calcio iónico
- c. Solicitar colonoscopía, radiografía de tórax y TAC de abdomen y pelvis
- d. Iniciar furosemida y controlar en 3 meses
- e. Iniciar hidroclorotiazida y controlar en 3 meses

Tiene una hipercalcemia (calcio mayor a 10,5) y toda hipercalcemia se debe estudiar con PTH (paratohormona). Dado que la albúmina es 4,0 g/dl, al corregir el calcio por albúmina, no hay cambios.

$$\text{Calcio corregido} = \text{Calcio} + 0,8 \times (4 - \text{albúmina}) = 10,5 + 0,8 \times (4-4) = 10,5 + 0,8 \times 0 = 10,5.$$

La respuesta correcta es: Solicitar PTH

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 50 años presenta una hipertensión arterial de difícil manejo, que inició hace cerca de un mes y que ha presentado varias crisis hipertensivas, a pesar de estar en tratamiento con enalapril e hidroclorotiazida en dosis máximas. Además, refiere crisis de pánico y en su examen físico destaca FC: 130 latidos por minuto y PA: 170/110 mmHg. Su electrocardiograma muestra una taquicardia sinusal. El diagnóstico de sospecha es:

Seleccione una:

- a. Hipertiroidismo
- b. Feocromocitoma ✓
- c. Hiperaldosteronismo primario
- d. Tiroiditis subaguda
- e. Síndrome de secreción ectópica de ACTH

Tiene una HTA probablemente secundaria, dado que es refractaria a tratamiento. Que haga crisis hipertensivas y de pánico, asociado a la taquicardia, hacen sospechar un feocromocitoma, ya que la principal característica de sus síntomas es que son paroxísticos.

- El hipertiroidismo sí puede tener crisis de pánico y taquicardia, pero le sobra la hipertensión severa y las crisis hipertensivas.
- El hiperaldosteronismo primario produce hipertensión, pero no los demás síntomas, sino hipokalemia, con debilidad.

La respuesta correcta es: Feocromocitoma

Pregunta **10**

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

La causa más frecuente de insuficiencia suprarrenal en Chile es actualmente:

Seleccione una:

- a. Autoinmune
- b. Tuberculosis ✗
- c. Postquirúrgica
- d. Congénita
- e. Viral

La causa más frecuente actualmente es la adrenalitis autoinmune. En segundo lugar, está la tuberculosis suprarrenal (que también se pregunta en el Eunacom).

La respuesta correcta es: Autoinmune

Pregunta **11**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La asociación entre temblor, fiebre, taquicardia y dolor cervical, es sugerente de:

Seleccione una:

- a. Cáncer diferenciado de tiroides
- b. Cáncer anaplásico de tiroides
- c. Quiste del conducto tirogloso
- d. Enfermedad de Basedow graves
- e. Tiroiditis de Quervain ✓

La tiroiditis subaguda se caracteriza por bocio doloroso e inicialmente puede tener síntomas hipertiroideos.

- El cáncer se presenta como nódulo tiroideo indoloro.
- El quiste tirogloso suele presentarse en la infancia o adolescencia como un nódulo cervical, ubicado en la línea media, que se moviliza con la deglución.

La respuesta correcta es: Tiroiditis de Quervain

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 35 años, sin enfermedades crónicas conocidas, se realiza un TAC de cerebro, por estudio de un traumatismo encéfalo-craneano, el que no visualiza fracturas ni hemorragias, sin embargo, demuestra la presencia de un tumor hipofisiario de 8 mm de diámetro. Su TSH, prolactina, cortisol basal y niveles de testosterona son normales. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución ✓
- b. Iniciar bromocriptina
- c. Resolver quirúrgicamente
- d. Solicitar niveles plasmáticos de ACTH, CRH y GnRH
- e. Solicitar test de la sed

La causa más frecuente de tumores hipofisiarios son los adenomas no funcionantes, que suelen encontrarse como hallazgos en las neuroimágenes, solicitadas por otras causas (como en este caso). Si son asintomáticos y no son hiperproductores de hormonas (por eso se solicitaron la prolactina y demás), simplemente se observan. Si son sintomáticos o hiperproductores, se operan (excepto los prolactinomas, que se tratan con agonistas dopamínergicos: ej. bromocriptina, a menos que no respondan, caso en el que se manejan con cirugía transesfenoidal).

La respuesta correcta es: Observar evolución

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

pregunta13: Una mujer, sin antecedentes de importancia, presenta amenorrea desde hace 5 meses, asociado a galactorrea, a pesar de contar con una prueba de embarazo negativa. La conducta más adecuada para iniciar el estudio es:

Seleccione una:

- a. Prueba de estrógeno + progesterona
- b. Prueba de progesterona
- c. Niveles plasmáticos de LH y FSH
- d. Niveles plasmáticos de prolactina ✓
- e. Niveles plasmáticos de progesterona y estradiol

El síndrome amenorrea-galactorrea es la forma más frecuente de presentación de la hiperprolactinemia en mujeres, por lo que es lo primero a descartarse en este caso. Sin embargo, es muy importante dejar claro que lo primero siempre es descartar embarazo. En los casos en que es muy improbable un embarazo (ej. buen uso de ACO) o reglas regulares sin atraso, lo correcto es pedir prolactina, aunque, por consideraciones médico legales, se debe pedir simultáneamente la subunidad beta HCG, para descartar embarazo igual.

La respuesta correcta es: Niveles plasmáticos de prolactina

[◀ 7.2 Cuestionario Endocrinología](#)

Ir a...

[7.4 Cuestionario Endocrinología](#)

|                        |                                       |
|------------------------|---------------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | miércoles, 29 de marzo de 2023, 21:10 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                            |
| <b>Finalizado en</b>   | miércoles, 29 de marzo de 2023, 21:20 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 9 minutos 44 segundos                 |
| <b>Puntos</b>          | 11,00/13,00                           |
| <b>Calificación</b>    | <b>84,62</b> de 100,00                |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes casos clínicos es más sugerente de una enfermedad de Basedow-Graves?

Seleccione una:

- a. Mujer de 40 años con bocio difuso y exoftalmo, asociado a intolerancia al calor, nerviosismo y temblor ✓
- b. Mujer de 65 años con bocio difuso de consistencia pétrea, asociado a astenia y elevación de la TSH
- c. Mujer de 40 años con bocio difuso, muy doloroso a la palpación, con temblor y disminución de la TSH
- d. Mujer de 30 años con bocio multinodular de gran tamaño, asociado a retracción palpebral, elevación de la T4 y disminución marcada de la TSH
- e. Mujer de 40 años con mixedema generalizado, bocio difuso y astenia

La enfermedad de Basedow Graves se caracteriza por **hipertiroidismo**, más un bocio difuso, que puede tener soplo tiroideo, mixedema pretibial y exoftalmo o proptosis / exoftalmo (la orbitopatía es propia de la EBG y no de otras causas de hiperT4; en cambio la retracción palpebral y el signo de Graefe se puede ver en cualquier causa de hiperT4).

- La B puede ser una tiroiditis de Riedel con hipotiroidismo.
- La C es una tiroiditis subaguda de Quervain.
- La D es un bocio multinodular tóxico.
- La E es un hipotiroidismo, probablemente por enfermedad de Hashimoto.

La respuesta correcta es: Mujer de 40 años con bocio difuso y exoftalmo, asociado a intolerancia al calor, nerviosismo y temblor

Pregunta 2

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 70 años, que vive solo, es encontrado inconsciente en su casa. Al examen físico presenta FC: 45 x', PA: 110/70 mmHg, t°: 34,0°C, facies edematosas y sopor profundo. No presenta focalidad neurológica, pero sus reflejos osteotendíneos están abolidos. En sus exámenes destaca anemia con hematocrito de 30%, plaquetas: 250.000, blancos: 5.000 por mm3, creatinina: 1,0 mg/dl, sodio: 130 mEq/L, potasio: 4,5 mEq/L y cloro: 98 mEq/L. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome de secreción inadecuada de ADH ✗
- b. Diabetes insípida
- c. Insuficiencia suprarrenal
- d. Enfermedad de Cushing
- e. Hipotiroidismo

Tiene un coma mixedematoso, que es la manifestación más grave del hipotiroidismo. Apoyan el diagnóstico: bradicardia, hipotermia, areflexia, anemia (suele ser macrocítica), hiponatremia y edema (mixedema). Se trata con levotiroxina endovenosa (idealmente más triyodotironina), aunque, si no está disponible, se puede dar por sonda nasogástrica. Además, es fundamental administrar corticoides endovenosos, hasta descartar que exista una insuficiencia suprarrenal asociada.

**Resumen: T4 + T3 + hidrocortisona ev.**

La respuesta correcta es: Hipotiroidismo

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 40 años consulta por aumento de volumen cervical, el que detectó hace cerca de un mes. Al examen físico se palpa un nódulo cervical de consistencia dura, ubicado en la línea media anterior, en la zona supraesternal, que asciende con la deglución, de cerca de 2 cm de diámetro. Se solicita TSH, la que resulta 3,8 UI/L. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar anticuerpos anti-TPO
- b. Solicitar ecografía cervical ✓
- c. Solicitar TAC de cuello
- d. Solicitar niveles plasmáticos de tiroglobulina
- e. Solicitar niveles plasmáticos de calcitonina

El nódulo tiroideo y los nódulos cervicales en general, se estudian inicialmente con ecografía de cuello (antes se solicita TSH eso sí).

Luego, se procede a la biopsia por punción con aguja fina, si es mayor a 1 cm (Minsal) o, de acuerdo al aspecto ecográfico Tirrads:

- TR1: no hay nódulo.
- TR2: quiste simple = observar.
- T3 y T4: PAAF si > 10-15 mm.
- T5: PAAF siempre (difícil si <5 mm).

La excepción es el nódulo con TSH baja (hipertiroideo), en que se pide la cintografía. Si es hipercaptante (caliente), se trata con I131 o cirugía. Si es hipocaptante o normocaptante (frío), se punciona, de acuerdo a lo ya explicado, para saber qué es.

La respuesta correcta es: Solicitar ecografía cervical

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente consulta por astenia. Trae un perfil bioquímico, en el que destaca una calcemia de 13,4 mg/dl, con fosfemía de 6,0 mg/dl, albuminemia de 3,0 mg/dl. Se solicitan niveles plasmáticos de PTH, los que resultan bajos. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hipercalcemia ficticia
- b. Hipercalcemia maligna
- c. Hipervitaminosis D
- d. Hiperparatiroidismo secundario
- e. Hiperparatiroidismo primario



Tiene una hipercalcemia. Al ajustar el calcio por albúmina resulta 14,2 mg/dl, lo que sigue siendo hipercalcemia (si se hubiese normalizado, sería ficticia). Como la PTH está baja, lo más probable es que sea secundaria a cáncer, lo que también es compatible con la hipofosfemía.

- En cambio, el hiperparatiroidismo primario tiene PTH alta y fosfemía baja.
- la hipervitaminosis D es posible, pero es mucho menos frecuente que la hipercalcemia maligna.

Calcio corregido = calcio + 0,8 x (4 - albúmina) = 13,4 + 0,8 x (4 - 3) = 13,4 + 0,8 = 14,2.

La respuesta correcta es: Hipercalcemia maligna

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta un síndrome de Cushing. No utiliza ningún medicamento ni tiene antecedentes médicos de importancia. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar niveles plasmáticos de ACTH
- b. Solicitar cortisol plasmático basal
- c. Solicitar prueba de supresión corta con dexametasona
- d. Solicitar prueba de estimulación con ADH
- e. Solicitar ACTH urinaria



El examen clásico para iniciar el estudio del síndrome de Cushing es el cortisol libre de 24 horas y aún sigue siendo una prueba correcta. Sin embargo, como alternativas, igualmente buenas, está la prueba de supresión corta con dexametasona (o test de Nugent, que mide cortisol basal y post-administración de una baja dosis de dexametasona: 1mg) o el cortisol salival nocturno. Después de confirmar el hipercortisolismo, se suele proseguir con niveles de ACTH más la prueba de supresión larga. Ambas solo sirven para identificar el sitio de secreción (si ACTH baja y no suprime: causa suprarrenal; si ACTH alta y suprime: causa hipofisiaria). Luego se prosigue con una imagen suprarrenal o hipofisiaria, según los resultados anteriores.

- El cortisol basal es un examen demasiado errático.
- La prueba de estimulación con ACTH es pata el diagnóstico del Addison.

La respuesta correcta es: Solicitar prueba de supresión corta con dexametasona

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 50 años consulta por aumento de volumen de la glándula tiroides. Al examen físico se palpa un bocio difuso de tamaño moderado. Se solicita TSH que resulta 8,4 UI/L. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Seleccione una:

- a. Tiroiditis de Hashimoto
- b. Tiroiditis de Quervain
- c. Tiroiditis de Riedel
- d. Enfermedad de Basedow Graves
- e. Cáncer de tiroides



La asociación de bocio difuso e hipotiroidismo es clásica de la tiroiditis crónica de Hashimoto, que además es la causa más frecuente, tanto de bocio, como de hipotiroidismo.<sup>1</sup>

\* En este caso, se debe pedir la T4 libre (y repetir la TSH) para diferenciar si es un Hipot4 propiamente tal (que requiere levotiroxina) o solo un hipot4 subclínico (que se puede observar). Será correcto también pedir anticuerpos anti-TPO, para objetivar la tiroiditis de Hashimoto.

- La tiroiditis de Quervain tiene un bocio doloroso, con hipertiroidismo.
- La tiroiditis de Riedel tiene un bocio leñoso, difuso, habitualmente eutoroideo, aunque puede ser hipotiroidismo.
- La EBG tiene un bocio difuso con hipertiroidismo.
- El cáncer se presenta como bocio nodular.

La respuesta correcta es: Tiroiditis de Hashimoto

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una mujer de 30 años se realiza una radiografía de tórax, en contexto del estudio de un cuadro de dolor torácico, objetivándose una fractura del cuerpo vertebral, asociada a signos radiológicos de osteopenia, por lo que se decide solicitar una densitometría ósea que muestra un T-score de -3,0 y un Z-score de -2,4. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Sana
- b. Osteopetrosis
- c. Osteopenia
- d. Osteoporosis primaria
- e. Osteoporosis secundaria



El T-score menor o igual a -2,5 es diagnóstico de osteoporosis (entre -1 y -2,4 es osteopenia). El Z-score menor o igual a -2,0 indica que es una causa secundaria. La edad de 30 años también confirma que es secundaria.

Vale la pena mencionar que el solo hecho de haber tenido una fractura vertebral espontánea ya es diagnóstico de osteoporosis, incluso con densitometría en rango de osteopenia, ya que la presencia de fracturas clásicamente osteoporóticas (ej. fractura de cadera, sin un trauma muy grave), por sé, es diagnóstica de osteoporosis. En este caso la densitometría es concordante.

La importancia del diagnóstico de osteoporosis es que requiere no solo calcio, vitamina D y ejercicios, sino bifosfonatos (ej. ácido zolendrónico). La importancia de que sea secundaria es que requiere de estudio adicional, en busca de la causa (hiperparatiroidismo, hipercalciuria primaria, enfermedad celiaca, Cushing).

La respuesta correcta es: Osteoporosis secundaria

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente lúpica, suspende sus medicamentos de manera brusca, evolucionando con marcado malestar, náuseas y ortostatismo. Al examen físico presenta taquicardia e hipotensión arterial. En la atención de urgencia, esta paciente debe recibir

Seleccione una:

- a. Corticoides endovenosos y suero fisiológico ✓
- b. Suero glucosado endovenoso
- c. Desmopresina en spray nasal
- d. Insulina endovenosa
- e. Suero hipertónico endovenoso

La sospecha es una insuficiencia suprarrenal aguda, secundaria a la suspensión brusca del tratamiento con corticoides (en este caso por el lupus). Ante la simple sospecha, ya se deben administrar corticoides endovenosos, más cristaloides (suero).

La respuesta correcta es: Corticoides endovenosos y suero fisiológico

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente con antecedente de cáncer de pulmón presenta, entre sus exámenes, una natremia de 129 mEq/L. No presenta síntomas y se ve de buen aspecto. La conducta más adecuada para el manejo de su alteración hidroelectrolítica es:

Seleccione una:

- a. Indicar un diurético tizídico
- b. Indicar un diurético de asa
- c. Restringir la ingesta de agua ✓
- d. Aumentar la ingesta de sodio
- e. Administrar suero fisiológico endovenoso

El diagnóstico más probable es un SSIADH, que se trata con restricción de agua a menos de 800 cc al día. Por otro lado, las hiponatremias asintomáticas y mayores a 120 mEq/L, se tratan de esa forma cuando se asocian a edema, IRC o SSIADH.

La respuesta correcta es: Restringir la ingesta de agua

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes es una alteración más probable en un paciente con un macroadenoma no funcionante de hipófisis?

Seleccione una:

- a. Amaurosis
- b. Miosis
- c. Estrabismo convergente
- d. Hemianopsia homónima
- e. Hemianopsia heterónima bitemporal



Los tumores hipofisiarios suelen comprimir el quiasma óptico, lo que se traduce en lesiones bitemporales del campo visual (ya sea hemianopsia o cuadrantopsia bitemporal).

La amaurosis se ve en la lesión del nervio óptico. La miosis es por lesión del sistema simpático (ej. síndrome de Horner). La hemianopsia homónima se debe a lesiones de cintilla óptica, radiación óptica o lóbulo occipital contralateral.

La respuesta correcta es: Hemianopsia heterónima bitemporal

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una mujer de 29 años presenta amenorrea, con disminución del estradiol plasmático y aumento marcado de la FSH y LH. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Alteración hipotalámica
- b. Hiperprolactinemia
- c. Anovulación crónica
- d. Falla ovárica prematura
- e. Síndrome de ovario poliquístico



Tiene un hipogonadismo hipergonadotrófico (se elevan las gonadotropinas: FSH y LH), por lo que es de origen ovárico. Como tiene menos de 40 años, el diagnóstico es una menopausia precoz o también llamada falla ovárica prematura (la menopausia normal es después de los 40 años).

En cambio, las alteraciones hipotalámicas o hipofisiarias son hipogonadotrópicas ("el hipo hipo es hipo hipo").

La respuesta correcta es: Falla ovárica prematura

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años se realiza una TSH como screening, la que resulta 7,5 UI/L. Está asintomático, su examen físico es normal y no presenta otras patologías conocidas. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar T4 libre y decidir conducta según resultado ✓
- b. Solicitar T3 libre y decidir conducta según resultado
- c. Observar evolución, sin necesidad de tratamiento, ni control
- d. Iniciar levotiroxina
- e. Solicitar cintigrafía con yodo radiactivo

Si la TSH está elevada, se sospecha un hipotiroidismo, sin embargo, primero se debe confirmar con T4 libre, puesto que, si está normal, tendría un hipotiroidismo subclínico, que suele observarse si la TSH está bajo 10. En cambio, si está baja la T4, se trataría de un hipotiroidismo clínico o hipotiroidismo propiamente tal y se debe iniciar el tratamiento con levoT4.

En la práctica, también se debe repetir la TSH, junto con pedir la T4 libre. Se pueden pedir anticuerpos anti-TPO. No está indicado solicitar T3, TRH, tiroglobulina ni otros exámenes.

La respuesta correcta es: Solicitar T4 libre y decidir conducta según resultado

Pregunta 13

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente psiquiátrico presenta un cuadro de polidipsia y poliuria, que ha ido en aumento, orinando cerca de 6 litros al día. Se solicita glicemia de ayuno que resulta 80 mg/dl. Su natremia basal es 140, con osmolaridad plasmática de 287 mOsm/L y osmolaridad urinaria: 170 mOsm/L. Se repiten los exámenes luego de varias horas sin ingerir agua y se constata natremia de 149 mEq/L, osmolaridad plasmática de 310 mOsm/L y osmolaridad urinaria de 180 mOsm/L. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Diabetes insípida
- b. SSIADH
- c. Polidipsia psicógena ✗
- d. Ingesta crónica de hidroclorotiazida
- e. Ingesta crónica de furosemida

Es una pregunta difícil, ya que hay que saberse los valores normales de la osmolaridad, en el test de la sed. La osmolaridad plasmática normal es 285 +/- 10 mOsm/L. La urinaria tiene un rango muy amplio (50 a 1200 mOsm/L), ya que depende de la ingesta de agua, pero si está bajo 200 se puede decir que está baja y si está sobre 200, se puede decir que está alta. Por tanto, en este caso tenemos una diabetes insípida, ya que aparece hipernatremia con la privación de agua y la orina se mantiene diluida. El antecedente de que sea psiquiátrico, orientaba tanto a una polidipsia primaria, como a una diabetes insípida, por ejemplo, por consumo de litio.

La respuesta correcta es: Diabetes insípida

|                        |                                       |
|------------------------|---------------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | miércoles, 29 de marzo de 2023, 23:18 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                            |
| <b>Finalizado en</b>   | miércoles, 29 de marzo de 2023, 23:34 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 16 minutos 27 segundos                |
| <b>Puntos</b>          | 16,00/20,00                           |
| <b>Calificación</b>    | <b>80,00</b> de 100,00                |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 34 años es diagnosticada de hipotiroidismo mediante niveles plasmáticos de TSH y T4. Se inicia tratamiento con levotiroxina 100 ug/día. ¿Cómo y cuándo debe controlarse?

Seleccione una:

- a. En 2 semanas con niveles plasmáticos de T4
- b. En 2 semanas con niveles plasmáticos de TSH
- c. En 6 semanas con niveles plasmáticos de T4 libre
- d. En 6 semanas con niveles plasmáticos de TSH
- e. En 3 meses con niveles plasmáticos de T4 libre



Los síntomas suelen empezar a mejorar luego de 2 semanas de tratamiento, pero la TSH demora 6 semanas en estabilizarse. El tratamiento del hipotiroidismo se controla con niveles de TSH cada **6 semanas** (4 a 6 semanas es aceptable), hasta normalizar la TSH y luego, cada 3 meses. Si se logra un control estable y prolongado, se puede luego espaciar incluso cada 6 a 12 meses (antes, si hay cualquier síntoma).

La respuesta correcta es: En 6 semanas con niveles plasmáticos de TSH

Pregunta 2

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Una paciente de 43 años sufre un accidente de tránsito, con golpe en la cabeza. Evoluciona con hiponatremia de 128 mEq/L. Se solicitan pruebas de función renal, que resultan normales y además se constata una osmolaridad urinaria de 300. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

Seleccione una:

- a. Iniciar una tiazida
- b. Indicar restricción de agua libre a 800 cc al día
- c. Solicitar niveles plasmáticos de ADH
- d. Solicitar TAC de silla turca
- e. Iniciar tratamiento con furosemida

✗

Tiene un SSIADH, que se trata con restricción de agua. Además, la hiponatremia leve (mayor de 120 y asintomática) se trata de esa forma, cuando viene asociada a edema, IRC o SSIADH.

La respuesta correcta es: Indicar restricción de agua libre a 800 cc al día

Pregunta 3

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Una paciente de 30 años consulta por malestar general y astenia. Al examen físico se aprecian algunas melanoplaquias en la cavidad oral. Se solicitan exámenes generales, en los que destaca hiperkalemia de 5,5 mEq/L. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar TAC de silla turca
- b. Solicitar TAC abdominal
- c. Solicitar cortisol basal y post dexametasona
- d. Solicitar cortisol basal y post ACTH
- e. Solicitar cortisol libre en orina, de 24 horas

✗

Se sospecha una enfermedad de Addison (causa más frecuente de insuficiencia suprarrenal), la que se confirma con la prueba de estimulación con ACTH, que es cortisol basal y post-ACTH.

- Eso sí, si el cortisol basal está muy bajo (<80 nmol/L), se confirma el diagnóstico de inmediato.

- Si está muy elevado (>500 nmol/L, se descarta).

- Entre 80 y 500, aplica se administra la ACTH y se vuelve a medir. Si sube sobre 500 se descarta; si no sube, se confirma la insuficiencia suprarrenal.

(no es necesario saber los puntos de corte).

\* Los demás exámenes de las alternativas son parte del estudio del síndrome de Cushing (que es lo contrario).

La respuesta correcta es: Solicitar cortisol basal y post ACTH

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Qué marcador es más útil para el seguimiento de un cáncer folicular de tiroides, luego de haber completado exitosamente el tratamiento, de modo de detectar precozmente una recidiva?

Seleccione una:

- a. Niveles plasmáticos de calcitonina
- b. Niveles plasmáticos de triyodotironina
- c. Niveles plasmáticos de tiroglobulina
- d. Niveles plasmáticos de tiroxina
- e. Cintografía con yodo radiactivo



Recordar que el cáncer diferenciado de tiroides (papilar y folicular) se trata con cirugía (generalmente tiroidectomía total, salvo casos de muy bajo riesgo que se pueden tratar con hemitiroidectomía) y luego se puede dar yodo radiactivo como terapia adyuvante (se ajusta la dosis con una cintografía posoperatoria y, en casos de bajo riesgo, puede no darse).

Tanto el cáncer folicular, como el papilar se siguen con tiroglobulina (Tg). Si se eleva, se presume que hay una recidiva, ya que la tiroides fue extirpada y exógenamente está recibiendo T4, pero no se produce tiroglobulina (proteína precursora, que contiene las tirosinas [un tipo de aminoácido] que se modifican para generar la tiroxina).

Por tanto, si se eleva, ahí sí se pide la cintografía con yodo radiactivo, para localizar la recidiva.

También se suele controlar con ecografía cervical, para ver las recidivas locales.

\* Resumen: Cáncer diferenciado = Qx +/- yodo radiactivo + seguimiento con Tg y ecografía.

- El cáncer medular, en cambio, se sigue con calcitonina.

La respuesta correcta es: Niveles plasmáticos de tiroglobulina

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 18 años presenta astenia, constipación, ánimo bajo y somnolencia, por lo que se realiza exámenes generales (hemograma y perfil bioquímico) que muestran cierto grado de anemia e hipercolesterolemia. Además, se palpa un bocio difuso de tamaño moderado y se constata macroglosia. El diagnóstico es:

Seleccione una:

- a. Enfermedad de Basedow Graves
- b. Tiroiditis de Querbein
- c. Cáncer de tiroides
- d. Tiroiditis de Hashimoto
- e. Tiroiditis de Riedel



Tiene probablemente un hipotiroidismo por todos sus síntomas y por la aparición de anemia y dislipidemia (suele producir anemia macrocítica, elevación del colesterol LDL e hiponatremia). Que tenga bocio difuso, sugiere mucho una tiroiditis de Hashimoto, que es la causa más frecuente de bocio y de hipertiroidismo. La tiroiditis de Querbein tiene un bocio doloroso, con hipertiroidismo. La tiroiditis de Riedel tiene un bocio leñoso, difuso, habitualmente eutoroideo, aunque puede ser hipotiroidismo. La EBG tiene un bocio difuso con hipertiroidismo. El cáncer se presenta como bocio nodular.

La respuesta correcta es: Tiroiditis de Hashimoto

Pregunta **6**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes alteraciones es MENOS probable de ser hallada en un paciente con enfermedad de Cushing?

Seleccione una:

- a. Elevación de la ACTH
- b. Elevación de la glicemía de ayuno
- c. Hipotensión arterial
- d. Atrofia muscular
- e. Mayor susceptibilidad a contraer infecciones



La enfermedad de Cushing es causada por un tumor hipofisiario, productor de ACTH y es la causa más frecuente de síndrome de Cushing.

Eleva la ACTH. El cortisol es una hormona de contrarregulación de la insulina, por lo que puede producir una diabetes o descompensarla. Generalmente produce hipertensión, porque el exceso de ACTH termina por estimular a la aldosterona, produciéndose retención de agua y sodio.

Suele cursar con atrofia muscular (es el signo más frecuente en el examen físico).

Los corticoides producen inmunodepresión. De hecho los pacientes con esta enfermedad suelen fallecer por infecciones.

La respuesta correcta es: Hipotensión arterial

Pregunta **7**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente consulta por otalgia, por lo que se realiza otoscopía, que resulta normal. Al examen físico se aprecia bocio moderado, doloroso a la palpación. Se solicita una TSH que resulta disminuida y una T4, que resulta elevada. El tratamiento más adecuado para la patología descrita es:

Seleccione una:

- a. Quirúrgico
- b. Levotiroxina
- c. Prednisona
- d. Ibuprofeno
- e. Propiltiouracilo



El diagnóstico es una tiroiditis subaguda de Quervain, que se trata con AINEs. Si tiene muchos síntomas hipertiroides (como en este caso), se puede agregar propanolol o atenolol, pero no drogas antitiroideas (propiltiouracilo o metimazol).

En los casos que no responden, se puede agregar prednisona al tratamiento con AINEs.

En la fase hipotiroides, no suele ser necesario tratar, ya que son síntomas transitorios y leves.

La respuesta correcta es: Ibuprofeno

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 35 años presenta un nódulo tiroideo, que es puncionado con una aguja fina, demostrándose la presencia de un cáncer papilar de tiroides. La conducta más adecuada, en este momento, es:

Seleccione una:

- a. Iniciar levotiroxina
- b. Iniciar tratamiento con yodo radiactivo
- c. Iniciar tratamiento con propiltiouracilo
- d. Resolver mediante tiroidectomía total
- e. Solicitar cintografía con yodo radiactivo



El tratamiento del cáncer papilar y folicular de tiroides es con tiroidectomía total. Luego se hace una cintografía con yodo radiactivo, de modo de determinar la dosis de yodo radiactivo que se dará postcirugía. Después de todo, queda con levotiroxina, dado que se le extirpó la tiroides (como cultura general, tiene doble efecto: 1. tratar el hipotiroidismo post tiroidectomía y 2. suprimir la TSH para evitar que estimule a cualquier tumor remanente; de hecho, suele quedar con un objetivo de TSH muy bajo, entre 0,1 y 0,5 y, en los casos de mucho riesgo, incluso TSH menor a 0,1 UI/L).

La respuesta correcta es: Resolver mediante tiroidectomía total

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 50 años presenta astenia, asociada a amenorrea de 5 meses de evolución, por lo que acude al policlínico. Al examen físico se constata que presenta una cuadrantopsia bitemporal inferior. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Lesión hipotalámica
- b. Tumor hipofisiario
- c. Climaterio
- d. Síndrome poliglandular
- e. Apoplejía hipofisiaria



La amenorrea puede ser producida por todas las patologías de las alternativas. Sin embargo, la afectación bitemporal del campo visual es característica de la compresión del quiasma óptico por un tumor hipofisiario. No tiene cefalea aguda, ni hipertensión endocraneana, como para sospechar una apoplejía, por lo que es un tumor que ha ido creciendo.

La respuesta correcta es: Tumor hipofisiario

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una mujer de 25 años inicia oligomenorrea, con ciclos menstruales cada 2 a 3 meses, a lo que se le agregan acné. Se solicitan exámenes, que muestran elevación de la LH y del estradiol ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

Seleccione una:

- a. Falla ovárica
- b. Insuficiencia hipofisiaria
- c. Falla hipotalámica
- d. Síndrome de ovario poliquístico
- e. Hiperprolactinemia



Es un SOP clásico: oligomenorrea más hiperandrogenismo (acné). En los exámenes suele elevarse la testosterona, estradiol, LH e insulina. En cambio, disminuye la progesterona, por la anovulación.

La respuesta correcta es: Síndrome de ovario poliquístico

Pregunta 11

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Paciente de 57 años, cursando síndrome nefrótico, secundario a nefropatía membranosa. En sus exámenes destaca hipercolesterolemia, albúmina:2,0 mg/dl, creatinina:1,1 mg/dl, Ca:7,5 mg/dl, con sodio, potasio y cloro normales. La causa más probable de su hipocalcemia es:

Seleccione una:

- a. Hipercalciuria primaria
- b. Hipocalcemia por insuficiencia renal crónica
- c. Hipocalcemia ficticia
- d. Hipovitaminosis D
- e. Hipocalcemia por diuréticos



Lo primero es ajustar la calcemia por albúmina.

Calcio corregido = Calcio + 0,8 x (4 – albúmina)

Calcio corregido = 7,5 + 0,8 x (4 – 2)

Calcio corregido = 9,1

Por tanto, no hay hipocalcemia real, sino solo dada por la baja en la albúmina.

- La recomendación para estos casos es solo perder tiempo en calcular si la albúmina es muy distinta a 4, como en este ejemplo. Si es cercana a 4, la variación será mínima.

- Recordar, además, que el calcio iónico no requiere corrección, porque precisamente se pide para evitar las variaciones producidas por cambios en la proteinemia.

La respuesta correcta es: Hipocalcemia ficticia

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La asociación de bocio difuso, con soplo y síntomas de hipertiroidismo es característica de:

Seleccione una:

- a. Adenoma tóxico
- b. Tiroiditis de Quervain
- c. Tiroiditis de Riedel
- d. Enfermedad de Basedow Graves
- e. Tiroiditis de Hashimoto



La EBG se caracteriza por hipertiroidismo asociado a bocio difuso, que puede tener soplo tiroideo.

El adenoma tóxico tiene bocio nodular, sin soplo.

La Tiroiditis de Quervain sí tiene bocio difuso e hipertiroidismo, pero no soplo. Además, el bocio es doloroso.

La tiroiditis de Riedel y la de Hashimoto no hacen hipertiroidismo, sino hipotiroidismo.

La respuesta correcta es: Enfermedad de Basedow Graves

Pregunta 13

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 50 años, asintomático, se detecta un aumento de volumen cervical, ubicado en la línea media. Al examen físico se aprecia un nódulo supraesternal de 2 cm de diámetro, que asciende con la deglución. Se solicita una ecografía que demuestra un nódulo sólidoquístico de 21 mm de diámetro. La TSH resulta 6,3 UI/L. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Realizar punción con aguja fina del nódulo
- b. Administrar yodo radiactivo en dosis terapéutica
- c. Solicitar cintigrafía con yodo radiactivo
- d. Realizar tiroidectomía total
- e. Indicar una dosis baja de levotiroxina y observar evolución



El nódulo tiroideo se estudia con TSH, ecografía y luego punción con aguja fina (si es mayor a 10 mm o 15 mm, según la fuente que se revise). Solo cuando la TSH está suprimida (menor a 0,4 = hipertiroidismo), se estudia con la cintigrafía, para descartar el adenoma tóxico. En cambio, en este caso, la TSH está alta, por lo que el nódulo se debe estudiar de la manera habitual, además de manejarse el hipotiroidismo.

Los quistes simples, Tirrads 2, se pueden observar, independiente del tamaño, según las guías internacionales.

La respuesta correcta es: Realizar punción con aguja fina del nódulo

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Qué examen es más adecuado para determinar el origen central o nefrogénico de una diabetes insípida?

Seleccione una:

- a. Osmolaridad urinaria basal y postprivación de agua
- b. Prueba de respuesta a desmopresina ✓
- c. Sodio urinario de 24 horas
- d. Niveles plasmáticos de ADH
- e. TAC de silla turca

La diabetes insípida (DI) se diagnostica con el test de la sed (eso sí, si basalmente tiene hipernatremia, es peligroso privarla de agua, por lo que se confirma en diagnóstico de inmediato). Luego, se clasifica en DI central y nefrogénica, según el test de desmopresina: si responde a desmopresina es central; si no responde, es nefrogénica.

Los niveles de ADH son muy erráticos, por lo que nunca se piden.

La respuesta correcta es: Prueba de respuesta a desmopresina

Pregunta 15

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes alteraciones es MENOS probable en una mujer luego de la menopausia?

Seleccione una:

- a. Disminución de la densidad ósea
- b. Disminución de los niveles plasmáticos de estrógenos
- c. Disminución de los niveles plasmáticos de progesterona ✗
- d. Disminución de los niveles plasmáticos de gonadotropinas
- e. Disminución de la masa muscular

La menopausia produce un hipogonadismo (baja estrógeno y progesterona) hipergonadotrófico (eleva FSH y LH), de tipo fisiológico. De hecho, se sospecha con niveles de FSH sobre 25 y es casi seguro si es que están sobre 40.

La respuesta correcta es: Disminución de los niveles plasmáticos de gonadotropinas

Pregunta 16

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 33 años, esquizofrénica, presenta galactorrea. Refiere ausencia de menstruaciones desde hace 4 meses, por lo que se realiza un test de embarazo, que resulta negativo. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Hipogonadismo hipogonadotrópico
- b. Prolactinoma hipofisiario
- c. Hipogonadismo hipergonadotrópico
- d. Síndrome de ovario poliquístico
- e. Hiperprolactinemia secundaria a fármacos



La sospecha es una hiperprolactinemia, por el síndrome galactorrea-amenorrea. Como es esquizofrénica es presumible que está utilizando antipsicóticos, los que son fármacos antidopaminérgicos, los cuales son la primera causa de hiperprolactinemia (los otros son los antieméticos). Es correcto haber solicitado el test de embarazo, porque siempre se debe descartar en cualquier situación que pueda ser la causa de los síntomas o en que el manejo cambie, en caso de estar embarazada.

La respuesta correcta es: Hiperprolactinemia secundaria a fármacos

Pregunta 17

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente consulta por palpitaciones y diarrea. Al examen físico se constata retracción palpebral, temblor fino, piel húmeda y caliente, sin alteraciones a la palpación de la glándula tiroides. Se solicita TSH que resulta suprimida y T4 que está aumentada. Los anticuerpos anti-TPO y TRAB resultan negativos, la tiroglobulina plasmática es indetectable y la captación de yodo radiactivo muestra captación menor al 1%. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Tiroiditis de Riedel
- b. Tiroiditis silente
- c. Tiroiditis de Quervain
- d. Struma Ovari
- e. Uso de tiroxina exógena



Es una pregunta algo difícil. Tiene un hipertiroidismo, tanto por la clínica, como por la TSH suprimida con T4 elevada. La captación de yodo muy baja sugiere una tiroiditis subaguda de Quervain, pero esta tendría elevación de la tiroglobulina (Tg). Por tanto, la sospecha es el consumo exógeno, que es la única opción con Tg disminuida. El struma ovarii es un tumor ovárico, que produce hipertiroidismo.

La respuesta correcta es: Uso de tiroxina exógena

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿En qué condición es preferible solicitar T4 libre en lugar de T4 corriente?

Seleccione una:

- a. Tiroditis subaguda
- b. Tiroditis de Hashimoto
- c. Hipotiroidismo congénito
- d. Embarazo
- e. Insuficiencia cardíaca



Hoy en día, se suele pedir siempre T4 libre, en lugar de T4, ya que la T4 se altera con las variaciones de la TBG (globulina ligante de tiroxina), que es la proteína transportadora de la T4. Sin embargo, la T4 es un buen examen, a menos que haya una causa que haga variar los niveles de TBG. Los ACO y el embarazo elevan la TBG. El daño hepático crónico, el síndrome nefrótico, la desnutrición proteica y el uso de andrógenos, los disminuyen.

La respuesta correcta es: Embarazo

Pregunta 19

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Mujer de 38 años, puérpera hace 6 meses. Durante el parto presentó importante hemorragia, secundaria a inercia uterina. Desde el comienzo presentó agalactia, por lo que debió alimentar exclusivamente con fórmula a su hijo. A pesar de lo anterior, persiste en amenorrea y se ha agregado astenia y adinamia importante. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome de Sheehan
- b. Apoplejía apofisiaria
- c. Tiroditis postparto
- d. Hiperprolactinemia
- e. Hipogonadismo hipergonadotrófico



Es un síndrome de Sheehan clásico: hipopituitarismo, secundario a una hemorragia puerperal, que produce un infarto hipofisiario (recordar que la hipófisis se irriga con un sistema portal, es decir, con sangre venosa, a lo que se agrega que durante el embarazo la hipófisis aumenta su tamaño, por la proliferación de células mamotropas, lo que aumenta el riesgo de isquemia, en caso de hipovolemia por la hemorragia).

Suele presentarse como astenia, amenorrea y agalactia.

La respuesta correcta es: Síndrome de Sheehan

Pregunta **20**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño diagnosticado de hiperplasia suprarrenal congénita, en tratamiento, presenta un cuadro de malestar general marcado e hipotensión. Al examen se constata desorientado, taquicárdico, con signos de hipoperfusión periférica. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar suero fisiológico endovenoso hasta normalizar la
- b. Administrar corticoides endovenosos y cristaloides
- c. Administrar suero hipertónico endovenoso
- d. Administrar cristaloides y noradrenalina endovenosa por bomba de infusión continua
- e. Administrar suero glucosado al 30% y adrenalina subcutánea



La HSRC es causa de insuficiencia suprarrenal e hiperandrogenismo, por un defecto genético en las enzimas productoras de cortisol. En este caso, se sospecha una crisis suprarrenal o insuficiencia suprarrenal aguda (dada la hipotensión, más el antecedente de HSRC), por lo que se debe administrar de inmediato los corticoides y el suero fisiológico.

La respuesta correcta es: Administrar corticoides endovenosos y cristaloides

[◀ 7.4 Cuestionario Endocrinología](#)

Ir a...

[7.6 Cuestionario Endocrinología](#)

|                        |                                       |
|------------------------|---------------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | miércoles, 29 de marzo de 2023, 23:50 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                            |
| <b>Finalizado en</b>   | miércoles, 29 de marzo de 2023, 23:56 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 6 minutos 4 segundos                  |
| <b>Puntos</b>          | 9,00/10,00                            |
| <b>Calificación</b>    | <b>90,00</b> de 100,00                |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años, cirrótico por consumo de alcohol, se realiza pruebas tiroideas como parte de un chequeo médico, que muestran TSH: 1,8 UI/L (VN: 0,4-4,0) y T4: 4,0 ug/dl (VN: 4,5 – 12,5 ug/dl). El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Eutiroideo ✓
- b. Hipotiroidismo subclínico
- c. Tiroiditis de Hashimoto
- d. Cáncer de tiroides
- e. Hepatocarcinoma

Tiene TSH normal, por lo que está eutiroideo. La T4 está baja probablemente por la baja en la TBG, secundaria al daño hepático crónico. La T4 libre probablemente estará normal.

Además, incluso en casos en que la T4 libre está baja, pero la TSH normal (ej. eutiroideo enfermo), no es necesario tratar. En resumen, si el paciente no tiene síntomas, solo se debe pedir la TSH y no la T4 o T4 libre ni mucho menos la T3 o T3 libre.

La respuesta correcta es: Eutiroideo

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 50 años presenta un cuadro de astenia y malestar general, de 4 semanas de evolución, asociado a náuseas. Al examen físico se aprecian algunas máculas hiperpigmentadas en las manos y la cara. En sus exámenes generales destaca hiponatremia y potasio de 5,5 mEq/L. La conducta diagnóstica más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar ACTH y cortisol basales
- b. Solicitar ACTH y MSH
- c. Solicitar RMN de silla turca
- d. Solicitar cortisol basal y post-dexametasona
- e. Solicitar cortisol basal y post-ACTH



Se sospecha una enfermedad de Addison: hiperpigmentación más insuficiencia suprarrenal (hiperkalemia, hiponatremia, astenia y náuseas). Se confirma con la prueba de estimulación con ACTH, que es cortisol basal y post-ACTH. Si el cortisol basal es muy bajo, se confirma sin necesidad de estimular con ACTH.

La respuesta correcta es: Solicitar cortisol basal y post-ACTH

Pregunta 3

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 75 años, fumador importante, presenta un cuadro de malestar general y debilidad muscular progresiva, asociado a náuseas y constipación, que luego se acompaña de compromiso de conciencia. Al examen físico se aprecia deshidratado, sin signos focales. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. SSIADH
- b. Síndrome de secreción ectópica de ACTH
- c. Hipercalcemia
- d. Enfermedad de Addison
- e. Coma mixedematoso



Es un cuadro clásico de hipercalcemia maligna (constipación, malestar, deshidratación y compromiso de conciencia), probablemente secundario a un cáncer de pulmón (tanto espinocelular, como de células pequeñas lo producen).

El SSIADH tendría hiponatremia y compromiso de conciencia, por el edema cerebral de la hiponatremia. También podría tener vómitos, pero no constipación ni signos de deshidratación.

El síndrome de ACTH ectópica se presenta como un síndrome de Cushing.

La enfermedad de Addison tendría hiperpigmentación, más insuficiencia suprarrenal.

El coma mixedematoso tendría compromiso de conciencia, con constipación, pero edema, en lugar de signos de deshidratación.

La respuesta correcta es: Hipercalcemia

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente es diagnosticado de hipotiroidismo por una tiroiditis crónica, por lo que se inicia suplementación hormonal con levotiroxina. ¿Qué examen es el más adecuado para seguir la evolución de este paciente?

Seleccione una:

- a. Hormona tiroestimulante ✓
- b. Tiroxina
- c. Anticuerpos antiperoxidasa tiroidea
- d. Triyodotironina
- e. Tiroglobulina

El tratamiento del hipotiroidismo se ajusta según los niveles de TSH, los que se busca normalizar. Se solicita cada 4-6 semanas, hasta lograr una TSH normal. Luego se sigue cada 3 meses, hasta que la TSH se mantiene estable. Finalmente, se puede espaciar cada 6 a 12 meses, una vez lograda la estabilidad en el largo plazo.

La respuesta correcta es: Hormona tiroestimulante

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes fracturas puede ser considerada como osteoporótica?

Seleccione una:

- a. Fractura de columna ✓
- b. Fractura de diáfisis humeral
- c. Fractura de pierna
- d. Fractura de rodilla
- e. Fracturas costales

Las fracturas osteoporóticas son las vertebrales (las más frecuentes), las de cadera, muñecas y húmero proximal. Es decir, en general, huesos esponjosos.

La respuesta correcta es: Fractura de columna

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La diabetes insípida se caracteriza por:

Seleccione una:

- a. Poliuria, polidipsia, hiponatremia, hiperkalemia y acidosis metabólica
- b. Poliuria, polidipsia, orinas concentradas y tendencia a la hiponatremia
- c. Poliuria, polidipsia, orinas concentradas y tendencia a la hipernatremia
- d. Poliuria, polidipsia, orinas diluidas y tendencia a la hiponatremia
- e. Poliuria, polidipsia, orinas diluidas y tendencia a la hipernatremia ✓

La diabetes insípida se caracteriza por ausencia de ADH (central) o de la acción de la ADH (nefrogénica). La ADH se encarga de reabsorber agua en el túbulo colector. Por tanto, su déficit se produce perdidas urinarias de agua, con hipernatremia y orinas diluidas, más la poliuria, que se compensa con sed y polidipsia.

La respuesta correcta es: Poliuria, polidipsia, orinas diluidas y tendencia a la hipernatremia

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una mujer de 40 años presenta amenorrea hace 4 meses. Al examen físico no tiene alteraciones y su prueba de embarazo resulta negativa. La conducta inicial más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución
- b. Solicitar niveles de estradiol, progesterona y ecografía transvaginal
- c. Solicitar niveles de LH, estradiol y hormona antimülleriana
- d. Solicitar niveles de FSH y LH
- e. Solicitar niveles de TSH, prolactina, FSH, estradiol y progesterona



El estudio inicial de la amenorrea es con TSH y prolactina, ya que el hipotiroidismo y la hiperprolactinemia son causas muy frecuentes, sin embargo, por tener 40 años, también es correcto descartar la menopausia, con FSH (y eventualmente estradiol y progesterona). De hecho, actualmente la amenorrea se estudia con muchos exámenes simultáneamente y no con el estudio clásico antiguo. Lo que sí es importante destacar, es que se sigue iniciando el estudio con el test de embarazo, como examen más importante.

La ecografía transvaginal suele ser muy importante para el estudio de las alteraciones menstruales (hipermenorrea, metrorragia), pero no tanto para la amenorrea en específico, ya que las causas uterinas son infrecuentes y se suele comenzar con los estudios hormonales. La hormona antimülleriana se puede pedir como un indicador de la reserva ovárica (si está muy baja sugiere que se está acercando la menopausia).

La FSH es más importante que la LH en la menopausia. En cambio, en hombres, la LH suele ser más importante que la FSH para el estudio del hipogonadismo. Sin embargo, es correcto pedir ambas.

La respuesta correcta es: Solicitar niveles de TSH, prolactina, FSH, estradiol y progesterona

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 40 años consulta por astenia y aumento de peso. Al examen físico se aprecia atrofia de las masas musculares de las extremidades, con obesidad central, tungo y cara de luna. Además, presenta presión arterial 150/90 mmHg y glicemia basal de 150 mg/dl. Se solicita cortisol libre urinario de 24 horas, que resulta elevado. Adicionalmente, se solicita prueba de supresión larga que muestra una supresión parcial y niveles plasmáticos de ACTH que resultan elevados. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome de Cushing por corticoides exógenos
- b. Tumor productor de ACTH
- c. Enfermedad de Addison
- d. Hiperplasia suprarrenal
- e. Tumor adrenal productor de cortisol



Tiene un síndrome de Cushing confirmado, con el cortisol libre urinario elevado. Al estudiar la causa, orienta a una causa hipofisiaria, ya que tiene ACTH elevada y la prueba de supresión larga suprimió. Por tanto, lo más probable es que sea una enfermedad de Cushing, o tumor hipofisiario productor de ACTH.

La A (corticoides exógenos), D (hiperplasia) y E (tumor adrenal) tendrían ACTH baja y no suprimiría con la dexametasona. La C (Addison) sí eleva la ACTH, pero es una insuficiencia suprarrenal, es decir, todo lo contrario.

La respuesta correcta es: Tumor productor de ACTH

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 40 años se realiza una TAC de cerebro, por un TEC, que descarta lesiones traumáticas, pero que muestra un tumor hipofisiario de 4 mm de diámetro. No presenta síntomas su examen físico es normal. Se solicita TSH, T4, prolactina y somatomedina 1, que resultan normales. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución ✓
- b. Realizar cateterismo de senos petrosos
- c. Solicitar prueba de supresión con dexametasona y prueba de estimulación con clonidina
- d. Solicitar niveles plasmáticos de SHBG y TBG
- e. Resolver quirúrgicamente

La causa más frecuente de tumores hipofisiarios son los adenomas no funcionantes, que suelen encontrarse como hallazgos en las neuroimágenes, solicitadas por otras causas (como en este caso). Si son asintomáticos y no son hiperproductores de hormonas (por eso se solicitaron la prolactina y demás), simplemente se observan.

Si son sintomáticos o hiperproductores, se operan (excepto los prolactinomas, que se tratan con agonistas dopaminérgicos: ej. bromocriptina).

La respuesta correcta es: Observar evolución

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes opciones es más sugerente de una tiroiditis aguda bacteriana?

Seleccione una:

- a. Bocio difuso, asociado a exoftalmo y síntomas de hipertiroidismo
- b. Bocio difuso asociado a síntomas de hipotiroidismo
- c. Bocio multinodular con síntomas de hipertiroidismo
- d. Bocio, asociado a intenso localizado en el lóbulo tiroideo izquierdo y fiebre alta ✓
- e. Bocio difuso, doloroso, asociado a síntomas leves de hipertiroidismo

La tiroiditis aguda suele tener un inicio súbito y asociarse a fiebre y mucho dolor en la tiroides. Aunque puede afectar toda la tiroides, lo más frecuente es que se presente en un solo lóbulo. Los signos inflamatorios suelen ser muy marcados. Los pacientes habitualmente están eutiroideos, aunque puede haber hipertiroidismo. El diagnóstico es clínico y se suele complementar con ecografía y punción aspiración para cultivo. Generalmente se produce por Gram positivos, (S. aureus y S. pyogenes), aunque puede ser por otras bacterias. Se debe iniciar tratamiento urgente con antibióticos endovenosos y, si hay un absceso (clínico o ecográfico), actualmente se prefiere drenar por punción. Solo en los casos en que no responde, se resuelve con drenaje quirúrgico o resección del área infectada.

En niños, suele asociarse a un tipo especial de fistula branquial, llamada "fistula del receso piriforme", que produce infecciones recurrentes generalmente del lóbulo tiroideo izquierdo.

- La A es una enfermedad de Basedow Graves.
- La B es una tiroiditis de Hashimoto.
- La C es un bocio multinodular tóxico.
- La E es una tiroiditis subaguda de Quervain.

La respuesta correcta es: Bocio, asociado a intenso localizado en el lóbulo tiroideo izquierdo y fiebre alta



|                        |                                    |
|------------------------|------------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | jueves, 30 de marzo de 2023, 00:33 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                         |
| <b>Finalizado en</b>   | jueves, 30 de marzo de 2023, 00:40 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 7 minutos 7 segundos               |
| <b>Puntos</b>          | 7,00/10,00                         |
| <b>Calificación</b>    | <b>70,00</b> de 100,00             |

Pregunta 1

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 60 años asintomático se realiza exámenes de control, que muestran hemograma normal, perfil lipídico normal, TSH: 5,0 UI/L y T4 8,0 ug/ml (VN: 4,5 – 12,5 ug/ml). Su examen físico es normal. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución
- b. Iniciar levotiroxina oral ✗
- c. Solicitar cintigrafía tiroidea
- d. Realizar ecografía cervical
- e. Solicitar anticuerpos TRAB

Tiene un hipotiroidismo subclínico (TSH alta, con T4 normal). Como no tiene dislipidemia, ni otras alteraciones, no es necesario tratarlo y basta con observar evolución. Si la TSH hubiese estado mayor a 10 o hubiese comorbilidad (depresión, dislipidemia, demencia), sí estaría indicada la levotiroxina. También en el embarazo, ya que existe temor ante una eventual riesgo teórico de afectación del desarrollo cerebral fetal (discutible).

La respuesta correcta es: Observar evolución

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 56 años consulta por astenia, intolerancia al calor y palpitaciones. Al examen físico se aprecia piel fina y sudorosa, por lo que se solicita una TSH y una T4 libre, que resultan ambas elevadas. ¿Qué diagnóstico es más probable?

Seleccione una:

- a. Tiroiditis de Hashimoto
- b. Enfermedad de Basedow Graves
- c. Tiroiditis subaguda de Querzein
- d. Hipertiroidismo por aporte exógeno de levotiroxina
- e. Tumor hipofisiario productor de TSH



Es una pregunta difícil, ya que se pregunta algo muy infrecuente. Sin embargo, tiene un **hipertiroidismo secundario**, dado que la T4 libre está elevada (hipertiroidismo), pero la TSH también está elevada, por lo que la única opción posible es el tumor hipofisiario, productor de TSH.

- La A (Hashimoto) tendría TSH alta, con T4 libre baja, siendo un hipotiroidismo primario.
- La B (EBG), C (TSQ) y D (T4 exógena) tendrían TSH suprimida, con T4 libre alta, siendo un hipertiroidismo primario.

La respuesta correcta es: Tumor hipofisiario productor de TSH

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 3 meses de vida, con mal incremento ponderal, presenta deterioro del estado general, por lo que es llevado a urgencia. Ahí se constata que está hipotensoro. En su examen físico se aprecia escroto hiperpigmentado. En sus exámenes se constata hiponatremia e hiperkalemia. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Enfermedad de Addison
- b. Enfermedad de Cushing
- c. Hiperplasia suprarrenal congénita
- d. Hipotiroidismo congénito
- e. Agenesia hipofisiaria



El cuadro clínico es compatible con una insuficiencia suprarrenal: hipotensión, hiperkalemia, hiponatremia. Además, la hiperpigmentación sugiere que es una insuficiencia de tipo primaria. Por ser un niño, la sospecha es una hiperplasia suprarrenal congénita. Pero si hubiese sido un adulto, sería una enfermedad de Addison. Se debe estudiar con 17-OH progesterona. También es correcto solicitar niveles de cortisol e imágenes suprarrenales.

- En muchos países se solicita 17-OH-progesterona a todos los recién nacidos, como forma de screening.
- En los países en que no se realiza, se suele presentar como insuficiencia suprarrenal o virilización (niña con megaclítoris o niño con aumento de tamaño peneano y desarrollo o hiperpigmentación testicular).
- En los casos atípicos, suele presentarse tarde, con una clínica idéntica al síndrome de ovario poliquístico (SOP), por lo que algunos recomiendan estudiar todo SOP con 17-OH-progesterona.

La respuesta correcta es: Hiperplasia suprarrenal congénita

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 40 años sufre una fractura de muñeca, por una caída a nivel. Se solicita una densitometría ósea, que muestra Z-score de -2,1 y T-score de -2,7. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Osteopenia primaria
- b. Osteopenia secundaria
- c. Osteoporosis primaria
- d. Osteoporosis secundaria
- e. Sana



Tiene osteoporosis, por tener T-score menor o igual a -2,5. Es secundaria, por tener Z-score menor o igual a -2.

Requiere de vitamina D, calcio y bifosfonatos por tener osteoporosis.

Además, requiere de estudio con múltiples exámenes en busca de una patología que la cause, debido a que es secundaria.

La respuesta correcta es: Osteoporosis secundaria

Pregunta 5

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

La causa más frecuente de la insuficiencia suprarrenal en lactantes es:

Seleccione una:

- a. Genética
- b. Infecciosa
- c. Neoplásica
- d. Iatrogénica
- e. Autoinmune



En niños, la causa más frecuente de insuficiencia suprarrenal es la hiperplasia suprarrenal congénita que es una enfermedad genética, autosómica recesiva, caracterizada, en la gran mayoría de los casos, por la deficiencia de la enzima 21 hidroxilasa, que se traduce en la imposibilidad de convertir la 17-OH progesterona (la que se acumula) en cortisol y aldosterona. Por ello hace una insuficiencia suprarrenal perdedora de sal.

En adultos, la causa más frecuente es la adrenalitis autoinmune, seguido de la tuberculosis suprarrenal.

La respuesta correcta es: Genética

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál es el primer examen que debe solicitarse a un paciente con bocio difuso?

Seleccione una:

- a. Anticuerpos anti-TPO y TRAB
- b. Ecografía cervical
- c. TSH
- d. Cintigrafía con yodo radiactivo
- e. Tiroglobulina



Lo más importante en el estudio del bocio difuso es la función tiroidea. Por tanto, la TSH es el examen más importante. Además, se puede complementar con los anticuerpos, en especial los anti-TPO (marcadores de la tiroiditis de Hashimoto, que es la causa más frecuente de bocio). De las opciones, la TSH es la más adecuada.

La ecografía se solicita en el bocio nodular y en el bocio de rápido crecimiento (y aun en estos casos la TSH es fundamental).

La respuesta correcta es: TSH

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 50 años se realiza un perfil bioquímico, en el que destaca calcemia 13,6 mg/dl, albuminemia: 4,5 g/dl y fosfemia: 3,5 mg/dl. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Observar evolución
- b. Solicitar PTH
- c. Solicitar cintigrafía ósea
- d. Solicitar densitometría ósea
- e. Iniciar vitamina D



Tiene una hipercalcemia. Al corregirla por albúmina queda en 13,2 mg/dl, por lo que sigue siendo mayor a 10,5. La hipercalcemia se estudia con PTH: si está elevada, hay un hiperparatiroidismo primario. Si está baja, probablemente sea cáncer.

La respuesta correcta es: Solicitar PTH

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes alteraciones es MENOS sugerente de una enfermedad de Addison?

Seleccione una:

- a. Hiperglicemia
- b. Hiponatremia
- c. Hipercalcemia
- d. Eosinofilia
- e. Hiperkalemia



La enfermedad de Addison o insuficiencia suprarrenal primaria se caracteriza por hiperkalemia, hiponatremia e hipoglicemia (ya que el cortisol suele elevar la glicemia y en esta enfermedad está deficiente). Además puede cursar con hipercalcemia, leucocitosis, linfocitosis y eosinofilia.

La respuesta correcta es: Hiperglicemia

Pregunta 9

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un hombre de 29 años consulta por infertilidad. Lleva dos años intentando tener hijos, sin conseguirlo. Al examen físico se aprecia distribución ginecoide del vello corporal, testículos de tamaño pequeño y en sus exámenes destaca espermiograma con azoospermia, testosterona baja y FSH y LH elevadas. El estudio debe proseguir con:

Seleccione una:

- a. TAC de silla turca
- b. Niveles plasmáticos de GnRH
- c. Ecografía testicular
- d. Cariograma
- e. Niveles plasmáticos de 17-hidroxiprogesterona



La sospecha diagnóstica es un síndrome de Klinefelter (hipogonadismo hipergonadotrópico, con atrofia testicular y azoospermia), el que se diagnostica con el cariograma o cariotipo, que muestra un patrón 47 XXY.

El tratamiento suele ser con testosterona para el hipogonadismo. La infertilidad suele tratarse con adopción, obtención de un donante de esperma y, en algunos casos, es posible obtener algunos espermatozoides del paciente para ser utilizados en técnicas de fertilización asistida (in vitro, por lo general).

La respuesta correcta es: Cariograma

Pregunta **10**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El síndrome de secreción inadecuada de ADH se caracteriza por:

Seleccione una:

- a. Hipernatremia, hipokalemia e hipertensión arterial
- b. Hipernatremia, con orinas concentradas
- c. Hiponatremia, con orinas diluidas
- d. Hipernatremia, con orinas diluidas
- e. Hiponatremia, con orinas concentradas



El SSIADH produce un exceso de ADH (o vasopresina u hormona antidiurética), la que se encarga de reabsorber agua en el túbulo colector. Por tanto, se produce retención de agua, con hiponatremia y orinas concentradas.

La respuesta correcta es: Hiponatremia, con orinas concentradas

[◀ 7.6 Cuestionario Endocrinología](#)

[Ir a...](#)

[7.8 Cuestionario Endocrino](#)

|                 |                                    |
|-----------------|------------------------------------|
| Comenzado el    | jueves, 30 de marzo de 2023, 00:46 |
| Estado          | Finalizado                         |
| Finalizado en   | jueves, 30 de marzo de 2023, 00:52 |
| Tiempo empleado | 6 minutos                          |
| Puntos          | 7/10                               |
| Calificación    | 70 de 100                          |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuó 1 sobre 1

Un paciente de 24 años presenta un cuadro de odinofagia y tos, que dura 4 días y luego mejora. Sin embargo, una semana después, inicia dolor cervical, asociado a malestar general y fatiga. El dolor aumenta con los movimientos del cuello y al examen físico se constata aumento de volumen, muy doloroso a la palpación, en relación a la zona supraesternal del cuello, en la línea media. ¿Cuál es la conducta más adecuada?

- a. Solicitar ecografía de cuello
- b. Iniciar naproxeno y solicitar pruebas tiroideas ✓
- c. Solicitar TAC de cuello
- d. Iniciar prednisona
- e. Iniciar amoxicilina más ácido clavulánico

El diagnóstico de sospecha es una tiroiditis subaguda (incluso tiene la infección viral previa, que suele describirse por los pacientes). Su diagnóstico es fundamentalmente clínico, pero se suele complementar el estudio con pruebas tiroideas (que suelen mostrar elevación de la T4, T3, tiroglobulina y disminución de la TSH y captación de yodo), hemograma y PCR, con frecuente elevación de los parámetros inflamatorios. El tratamiento es con AINEs y, solo en casos en que no responde o que hay síntomas sistémicos muy intensos (ej. mucha fiebre y mialgias), se puede indicar prednisona.

En la primera fase, la hipertiroides, no hay hiperproducción de T4, sino liberación, por lo que no están indicadas las drogas antitiroideas, sino solo el propanolol o atenolol (betabloqueo) en caso de que tenga muchos síntomas hipertiroides.

En la segunda fase, la hipotiroides, no se requiere suplementar, ya que suele ser breve y poco sintomática.

En la última fase, la eutiroidea, todo normaliza. Si, en cambio, evoluciona a un hipotiroidismo, pudo haber sido una enfermedad de Hashimoto inicial (la presencia de anticuerpos anti-TPO aumenta el riesgo de progresar de esta forma).

La respuesta correcta es: Iniciar naproxeno y solicitar pruebas tiroideas

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 6 años ha sido hospitalizado en 3 oportunidades por diarrea y malestar general, con requerimientos de hidratación endovenosa. Acude al servicio de urgencia por un cuadro de dolor abdominal intenso y deterioro del estado general, siendo evaluado y diagnosticado de apendicitis aguda, por lo que se llama al cirujano infantil. Al examen físico está hipotensor y desorientado. Se administran 2 bolos de suero fisiológico, sin respuesta y se inicia manejo con drogas vasoactivas, con respuesta parcial. En sus exámenes destaca leucocitosis: 12.000 por mm<sup>3</sup>, sodio: 128 mEq/L, potasio: 5,9 mEq/L, creatinina: 1,8 mg/dL, proteína C reactiva: 40 mg/L. ¿Qué indicación es la más urgente, además de la resolución quirúrgica?

- a. Noradrenalina endovenosa
- b. Gluconato de calcio
- c. Ceftriaxona más metronidazol
- d. Hidrocortisona
- e. Adrenalina intramuscular



La sospecha es una insuficiencia suprarrenal aguda severa, por lo que se debe manejar con hidrocortisona ante la sola sospecha. Orienta a ella la hiperkalemia, hiponatremia y shock refractario. Por la edad, puede ser una hiperplasia suprarrenal congénita o una enfermedad de Addison. Es más frecuente de lo que se piensa y los médicos generales deben saber identificarla y tratarla, ya que la vida del paciente depende de ello.

Si bien la insuficiencia suprarrenal puede producir dolor abdominal, sí es posible que tenga una apendicitis y que esta patología aguda sea, precisamente, lo que descompensa al paciente.

La respuesta correcta es: Hidrocortisona

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Una paciente de 24 años, sexualmente activa con pareja estable, consulta por amenorrea de 4 meses de evolución. Refiere que previamente sus reglas eran irregulares, cada 2 a 3 meses. Al examen físico, presenta sobrepeso, piel de la cara con acné y seborrea, sin otras alteraciones. Se realiza test de embarazo, que resulta negativo. Ella refiere que no tiene intenciones de embarazarse en el corto y mediano plazo, por lo que usa preservativo como método anticonceptivo. Al preguntársele dirigidamente, responde que se depila el mentón ocasionalmente. ¿Cuál es la conducta más adecuada para su manejo?

- a. Iniciar anticonceptivos con levonorgestrel solo
- b. Iniciar anticonceptivos combinados con etinilestradiol y drospirenona
- c. Solicitar cortisol basal y postdexametasona
- d. Solicitar 17-OH progesterona, LH, testosterona y dihidroepiandrosterona plasmáticas
- e. Solicitar resonancia magnética nuclear de hipófisis y glándulas suprarrenales



Tiene un síndrome de ovario poliquístico confirmado, al tener la alteración menstrual más el hiperandrogenismo clínico.

- No requiere de la ecografía transvaginal para objetivar los múltiples quistes ováricos, ya que el diagnóstico está claro con la sola clínica.
- Se trata con ACO con acción antiandrogénica, a menos que, además, quiera embarazarse, en que hay que evaluar inducir la ovulación, en caso de que haya infertilidad.
- El estudio de la amenorrea podría haber seguido con una prueba de progesterona u otros exámenes, pero, en este caso es claro el diagnóstico y no se requiere mayor estudio.
- Es correcto solicitar exámenes de patologías asociadas a resistencia a la insulina: triglicéridos, glicemia de ayuno e insulina, para calcular el HOMA.

La respuesta correcta es: Iniciar anticonceptivos combinados con etinilestradiol y drospirenona

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente de 23 años es diagnosticado de enfermedad bipolar hace algunos meses, luego de presentar una manía severa y psicótica, por lo que está en tratamiento con litio y risperidona. Se logra mejoría significativa de sus síntomas psiquiátricos, sin embargo, presenta disfunción sexual, con dificultades para lograr y mantener la erección y disminución de la libido. Además, se ha sentido con menos energía y fuerza, a pesar que su estado de ánimo está estable. Su examen físico no muestra alteraciones. ¿Qué examen debe solicitarse para el estudio de su cuadro actual?

- a. 17-hidroxiprogesterona
- b. Prolactina
- c. FSH, progesterona y estradiol
- d. Resonancia magnética nuclear de hipófisis
- e. TSH y T4 libre



Tiene una disfunción sexual, que puede estar relacionada a causas de salud mental como a patologías orgánicas. En este caso, que está con antipsicóticos, es importante descartar una hiperprolactinemia, que, a su vez, esté generando un hipogonadismo secundario. Junto con la prolactina, se suele solicitar la LH y testosterona plasmáticas. En hombres, la hiperprolactinemia habitualmente no produce ginecomastia ni galactorrea (solo lo hace muy excepcionalmente), sino que se presenta como un hipogonadismo clínico. Los antidopaminérgicos (antipsicóticos y antieméticos) son la causa más frecuente de hiperprolactinemia, seguida de los tumores hipofisiarios.

La respuesta correcta es: Prolactina

Pregunta 5

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Un paciente se realiza un perfil bioquímico, entre los que destaca calcemia de 12 mg/dl. Se solicitan nuevos exámenes, que muestran calcemia 12,3 mg/dl, calcio iónico: 6,0 (VN: 4,5 a 5,0 mg/dl), paratohormona: 68 pg/ml (VN: 10 - 55 pg/ml) y albuminemia: 3,5 g/dl. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Hiperparatiroidismo primario
- b. Hiperparatiroidismo secundario
- c. Hipercalcemia ficticia
- d. Hipercalcemia facticia por uso de fármacos o vitamina D
- e. Hipercalcemia maligna



Tiene calcio elevado, que no es ficticio, dado que el calcio iónico está elevado y también lo está el calcio corregido por albúmina, por lo que la hipercalcemia está demostrada. Como la PTH está elevada, pues el diagnóstico es un hiperparatiroidismo primario, con una altísima probabilidad.

Recordar que calcio corregido = calcio + 0,8 x (4 - albúmina) = 12 + 0,8 x 0,5 = 12 + 0,4 = 12,4.

La respuesta correcta es: Hiperparatiroidismo primario

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Una paciente de 35 años es diagnosticada de diabetes mellitus hace 6 meses, con difícil control metabólico, a pesar de tener una buena adherencia a tratamiento. El día de hoy sufre una caída a nivel, resultando con una fractura de muñeca, cuya radiografía muestra, además, signos de osteoporosis. Al examen físico se aprecian signos de fractura de muñeca derecha y, además, FC: 70x', PA: 150/100 mmHg, IMC: 36 y con atrofia muscular de cuádriceps, brazos y antebrazos. ¿Qué examen es el más adecuado para iniciar el estudio?

- a. FSH, LH, progesterona y estradiol plasmáticos
- b. Cortisol salival nocturno y cortisol en orina de 24 horas
- c. Resonancia magnética nuclear de silla turca
- d. Calcio y PTH plasmática
- e. Péptido C e insulina plasmática



La sospecha es un síndrome de Cushing, con muchos signos sugerentes (obesidad, atrofia muscular, hipertensión, obesidad, diabetes y osteoporosis). Los exámenes iniciales son cualquiera de los 3 siguientes: 1. Cortisol libre urinario de 24 horas, 2. Cortisol en saliva, tomado en la noche o 3. Test de supresión corto con dexametasona (Test de Nuggett). En caso de que haya mucha sospecha, las guías internacionales recomiendan pedir 2 de los test mencionados. En caso de estar alterados, se prosigue con el estudio de la causa (test de supresión larga, ACTH, TAC o RMN de hipófisis o suprarrenales, según sea el caso).

La respuesta correcta es: Cortisol salival nocturno y cortisol en orina de 24 horas

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1 sobre 1

Una paciente de 30 años, cursando un embarazo de 12 semanas acude a la consulta, ya que su hijo de 6 años está con varicela, en buen estado, siendo tratado con paracetamol. Ella no recuerda haber tenido varicela de niña y teme por su bebé. No ha recibido vacunas contra la varicela. Se solicita serología a la paciente, mostrando IgM varicela negativa e IgG varicela positiva. ¿Cuál es la conducta más adecuada con ella?

- a. Iniciar aciclovir por vía oral
- b. Tranquilizar y explicar que no tiene riesgo
- c. Iniciar aciclovir endovenoso
- d. Vacunar contra la varicela
- e. Administrar inmunoglobulina hiperinmune contra la varicela



Por tener IgG positiva para varicela, se asume que sí se contagió antes y no tiene riesgo. Si la IgG hubiese estado negativa, lo más adecuado sería indicar profilaxis, con la inmunoglobulina hiperinmune. El aciclovir se usa solo si es que tiene síntomas, por vía oral y en los casos graves (ej. neumonía varicelatosa), se deja por vía endovenosa.

La respuesta correcta es: Tranquilizar y explicar que no tiene riesgo

Pregunta **8**

Incorrecta

Se puntuó 0 sobre 1

Un paciente de 30 años, sexualmente activo, consulta por aparición de lesiones en la zona pública, que iniciaron hace 3 meses, como una única lesión y que luego fueron apareciendo nuevas lesiones, las que se muestran a continuación (fuente imagen: [elrincondelamedicinainterna.com](http://elrincondelamedicinainterna.com)). No ha tenido fiebre ni otros síntomas y las lesiones son indoloras, sin prurito.



¿Cuál es el agente causal más probable?

- a. Virus papiloma humano, serotipos 16 y 18 ✖
- b. Virus papiloma humano, serotipos 6 y 11
- c. Virus herpes simplex tipo 1
- d. Virus herpes simplex tipo 2
- e. Virus pox

Son moluscos contagiosos, causados por el virus pox. En adultos, se considera una infección de transmisión sexual, por lo que deben solicitarse múltiples exámenes en busca de otra. Si bien son autolimitados, el tratamiento suele ser el curetaje o la aplicación de nitrógeno líquido.

La respuesta correcta es: Virus pox

Pregunta 9

Incorrecta

Se puntuó 0 sobre 1

Un paciente de 45 años, con antecedente de viaje a Brasil hace 3 semanas, consulta por fiebre y mialgias intensas, que iniciaron hace 7 días y que no han mejorado con el uso de paracetamol e ibuprofeno. Refiere debilidad y dolor que dificulta sus actividades. Al examen físico se constata dolor a la palpación muscular y discreto edema periocular. Se solicitan exámenes generales, entre los que destaca hemograma con leucocitosis de 15.000 y 50% de eosinófilos. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Triquinosis
- b. Dengue
- c. Malaria
- d. Influenza
- e. Mononucleosis

✗

Tiene una triquinosis clásica. Como la fiebre empezó después de 7 días del viaje, es improbable un dengue o malaria, además que solo la triquinosis produce eosinofilia. La serología es la que da el diagnóstico, pero demora cerca de un mes en positivizar, por lo que la biopsia muscular suele ser de utilidad en la fase aguda. Además, la mayoría de las veces el tratamiento es solo sintomático, con analgésicos, siendo de utilidad los corticoides y, discutiblemente, los antiparasitarios (albendazol o mebendazol) en los cuadros más severos.

La respuesta correcta es: Triquinosis

Pregunta 10

Incorrecta

Se puntuó 0 sobre 1

Una paciente de 35 años es diagnosticada de tuberculosis pulmonar, mediante PCR para tuberculosis y baciloscopías. Iniciar tratamiento con 4 fármacos. Vive con su esposo y sus 2 hijos de 7 y 9 años, todos los cuales se encuentran asintomáticos y están vacunados con la vacuna BCG. Tanto los niños como el marido tienen radiografía de tórax normal, PPD menor a 10 mm y baciloscopías negativas. ¿Cuál es la conducta respecto de ellos?

- a. Iniciar profilaxis con isoniacida a todos
- b. Iniciar profilaxis con isoniacida al marido y con 4 fármacos (rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida) a los niños
- c. Iniciar profilaxis con 4 fármacos (rifampicina, isoniazida, etambutol y pirazinamida) a todos
- d. Iniciar profilaxis con isoniacida solo a los niños
- e. Educar y controlar con nuevos exámenes en 3 meses o antes, si inician síntomas, sin necesidad de fármacos por ahora

✗

Los contactos de pacientes tuberculosos bacilíferos se deben estudiar con completa anamnesis y examen físico, PPD o quantiferón-TB, baciloscopías más cultivo de Koch y radiografía de tórax. Se tratarán como caso de RBC, con 4 fármacos los que tengan baciloscopías o cultivos positivos y también los menores de 15 años con RxTx alterada. Se tratarán solo con isoniacida (tratamiento de la infección latente o también llamado "profilaxis") en todos los menores de 15 años (por 3 a 6 meses, dependiendo del control a los 3 meses), independiente del PPD o quantiferón inicial; a los 3 meses se repite (en niños, si sigue negativo, se suspende la isoniazida). Si positiviza, se deja por 6 meses. También se deja isoniacida por 6 meses a los adultos con PPD o quantiferón-TB positivos.

La respuesta correcta es: Iniciar profilaxis con isoniacida solo a los niños

◀ 7.7 Cuestionario Endocrinología

Ir a...

1. Demencia / Del

|                        |                                    |
|------------------------|------------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | jueves, 30 de marzo de 2023, 12:41 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                         |
| <b>Finalizado en</b>   | jueves, 30 de marzo de 2023, 12:55 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 13 minutos 34 segundos             |
| <b>Puntos</b>          | 13,00/20,00                        |
| <b>Calificación</b>    | <b>65,00</b> de 100,00             |

Pregunta 1

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

Un paciente consulta en el servicio de urgencia por cefalea de localización parietooccipital, muy intensa, que inició hace una hora y es de carácter opresivo. El dolor inició súbitamente y mantiene una intensidad constante. El diagnóstico de sospecha es:

Seleccione una:

- a. Neuralgia de Arnold
- b. Jaqueca
- c. Cefalea tensional
- d. Embolia cerebral
- e. Hemorragia subaracnoidea

✗

Es una pregunta difícil, ya que contiene muy poca información. Sin embargo, tiene dos signos de alarma que orientan fuertemente a una hemorragia subaracnoidea: inicio súbito y que sea muy intensa.

La neuralgia de Arnold, también es de localización occipital y puede iniciar súbitamente, pero es un dolor de tipo neurálgico, es decir, eléctrico o en ramalazo.

La cefalea tensional es de esa localización temporo-occipital, pero no es aguda, sino crónica y va empeorando hacia la tarde.

La embolia cerebral, produce un accidente vascular encefálico, con signos focales súbitos, pero habitualmente sin cefalea, a diferencia del AVE hemorrágico, que sí duele y además tiene signos focales.

La respuesta correcta es: Hemorragia subaracnoidea

Pregunta 2

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente presenta cervicobraquialgia, luego de trabajar limpiando una acequia. El dolor se irradia a la extremidad superior derecha, por la cara posterior del brazo y antebrazo, hasta los dedos índice y medio. Además, presenta disminución del reflejo tricipital ipsilateral. La raíz afectada es:

Seleccione una:

- a. C5
- b. C6
- c. C7
- d. C8
- e. T1



Las raíces nerviosas no siguen un patrón estricto, mezclándose sus funciones, con las raíces próximas, pero lo más frecuente es que sean de la siguiente forma:

C5: sensibilidad hombro; abducción hombro (deltoides).

C6: sensibilidad cara lateral de brazo y antebrazo y de pulgar; flexión de codo y mano.

C7: sensibilidad cara posterior brazo y antebrazo y del índice y dedo medio; extensión de codo y de muñeca y dedos.

C8: sensibilidad cara medial de antebrazo y del los dedos anular y meñique; movimientos abducción y aducción de los dedos.

T1: sensibilidad cara medial del brazo: movimientos abducción y aducción de los dedos.

Reflejos: Bicipital (C5 y C6) y estílorradial (C6 y C7).

La respuesta correcta es: C7

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 23 años presenta una neuritis óptica, que es manejada con corticoides, con buena evolución. Dos meses después presenta un cuadro de hemiparesia derecha, que se instala en 2 días. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Síndrome de Guillain Barré
- b. Esclerosis múltiple
- c. Accidente vascular encefálico
- d. Tumor cerebral
- e. Miastenia gravis



Es una esclerosis múltiple clásica: afecta más a mujeres jóvenes (aunque puede ocurrir a cualquier edad). Se caracteriza por producir neuritis óptica (amaurosis, con escape pupilar) y toda una variedad de signos focales (por la desmielinización del SNC), tanto sensitivos como motores (en este caso, hemiparesia).

El síndrome de Guillain Barré no afecta el nervio óptico (porque tiene mielina central y el Sd. G-B solo afecta los nervios periféricos).

Además, produce tetraparesia flácida y arrefléctica y no hemiparesia.

El AVE tiene inicio súbito (no instalación en 2 días) y además no produce neuritis óptica.

El tumor cerebral suele tener HTEC (cefalea, náuseas y edema de papila), más signos focales y convulsiones.

La miastenia gravis solo tiene síntomas motores (no neuritis óptica), con debilidad fluctuante y astenia y mucho compromiso de los oculomotores, con ptosis, estrabismo y diplopía.

La respuesta correcta es: Esclerosis múltiple

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente sufre un traumatismo encefalocraneano y evoluciona con visión doble. Al examen físico se aprecia estrabismo convergente, e imposibilidad de mirar a la derecha con el ojo derecho. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Lesión de III nervio cranea (oculomotor)
- b. Lesión de IV nervio cranea (troclear)
- c. Lesión de VI nervio cranea (abducens)
- d. Lesión del fascículo longitudinal medial
- e. Síndrome de Horner



III: imposibilidad de mirar hacia arriba, medial y abajo. Ptosis y midriasis. Estrabismo divergente.

IV: imposibilidad de mirar hacia inferomedial. Estrabismo algo divergente.

VI: imposibilidad de mirar hacia lateral. Estrabismo convergente.

FLM: imposibilidad de mirar hacia medial, en la mirada conjugada. Nistagmo. Sin las demás alteraciones del III nervio craneal.

Horner: ptosis, miosis y anhidrosis de la mitad de la cara.

La respuesta correcta es: Lesión de VI nervio cranea (abducens)

Pregunta 5

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 17 años presenta un cuadro de debilidad generalizada, asociada a parálisis facial bilateral, que se ha instaurado en pocos días. Probablemente presentará, además:

Seleccione una:

- a. Miosis
- b. Midriasis
- c. Afasia
- d. Abolición de los reflejos osteotendíneos
- e. Espasticidad



Es un síndrome de Guillain Barré, por lo que cursa con una tetraparesia fláccida (hipotonía) y arrefléctica (abolición de los ROT).

Generalmente no afecta los oculomotores (aunque una variante, el síndrome de Miller Fischer o neuropatía craneal múltiple sí lo hace y por tanto puede producir midriasis). La afasia es característica del AVE de arteria cerebral media izquierda, ya que el área de Broca y el área de Wernicke están en la corteza cerebral izquierda. La espasticidad es característica del síndrome piramidal de varios días de evolución.

La respuesta correcta es: Abolición de los reflejos osteotendíneos

Pregunta 6

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una polineuropatía suele presentar todos los síntomas y signos mencionados a continuación, EXCEPTO:

Seleccione una:

- a. Hipoestesia
- b. Hiporreflexia
- c. Debilidad de predominio proximal
- d. Fasciculaciones
- e. Atrofia muscular



La debilidad de las neuropatías es de predominio distal. Las miopatías son las que tienen debilidad proximal. Las demás alteraciones sí se ven, ya que las neuropatías producen principalmente afectación sensitiva, pero también un síndrome de segunda mononeurona (síndrome de denervación).

La respuesta correcta es: Debilidad de predominio proximal

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál es el diagnóstico más probable frente a un paciente que presenta súbitamente imposibilidad para evocar palabras y hemiparesia derecha?

Seleccione una:

- a. Accidente vascular encefálico
- b. Hemorragia subaracnoidea
- c. Epilepsia focal
- d. Crisis miasténica
- e. Meningitis herpética



La aparición súbita de signos focales (afasia y hemiparesia en este caso) es diagnóstica de AVE, ya que el diagnóstico es clínico. Si bien se debe solicitar una TAC cerebral de urgencia sin contraste, esta imagen es para diferenciar entre un AVE hemorrágico (no se tromboliza) de uno hemorrágico (se tromboliza).

- La B (HSA) produce cefalea súbita e intensa y puede tener vómitos y signos meníngeos (rara vez, focales).
- La C (epilepsia focal) sí puede cursar con esos síntomas, pero la afasia es rara y generalmente tienen otro tipo de manifestaciones, como movimientos involuntarios o convulsiones.
- La D (miastenia) tiene debilidad fluctuante y compromiso de los oculomotores.
- La E (meningitis herpética) tiene compromiso de conciencia, desorientación y convulsiones, además de fiebre y cefalea.

La respuesta correcta es: Accidente vascular encefálico

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 68 años presenta un cuadro de horas de agitación y desorientación temporoespacial. Al examen físico está muy asustado, diciendo que lo quieren matar. Sus familiares están muy preocupados. El tratamiento farmacológico más adecuado para este paciente es:

Seleccione una:

- a. Levodopa
- b. Donepezilo
- c. Risperidona
- d. Propanolol
- e. Sintomático



Es un síndrome confusional agudo o delirium. El tratamiento es buscar y tratar la causa de base (generalmente infecciones u otras alteraciones tóxico-metabólicas). Sin embargo, además se lo puede tranquilizar con antipsicóticos en dosis bajas, generalmente haldol o haloperidol, pero también es útil la risperidona y otros antipsicóticos atípicos, que tienen una respuesta similar al haldol.

Haldol y haloperidol son sinónimos. La dosis suele ser 0,5 a 1 mg vía oral, intramuscular o incluso endovenoso, aunque puede alargar el QT, por lo que la vía endovenosa se debe evitar en pacientes con riesgo de QT largo.

En los pacientes con demencia por cuerpos de Lewy o Parkinson, el haldol tiene más riesgo de agravar el parkinsonismo que los antipsicóticos atípicos. De estos últimos, la quetiapina parece ser la más segura en pacientes con parkinsonismo.

- Las benzodiacepinas (ej. lorazepam) sedan más rápido al paciente, pero tienen riesgo de agravar su estado confusional. Por eso, su rol en el delirium no está claro y suelen usarse solo en casos de delirium por privación de alcohol o privación de benzodiazepinas.

La respuesta correcta es: Risperidona

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Identifique la asociación incorrecta entre el microorganismo causante de meningitis y el tratamiento antibiótico de elección:

Seleccione una:

- a. Streptococcus pneumoniae – Ceftriaxona
- b. Neisseria meningitidis – Ceftriaxona
- c. Listeria monocytogenes – Ampicilina
- d. Haemophilus influenzae – Ampicilina
- e. Escherichia coli – Ceftriaxona



El Haemophilus influenzae también se trata con Ceftriaxona.

La respuesta correcta es: Haemophilus influenzae – Ampicilina

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un niño de 10 años presenta una convulsión tónico-clónica, por los que sus padres llaman a la ambulancia. Usted lo recibe en el servicio de urgencia 15 minutos después de haber iniciado la crisis y continúa convulsionando en la fase clónica. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Administrar oxígeno, instalar una vía venosa periférica y mantener una conducta expectante
- b. Solicitar un electroencefalograma de urgencia
- c. Administrar lorazepam endovenoso
- d. Realizar una punción lumbar de urgencia
- e. Administrar diazepam intramuscular



A pesar de que aún no cumple criterios de un estatus convulsivo (necesita 30 minutos de convulsiones sin recuperación completa), la conducta es detener la crisis de inmediato. De elección se usan benzodiacepinas, en especial el Lorazepam (0,1 mg/Kg EV). Si no hay, se puede indicar diazepam.

La respuesta correcta es: Administrar lorazepam endovenoso

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La hemisección medular a nivel torácico se caracteriza por:

Seleccione una:

- a. Imposibilidad de mover la extremidad contralateral, ausencia de sensibilidad termalgésica ipsilateral y ausencia de sensibilidad táctil y vibratoria contralateral
- b. Imposibilidad de mover la extremidad ipsilateral, ausencia de sensibilidad termalgésica contralateral y ausencia de sensibilidad táctil y vibratoria ipsilateral
- c. Imposibilidad de mover la extremidad ipsilateral, ausencia de sensibilidad termalgésica ipsilateral y ausencia de sensibilidad táctil y vibratoria contralateral
- d. Imposibilidad de mover la extremidad contralateral, ausencia de sensibilidad termalgésica ipsilateral y ausencia de sensibilidad táctil y vibratoria ipsilateral
- e. Imposibilidad de mover la extremidad ipsilateral, ausencia de sensibilidad termalgésica contralateral y ausencia de sensibilidad táctil y vibratoria contralateral



La vía motora (corticoespinal) se decusa en el bulbo raquídeo, por lo que la lesión medular produce paresia ipsilateral.

Lo mismo ocurre con la sensibilidad propioceptiva y táctil fina (cordones posteriores).

En cambio, la sensibilidad termalgésica (haz corticoespinal) se decusa de inmediato, en la misma médula, por lo que la alteración de dicha sensibilidad es contralateral.

La respuesta correcta es: Imposibilidad de mover la extremidad ipsilateral, ausencia de sensibilidad termalgésica contralateral y ausencia de sensibilidad táctil y vibratoria ipsilateral

Pregunta 12

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

¿Cuál de los siguientes síntomas es frecuente en la enfermedad de Parkinson?

Seleccione una:

- a. Mioclonías y mioquimias
- b. Demencia, presente desde el inicio del cuadro
- c. Nistagmo
- d. Retrocollis (distonía con extensión cervical)
- e. Disminución de movimientos de los brazos, durante la marcha



La enfermedad de Parkinson se caracteriza por temblor, rigidez, bradicinesia y pérdida de los movimientos involuntarios normales (como el pestaño, expresión facial y brazo). Puede desarrollar demencia al final, luego de muchos años. Si se asocia a demencia desde un inicio, el diagnóstico cambia a demencia por cuerpos de Lewy.

La respuesta correcta es: Disminución de movimientos de los brazos, durante la marcha

Pregunta 13

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente de 45 años presenta debilidad de la pierna izquierda y la mano izquierda. Al examen físico se aprecia aumento del tono muscular, con hiperrreflexia y paresia moderada de ambas extremidades, sin atrofia. Se constata que el reflejo plantar izquierdo es extensor. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Esclerosis lateral amiotrófica
- b. Síndrome cerebeloso, con compromiso del hemisferio cerebeloso izquierdo
- c. Siringomielia
- d. Síndrome piramidal
- e. Polineuropatía, con denervación muscular



Tiene una hemiparesia con aumento de los ROT y tono, más Babinski (reflejo plantar extensor), todo lo que es propio del síndrome piramidal. La lesión probablemente está en la corteza motora, o en la cápsula interna derecha.

La respuesta correcta es: Síndrome piramidal

Pregunta 14

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta cefalea de predominio matinal, asociado a náuseas y vómitos ocasionales. Se solicita un fondo de ojo que muestra edema de papila bilateral. No presenta signos focales y la resonancia magnética nuclear es normal. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Cefalea Cluster
- b. Síndrome de hipertensión endocraneana
- c. Tumor cerebral
- d. Hidrocefalia
- e. Migraña



Tiene la triada clásica del síndrome de HTEC: cefalea matinal, vómitos y edema de papila. Dado que puede ser un tumor cerebral, hay que pedir una imagen, que en este caso lo descartó. Por tanto, el diagnóstico más probable es un pseudotumor cerebral, también llamado HTEC idiopática.

La respuesta correcta es: Síndrome de hipertensión endocraneana

Pregunta 15

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Paciente de 65 años, con antecedente de hipertensión arterial, presenta dificultades para mover el hemicuerpo izquierdo. Al examen neurológico, tiene una hemiparesia facio-braquo-crural izquierda, moderada, sin alteraciones en la sensibilidad. Al tercer día se ha recuperado casi por completo. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Infarto lacunar
- b. Crisis isquémica transitoria
- c. Migraña hemipléjica
- d. Accidente vascular embólico
- e. Infarto aterotrombótico de circulación anterior



Los accidentes lacunares se caracterizan por producir sólo hemiparesia o solo hemihipoestesia o ambas y tener una evolución que puede ser favorable, en el sentido que van mejorando (más de 24 horas, ya que si mejoran en menos tiempo, se trata de un accidente isquémico transitorio o AIT). Generalmente no tienen afasia ni otras alteraciones, aunque pueden presentar cefalea. Son causados por HTA (como en este caso). La D y E (AVE embólico o trombótico) tendrían una evolución mucho más desfavorable.

La respuesta correcta es: Infarto lacunar

Pregunta 16

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente sufre una lesión en la cintilla óptica derecha. ¿Qué alteración esperaría encontrar en la campimetría?

Seleccione una:

- a. Hemianopsia bitemporal
- b. Hemianopsia homónima derecha
- c. Hemianopsia homónima izquierda
- d. Amaurosis derecha
- e. Amaurosis izquierda



Las lesiones retroquiasmáticas: cintilla, radiación y lóbulo occipital, producen hemianopsia homónima contralateral.

La lesión de quiasma produce hemianopsia bitemporal (A).

La lesión de nervio óptico produce amaurosis ipsilateral.

La respuesta correcta es: Hemianopsia homónima izquierda

Pregunta 17

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente presenta marcha inestable, con aumento de la superficie de sustentación, asociada a dismetría e imposibilidad de realizar movimientos alternantes. ¿Qué patología es más concordante con el cuadro descrito?

Seleccione una:

- a. Accidente vascular encefálico lacunar
- b. Hemorragia cerebelosa
- c. Accidente vascular talámico
- d. Síndrome piramidal
- e. Síndrome extrapiramidal



Tiene un síndrome cerebeloso clásico: ataxia de la marcha, dismetría y adiadococinesia.

La respuesta correcta es: Hemorragia cerebelosa

Pregunta 18

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una mujer de 68 años presenta un cuadro de 12 meses de evolución de problemas de memoria, ideas paranoides y alucinaciones visuales. Presenta además caídas frecuentes y temblor de la mano izquierda. Los síntomas son fluctuantes, pero muestran una tendencia a empeorar. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Demencia por cuerpos de Lewy
- b. Enfermedad de Alzheimer
- c. Delirium
- d. Demencia frontotemporal
- e. Hidrocefalia normotensiva



Tiene una demencia: problema de memoria y de otras actividades, más los síntomas clásicos de la demencia por cuerpos de Lewy: alucinaciones (pueden ser visuales, auditivas, cenestésicas y suelen ser complejas) y parkinsonismo (caídas y temblor de reposo).

- Por llevar 12 meses, no puede ser un delirium. Además, no describen ni alteración de la atención, ni del estado de conciencia.
- La demencia frontotemporal o de Pick tiene desinhibición del lenguaje y del comportamiento.
- La hidrocefalia normotensiva tiene caídas y demencia, pero no alucinaciones ni temblor y, además, suele asociarse a una rápida evolución e incontinencia urinaria.

La respuesta correcta es: Demencia por cuerpos de Lewy

Pregunta 19

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Existen numerosos medicamentos que sirven para prevenir la ocurrencia de ataques de migraña. Uno de estos medicamentos es:

Seleccione una:

- a. Indometacina
- b. Propanolol
- c. Ergotamina
- d. Verapamilo
- e. Tramadol



En los pacientes con migraña muy intensa, frecuente o invalidante, como profilácticos se usan múltiples familias de fármacos. La regla general es iniciar uno, seleccionándolo según las características específicas del paciente y, si no responde, cambiarlo por otra familia de fármacos. Los más usados son:

- **Antidepresivos tricíclicos (ej. amitriptilina en baja dosis).**
- **Betabloqueantes (propanolol y carvedilol).**
- **Anticonvulsivantes (ácido valproico, topiramato).**

Otros que pueden servir son:

- Gabaérgicos (gabapentina).
- Bloqueadores del calcio (flunarizina).
- Incluso IECA y ARA2 pueden tener algún rol.
- Hoy también existen actualmente anticuerpos monoclonales y fármacos que bloquean el receptor CGRP (Calcitonin gene-related peptide) y que pueden ser útiles (erenumab, fremanezumab, galcanezumab, eptinezumab; rimegepant, atogepant).

En la crisis sí se pueden usar el paracetamol (de elección en cuadros leves) los AINES (ketorolaco, naproxeno, etc.), los triptanes, ergotamínicos e incluso los opiáceos, corticoides, antieméticos y antipsicóticos (clorpromazina).

La respuesta correcta es: Propanolol

Pregunta **20**

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

¿Cuál de las siguientes alteraciones NO suele presentarse en la parálisis facial periférica idiopática?

Seleccione una:

- a. Hipoestesia malar
- b. Imposibilidad de levantar la ceja ✗
- c. Hiperacusia
- d. Disgeusia
- e. Desviación de la comisura labial

La hipoestesia demuestra afectación del trigémino (V nervio craneal) y la afectación de otro nervio craneal es muy sugerente de causa central. También orienta a central, que haya posibilidad de levantar la ceja o arrugar la frente, por lo que la imposibilidad de hacerlo (B) es de parálisis periférica.

La hiperacusia y disgeusia se producen porque una rama del facial (la cuerda del tímpano) inerva al músculo tensor del tímpano y a la lengua (para el sabor).

La respuesta correcta es: Hipoestesia malar

[◀ Resumen de semiología neurológica](#)

Ir a...

8.2 Cuestionario Neurológico

|                 |                                    |
|-----------------|------------------------------------|
| Comenzado el    | jueves, 30 de marzo de 2023, 13:20 |
| Estado          | Finalizado                         |
| Finalizado en   | jueves, 30 de marzo de 2023, 13:31 |
| Tiempo empleado | 11 minutos                         |
| Puntos          | 12,00/14,00                        |
| Calificación    | <b>85,71</b> de 100,00             |

Pregunta 1

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta de manera súbita una hemianopsia homónima derecha. La conducta más adecuada es:

Seleccione una:

- a. Solicitar una punción lumbar
- b. Realizar fondo de ojo
- c. Solicitar TAC de cerebro de urgencia
- d. Iniciar anticoagulación con heparina
- e. Iniciar corticoides orales

La aparición súbita de signos focales hace el diagnóstico de un accidente vascular encefálico, cuyo diagnóstico es clínico. Por tanto, se debe proseguir el estudio con un TAC de cerebro, para diferenciar entre un AVE isquémico y un AVE hemorrágico, que tienen un manejo distinto (ej. El AVE isquémico se tromboliza y el hemorrágico no). Debe hacerse de inmediato ("tiempo es cerebro").

En este caso que hay una hemianopsia homónima derecha, se debe sospechar una lesión retroquiasmática izquierda (contralateral).

La respuesta correcta es: Solicitar TAC de cerebro de urgencia

Pregunta 2

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta debilidad de las 4 extremidades, de 4 meses de evolución, que ha ido en aumento. La debilidad es de predominio proximal y al examen físico se aprecia hipertrofia de las masas musculares. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Polineuropatía
- b. Síndrome piramidal
- c. Síndrome de Guillain Barré
- d. Miastenia gravis
- e. Miopatía



Es una miopatía clásica, dado que la debilidad es de predominio proximal y a que no hay atrofia, sino hipertrofia. Ej. de miopatías: Distrofia muscular, polimiositis, polimialgia reumática.

- La polineuropatía tendría debilidad distal, con atrofia muscular y probablemente síntomas sensitivos.
- Algunas miopatías sí tienen atrofia, como la miopatía por cuerpos de inclusión, que produce atrofia de cuádriceps y de antebrazos. Sin embargo, la mayoría no tiene atrofia, sino debilidad. Algunas tienen mialgias, además.
- La hipertrofia es más característica de las distrofias musculares.

En este caso no se informa la edad del paciente, lo que dificulta la respuesta.

La respuesta correcta es: Miopatía

Pregunta 3

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 67 años consulta por temblor de la mano izquierda. Al examen se aprecia marcha insegura, con disminución del braceo y temblor de reposo, que desaparece al tomar un objeto. El tratamiento de la patología descrita es:

Seleccione una:

- a. Corticoides orales
- b. Antagonistas beta-adrenérgicos
- c. Agonistas beta-adrenérgicos
- d. Antagonistas dopaminérgicos
- e. Agonistas dopaminérgicos



Es una enfermedad de Parkinson, porque el temblor es de reposo y por que tiene disminución del braceo. Se trata con levodopa o carbidopa (agonistas dopaminérgicos).

La respuesta correcta es: Agonistas dopaminérgicos

Pregunta 4

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente sufre una parálisis facial periférica. ¿Qué alteración es MENOS compatible con este diagnóstico y obliga a sospechar una causa central?

Seleccione una:

- a. Lagoftalmo
- b. Disgeusia
- c. Disminución de la sensibilidad del trago
- d. Debilidad de los músculos masticatorios
- e. Hiperacusia



La debilidad de los músculos masticatorios es por afectación del trigémino (V nervio craneal) y la afectación de otro nervio craneal apunta a que es de tipo central. El lagoftalmo es la imposibilidad de cerrar el ojo, ya que el músculo orbicular del párpado es inervado por el nervio facial. La hiperacusia y disgeusia se producen porque una rama del facial (la cuerda del timpano) inerva al músculo tensor del timpano y a la lengua (para el sabor). Lo mismo ocurre con la sensibilidad del trago (de hecho si hay un herpes zóster del facial, se producen vesículas en el trago: síndrome Ramsey Hunt).

La respuesta correcta es: Debilidad de los músculos masticatorios

Pregunta 5

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente presenta disminución progresiva de la sensibilidad termalgésica en las extremidades superiores, conservando la sensibilidad táctil y la sensibilidad de las extremidades inferiores, tanto táctil, como termalgésica. El diagnóstico de sospecha es:

Seleccione una:

- a. Síndrome de Brown Sequard
- b. Síndrome de cauda equina
- c. Síndrome de arteria espinal anterior
- d. Síndrome de arteria espinal posterior
- e. Siringomielia



Es una pregunta difícil, pero la siringomielia va produciendo dilatación del epéndimo (espacio central de la médula espinal, que tiene LCR), por lo que lo primero en afectarse es la comisura anterior, donde se decusa el haz espinotalámico lateral, es decir la sensibilidad termalgésica. Como solo se afectan las fibras que se están decusando, se produce una afectación en faja (solo en determinados niveles). Luego, a medida que avanza, se van agregando déficits hasta terminar en el síndrome de sección medular completa (se afecta tanto sensibilidad, como motricidad, desde el punto de dilatación, hacia distal).

La respuesta correcta es: Siringomielia

Pregunta 6

Incorrecta

Se puntuá 0,00 sobre 1,00

Un paciente presenta hemiparesia derecha, asociada a parálisis facial izquierda. La lesión se encuentra en:

Seleccione una:

- a. La corteza motora
- b. La médula espinal
- c. El cerebelo
- d. Los núcleos de la base
- e. El puente o protuberancia



Tiene un síndrome alterno: afectación de un hemicuerpo (hemiparesia), con afectación de nervios craneales contralaterales (parálisis facial en este caso). Por tanto, tiene una lesión del troncoencéfalo. De las alternativas, la única localizada en el troncoencéfalo es el puente de Barolio o protuberancia anular (además que el facial tiene su núcleo ahí).

La corteza motora tendría hemiparesia solo de un lado (cara y hemicuerpo).

La médula tendría paraparesia o tetraparesia.

La respuesta correcta es: El puente o protuberancia

Pregunta 7

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Las demencias, como la enfermedad de Alzheimer, se caracterizan por:

Seleccione una:

- a. Afectación motora
- b. Afectación sensitiva
- c. Afectación de la atención
- d. Afectación de la memoria
- e. Afectación cuantitativa de la conciencia



Lo más evidente al inicio es la pérdida de la memoria reciente. Luego, a medida que avanzan, se van afectando todas las funciones cognitivas superiores. La atención y la conciencia suelen estar conservadas, a diferencia del delirium, en que se afectan de manera aguda. Cuando la enfermedad de Alzheimer está más avanzada, comienzan a aparecer las alteraciones conductuales asociadas a demencia, que van desde conductas inapropiadas hasta agresiones.

La respuesta correcta es: Afectación de la memoria

Pregunta 8

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta un cuadro de parálisis progresiva, con abolición de los reflejos osteotendíneos. Además, se constata disminución del tono muscular. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Polineuropatía
- b. Esclerosis lateral amiotrófica
- c. Esclerosis múltiple
- d. Síndrome de Guillain Barré
- e. Miastenia gravis



Es un síndrome de Guillain Barré clásico: tetraparesia flácida y arrefléctica de instalación progresiva, en cosas de días.

La polineuropatía suele tener gran compromiso sensitivo, suelen ser de instalación muy lenta. Pero sí pueden presentar hiporreflexia e hipotonía, porque también son un síndrome de segunda motoneurona (denervación).

La esclerosis lateral amiotrófica produce un cuadro crónico de debilidad, con alteraciones de primera y segunda motoneurona mezcladas (ej. espasticidad, hiperreflexia con fasciculaciones y atrofia), sin alteración sensitiva.

La esclerosis múltiple produce signos focales y en particular, neuritis óptica.

La miastenia gravis produce debilidad fluctuante, con compromiso de los oculomotores.

La respuesta correcta es: Síndrome de Guillain Barré

Pregunta 9

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

La asociación de midriasis, ptosis y estrabismo es característica de:

Seleccione una:

- a. Síndrome de Horner
- b. Parálisis del tercer nervio craneal
- c. Lesión del fascículo longitudinal medial
- d. Infarto de protuberancia anular
- e. Miastenia gravis



III: imposibilidad de mirar hacia arriba, medial y abajo. Ptosis y midriasis. Estrabismo divergente.

Horner: ptosis, miosis y anhidrosis de la mitad de la cara IV: imposibilidad de mirar hacia inferomedial. Estrabismo algo divergente.

FLM: imposibilidad de mirar hacia medial, en la mirada conjugada. Nistagmo. Sin las demás alteraciones del III nervio craneal.

Protuberancia: síndrome alterno, con afectación del V al VIII nervio craneales.

Miastenia gravis: debilidad fluctuante, con ptosis y estrabismo, pero sin midriasis (excepto en la miastenia de Lambert Eaton, en que sí puede haber, pero es muy rara).

La respuesta correcta es: Parálisis del tercer nervio craneal

Pregunta 10

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

El análisis de líquido cefalorraquídeo, en un paciente con meningitis viral, se caracteriza por:

Seleccione una:

- a. Pleocitosis de tipo mononuclear, con glucorraquia normal
- b. Pleocitosis de tipo mononuclear, con glucorraquia disminuida
- c. Elevación de las proteínas, sin pleocitosis
- d. Pleocitosis, sin elevación de las proteínas
- e. Bandas oligoclonales de inmunoglobulinas



La meningitis viral se caracteriza por pleocitosis mononuclear, con glucorraquia normal (mayor a 40 mg/dl). Suelen ser por enterovirus o virus respiratorios. En el caso de la meningoencefalitis herpética, además de la pleocitosis mononuclear, se pueden ver abundante hematíes crenados (LCR hemorrágico).

- La meningitis tuberculosa es mononuclear con disminución de la glucorraquia (B).
- El síndrome de Guillain Barré tiene elevación de las proteínas, sin pleocitosis (disociación albúmico-citológica).
- La esclerosis múltiple tiene bandas oligoclonales de inmunoglobulinas.

La respuesta correcta es: Pleocitosis de tipo mononuclear, con glucorraquia normal

Pregunta 11

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente de 74 años presenta agitación psicomotora de 48 horas de evolución, asociado a la idea de que fantasmas quieren matarlo. Al examen neurológico no presenta focalidad, aunque no sabe qué año es, ni dónde está. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Demencia por cuerpos de Lewy
- b. Hidrocefalia normotensiva
- c. Accidente vascular encefálico
- d. Demencia frontotemporal
- e. Síndrome confusional agudo



Es un síndrome confusional agudo clásico: adulto mayor desorientado y agitado, desde hace poco.

Las demencias (A, B y D) son cuadros crónicos y progresivos. La por cuerpos de Lewy sí puede tener alucinaciones y un curso fluctuante, pero a largo plazo, junto con parkinsonismo. La hidrocefalia normotensiva tiene caídas, gran torpeza motora e incontinencia urinaria. La demencia frontotemporal tiene desinhibición.

El AVE (C) sí tiene inicio agudo, pero se caracteriza por signos focales (ej. hemiparesia, hemihipoestesia, etc.).

La respuesta correcta es: Síndrome confusional agudo

Pregunta 12

Correcta

Se puntúa 1,00 sobre 1,00

Un niño de 6 años presenta una convulsión tónico-clónica, de 2 minutos de duración, autolimitada. No había presentado síntomas previos. Al examen físico está en buenas condiciones, sin alteraciones de ningún tipo. Sus exámenes generales muestran un hemograma normal, así como los electrolitos plasmáticos, las pruebas hepáticas y las pruebas de función renal. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Meduloblastoma
- b. Astrocitoma
- c. Meningitis
- d. Convulsión idiopática
- e. Epilepsia primaria



Hasta ahora el diagnóstico es una primoconvulsión o "primera convulsión", dado que para hacer el diagnóstico de epilepsia se necesitan al menos dos convulsiones o una convulsión más un electroencefalograma compatible. Sin embargo, dado que se trata de un niño y que el estudio general resultó normal, lo más probable es que efectivamente sea una epilepsia primaria. Vale la pena mencionar que la primera causa de convulsiones en pediatría son las convulsiones febriles (pero no tenía fiebre) y luego las de causa tóxico-metabólica (pero el estudio está normal en este caso).

Las epilepsias primarias suelen dar convulsiones generalizadas (como parecía ser el caso). Se estudian con el electroencefalograma. Los tumores, como los astrocitomas, producen crisis focales (además de cefalea y signos focales). Se estudian con una neuroimagen (RMN, por regla general).

No siempre es fácil diferenciar una crisis focal que se generaliza de una crisis primariamente generalizada. Por eso, en la actualidad se pide tanto EEG como RMN a todos los pacientes con una primera convulsión, sin una causa evidente. De todos modos, algunos signos de "lateralización", que sugieren una causa focal son: desviación de la mirada hacia un lado o giro del cuerpo hacia un lado (crisis versivas), aura o desorientación que preceden a la convulsión, signos focales postconvulsión.

La respuesta correcta es: Epilepsia primaria

Pregunta 13

Correcta

Se puntúa 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta cefalea intensa, pericocular, asociada a miosis y epifora ipsilaterales. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Accidente vascular encefálico hemorrágico
- b. Accidente vascular isquémico de troncoencéfalo
- c. Cáncer de pulmón
- d. Esclerosis múltiple
- e. Cefalea en racimo



Es un cluster o cefalea en racimo clásica: dolor pericocular con miosis y ptosis (además puede tener inyección conjuntival = ojo rojo superficial). No se debe confundir con el glaucoma agudo que también tiene dolor ocular, pero con midriasis y ojo rojo profundo.

El cáncer de pulmón puede dar un síndrome de Horner (por metástasis del ganglio estrellado), pero es un cuadro crónico de miosis y ptosis, sin dolor.

La respuesta correcta es: Cefalea en racimo

Pregunta **14**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta cefalea opresiva, recurrente, localizada en la zona occipital, que se irradia al cuello. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Cefalea tensional
- b. Jaqueca
- c. Neuralgia de Arnold
- d. Síndrome de hipertensión endocraneana
- e. Cefalea mixta



Es una cefalea tensional clásica: dolor temporoccipital, irradiado al cuello. Suele ser mayor en las tardes.

La neuralgia de Arnold también duele en la zona occipital, pero es de tipo eléctrico (en ramalazo).

La jaqueca o migraña suele ser de localización frontoparietal, de tipo pulsátil.

La cefalea mixta es una mezcla de jaqueca y cefalea tensional.

La respuesta correcta es: Cefalea tensional

[◀ 8.1 Cuestionario Neurología](#)

[Ir a...](#)

[8.3 Cuestionario Neurc](#)

|                        |                                    |
|------------------------|------------------------------------|
| <b>Comenzado el</b>    | jueves, 30 de marzo de 2023, 15:06 |
| <b>Estado</b>          | Finalizado                         |
| <b>Finalizado en</b>   | jueves, 30 de marzo de 2023, 15:23 |
| <b>Tiempo empleado</b> | 16 minutos 17 segundos             |
| <b>Puntos</b>          | 17,00/20,00                        |
| <b>Calificación</b>    | <b>85,00</b> de 100,00             |

Pregunta 1

Incorrecta

Se puntuó 0,00 sobre 1,00

El síndrome cerebeloso se caracteriza por todo lo siguiente EXCEPTO:

Seleccione una:

- a. Pérdida de la propiocepción
- b. Temblor de intención
- c. Adiadococinesia
- d. Ataxia
- e. Hipotonía ✖

Es una pregunta difícil, pero el cerebelo se encarga de la coordinación muscular y no tiene funciones sensitivas, ni siquiera proprioceptivas. Sin embargo, sí recibe mucha información proprioceptiva, para poder cumplir con su función de coordinación motora. La lesión de sus hemisferios se caracteriza por dismetría (temblor de intención), adiadococinesia (imposibilidad de realizar movimientos alternantes, de manera coordinada) e hipotonía ipsilaterales. Además, la lesión del vermix tiene nistagmo multidireccional, vértigo de tipo central, ataxia de la marcha.

La respuesta correcta es: Pérdida de la propiocepción

Pregunta **2**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Un paciente presenta dificultades para ver, caracterizadas por la pérdida de una parte importante del campo visual izquierdo de ambos ojos. De entre las siguientes alternativas, ¿dónde se encuentra localizada la lesión con mayor probabilidad?

Seleccione una:

- a. Quiasma óptico
- b. Cintilla óptica derecha
- c. Lóbulo occipital izquierdo
- d. Nervio óptico derecho
- e. Nervio óptico izquierdo



Tiene una hemianopsia homónima izquierda, por lo que tiene una lesión retroquiasmática contralateral (cintilla, radiación o lóbulo occipital derecho).

Las lesiones del quiasma producen hemianopsia o cuadrantopsia bitemporal.

Las lesiones del nervio óptico producen amaurosis ipsilateral.

La respuesta correcta es: Cintilla óptica derecha

Pregunta **3**

Correcta

Se puntuá 1,00 sobre 1,00

Una paciente de 30 años presenta un cuadro caracterizado por movimientos involuntarios y rítmicos de la mano derecha, que luego se extienden al brazo derecho. Nunca pierde la conciencia, y está muy preocupada por lo sucedido. El diagnóstico más probable es:

Seleccione una:

- a. Epilepsia tónico-clónica
- b. Epilepsia mioclónica
- c. Epilepsia tónica
- d. Crisis parcial compleja
- e. Crisis parcial simple



Es una crisis parcial o focal, porque no inicia con una convulsión generalizada, sino con los movimientos de una extremidad. Se clasifican en parcial simple y parcial compleja, dependiendo de la conexión con el medio. En este caso, por mantenerla, es de tipo simple. Si la hubiese perdido (ej. Se desorienta y actúa raro por un momento), sería compleja.

La respuesta correcta es: Crisis parcial simple