

**CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN DEL
PUESTO DE TRABAJO DE
FACULTATIVO ESPECIALISTA DE
ÁREA EN ALERGOLOGÍA**

(Resolución 2639E/2022, de 9 de noviembre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

VALORACIÓN: 20 PUNTOS

CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS

12 de junio de 2023

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE

MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

CASO CLÍNICO 1

Paciente de 61 años, de profesión encuadernador de libros, fumador de 10 cigarrillos/ día hasta hace 5 años.

Diagnosticado desde hace años de rinitis y asma, en seguimiento por parte de su médico de atención primaria, con empeoramiento clínico el último año y medio, motivo por el cual es derivado a nuestro servicio.

El paciente realizaba tratamiento de mantenimiento con propionato de fluticasona/salmeterol (500/50) cada 12 horas y salbutamol a demanda, precisando varios ciclos de corticoide oral los dos últimos años, indicados en exacerbaciones, habitualmente relacionadas con procesos infecciosos en general afebriles. No refiere relación de dichos episodios con exposición a ambientes concretos ni toma de AINES.

Presenta clínica nasal habitual con congestión nasal intensa y escasos estornudos.

Resto de anamnesis: parestesias en ambos pies desde hace 3 meses, que el paciente relaciona con segunda dosis de inmunización con vacuna COVID-19.

En el momento de la consulta realiza tratamiento con prednisona y cefuroxima (finaliza tratamiento el día de la consulta) por nuevo episodio de reagudización la última semana, además de su tratamiento habitual (propionato de fluticasona/salmeterol), refiriendo mejoría clínica.

Exploración física en el momento de la consulta:

-Rinoscopia anterior: se visualiza dudosa masa anacarada en fondo de fosa nasal derecha (difícil visualización) e hipertrofia de cornete inferior en fosa nasal izquierda, que oblitera luz.

-Auscultación pulmonar: anodina salvo algún roncus disperso, no movilizable con tos.

-Piel: lesiones micropapulares puntiformes de distribución simétrica en zonas distales de ambas EEII.

Aporta analítica con eosinofilia periférica (1.800 eosinófilos/mm³) y radiografía de tórax con infiltrados en ambos hemitórax (radiografía sin alteraciones realizada hace dos meses tras traumatismo).

No fue posible realizar estudio alergológico mediante test cutáneos (histamina negativa).

1- Con los datos aportados, señale la entidad diagnóstica menos probable:

- a. Aspergilosis broncopulmonar alérgica.
- b. Granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (GEPa).
- c. Neumonitis por hipersensibilidad.
- d. Neumonía eosinofílica.

2-Cuál de las siguientes pruebas analíticas aportaría menos información con fines diagnósticos:

- a. Anticuerpos anticitoplasmáticos.
- b. Cuantificación de IgE total.
- c. Estudio de complemento (C3, C4 y CH 50).
- d. Cuantificación de IgE específicas frente a hongos.

3- A qué entidad podría corresponder con mayor probabilidad la erupción cutánea descrita en la exploración física:

- a. Púrpura trombocitopénica idiopática.
- b. Síndrome de Olf-Haussmann.
- c. Vasculitis.
- d. Eritema nodoso.

4- La confirmación diagnóstica de la entidad nosológica que con mayor probabilidad presenta este paciente se obtiene en la mayoría de los casos mediante:

- a. Biopsia (de diferentes localizaciones).
- b. TAC torácico (imágenes patognomónicas).
- c. Respuesta a tratamiento con altas dosis de corticoide oral.
- d. Pruebas microbiológicas (infección por hongos/ gérmenes oportunistas).

5- Indique cuál de los siguientes no se considera un criterio diagnóstico de esta enfermedad:

- a. Asma bronquial.
- b. Eosinofilia (>10% del total de glóbulos blancos).
- c. Infiltrado pulmonar fijo.
- d. Anomalías de los senos paranasales.

6- Señale cuál de los siguientes fármacos no está contemplado como tratamiento en la enfermedad del paciente:

- a. Glucocorticoides a altas dosis.
- b. Ciclofosfamida.
- c. Ciclosporina.
- d. Azatioprina.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de 24 años, recientemente estudiado por síntomas naso-oculares estacionales (febrero-junio), con diagnóstico de rinoconjuntivitis por alergia al polen de cupresáceas y gramíneas. Es remitido de nuevo a nuestras consultas en septiembre 2022 por haber presentado un mes antes, un episodio de prurito palmo-plantar, erupción habonosa generalizada, edema de pabellones auriculares, párpados y labios, sensación nauseosa, opresión torácica, tos seca persistente y disnea leve-moderada, mientras practicaba senderismo de media montaña. Se autoadministró salbutamol (un compañero disponía de ello) con mejoría de los síntomas respiratorios y acudió al Centro de salud más próximo donde fue tratado con corticoides y antihistamínicos parenterales con buena evolución.

El episodio se inició a los 20 minutos de reanudar la marcha tras el almuerzo, que consistió en bocadillo de tortilla de gambas, algunas avellanas y un zumo de naranja (comercial).

Con posterioridad al evento ha tolerado pan, huevo, rabas, pistachos, plátano y manzana con piel.

En el estudio previo (realizado unos 6 meses antes) las pruebas cutáneas con extracto de Pho d 2 y de Pru p 3 fueron negativas.

7.- Señale cuál de los siguientes datos adicionales de la anamnesis considera menos relevante:

- a. Toma de fármacos, especialmente AINE en el día de la reacción.
- b. Hora y contenido de ingesta alimentaria previa al almuerzo.
- c. Ejercicio realizado, condiciones de realización y su tolerancia tras el evento.
- d. Zona geográfica en la que tuvo lugar la reacción.

Las exploraciones complementarias comienzan con pruebas cutáneas con extractos completos.

8.- Señale el que con mayor probabilidad puede dar lugar a positividad sin relevancia clínica en el caso que nos ocupa:

- a. Harina de trigo.
- b. Gamba.
- c. Huevo.
- d. Avellana.

9.- Señale las pruebas cutáneas que con mayor probabilidad pueden dar lugar a resultados falsamente negativos en el caso que nos ocupa:

- a. Gamba y huevo.
- b. Harina de trigo y gamba.
- c. Avellana y harina de trigo.
- d. Huevo y avellana.

10.- Señale cuál de las siguientes determinaciones de IgE específica considera menos informativa en este caso:

- a. Tri a 12.
- b. Tri a 14.
- c. Tri a 19.
- d. Pru p 7.

11.- Señale cuál de las siguientes recomendaciones dietéticas es menos probable que estuviera indicada:

- a. Dieta sin gluten.
- b. Dieta sin trigo.
- c. Dieta sin trigo sarraceno.
- d. Dieta sin avellanas.

12.- Respecto a la posible influencia de cofactores, señale cuál de los siguientes NO aumentaría la probabilidad de presentar una nueva reacción:

- a. Ayuno.
- b. Falta de sueño.
- c. Alcohol.
- d. Betabloqueantes.

CASO CLÍNICO 3

Motivo de consulta: Anafilaxia por sensibilización a veneno del himenóptero *Apis mellifera*. Nuevo episodio tras picadura con reacción vagal enviada a Urgencias. Aconsejan revisión en vuestro servicio.

Anamnesis: Mujer de 41 años de edad, conocida por nosotros, ingeniera agrónoma y apicultora aficionada desde 2014 (5 colmenas), con diagnóstico de anafilaxia por hipersensibilidad a *Apis mellifera* y que tras varias picaduras aisladas en los inicios de la afición, bien toleradas, presentó tras una picadura en cara ventral de muñeca, de forma casi inmediata, erupción cutánea en cuello (habones) y dolor abdominal intenso con tenesmo pero sin despeño diarreico y dificultad para respirar no claramente descrita. Acudió a nuestro Servicio realizándose el diagnóstico e indicando Inmunoterapia.

Se administra Allergovac® veneno de abeja, a dosis de 100 mcg desde febrero de 2015 y hasta marzo de 2019, que se suspende tras acudir a revisión y realizar estudio.

No había tenido picaduras durante el tratamiento, excepto unos días antes de la consulta, a mitad de marzo, relatando picadura tras cambio de traje (abeja en interior de bota), seguida de una reacción local exagerada (RLL) en la planta del pie.

Los datos de exploraciones realizadas en 2014 eran: pruebas cutáneas en intradermorreacción con veneno de abeja positivas, IgE específica en CAP frente a *Apis* 24 kU/L.

En la evaluación de marzo de 2019: pruebas cutáneas en intradermorreacción con veneno de abeja negativas y IgE en CAP frente a *Apis* 0,63 kU/L.

El 6 de marzo de 2019 se había administrado la última dosis de la caja de inmunoterapia, y se decide suspender tras la revisión y los resultados obtenidos. A mediados de abril del mismo año, sufre una nueva picadura en casa, en la zona de ingle y comienza con dolor abdominal y algo de dificultad para respirar, por lo que avisan a ambulancia y le atienden "in situ" primero, con traslado posterior al Hospital García Orcoyen de Estella. La determinación de triptasa en urgencias es de 6 mcg/L.

La paciente identifica el insecto como abeja.

Su trabajo actual es al aire libre, en la Mancomunidad y muchas veces le corresponde desbrozar.

EXPLORACIONES mayo 2019

PRUEBAS CUTÁNEAS CON GRUPO HIMENÓPTEROS, realizadas en Intradermorreacción con veneno de Apis mellifera, Véspula y Polistes:

Apis mellifera 6/35, Véspula 6/15 y Polistes negativa en intradermorreacción a 1 µg/mL.

ANALÍTICA:

TRIPTASA 4,7 µg/L

DIAGNÓSTICO MOLECULAR POR COMPONENTES (ISAC 112): Negativo.

IgE TOTAL: 17 kU/L.

IgE ESPECÍFICA:

Apis 1,75 kU/L; Api m 1 0,22 kU/L; Api m 2 0,21 kU/L; Api m 3 0,16 kU/L Api m 5 0,02 kU/L y Api m 10 1,96 kU/L.

Vespula 0 kU/L; Ves v 1 0,02 kU/L y Ves v 5 0 kU/L.

13.- La indicación de inmunoterapia con veneno de himenóptero debe realizarse en caso de:

- a. Clínica de reacción adversa sistémica.
- b. Prueba cutánea positiva.
- c. IgE específica elevada frente a un himenóptero.
- d. IgE específica elevada frente a un componente mayoritario.

14.- Señale cuál de los siguientes alérgenos no está bien representado en el extracto de Apis mellífera:

- a. Dipeptidyl peptidasa IV.
- b. Fosfolipasa A2.
- c. Melitina.
- d. Hyaluronidasa.

15.- De considerar de nuevo el diagnóstico de anafilaxia por hipersensibilidad a abeja estaríamos hablando de un fracaso terapéutico debido a que:

- a. El extracto empleado carece de registro hospitalario.
- b. La paciente está sensibilizada a icarapina.
- c. El tiempo empleado en el tratamiento no alcanzó 5 años.
- d. Los síntomas de la última reacción son debidos a la localización en ingle de la picadura.

16.- Entre las opciones a valorar ante el fracaso terapéutico en esta paciente, la hipótesis más probable es:

- a. La degradación de las proteínas durante la conservación del extracto.
- b. La dosis recomendada fue baja para la paciente.
- c. En alérgicos a veneno de abeja el fracaso terapéutico es constante.
- d. No es un fracaso ya que la paciente negativizó las pruebas.

17.- El diagnóstico preciso de esta paciente sería:

- a. Anafilaxia por hipersensibilidad a veneno de abeja.
- b. Anafilaxia por hipersensibilidad a veneno de abeja con sensibilización dominante actual a Api m10.
- c. Reacción adversa secundaria a pánico.
- d. Anafilaxia por hipersensibilidad a veneno de abeja tras interrupción de tratamiento de forma precoz.

18.- Si se planteara reiniciar el tratamiento con inmunoterapia.

- a. La inmunoterapia no está indicada tras un fracaso terapéutico.
- b. El único tratamiento de elección sería el autoinyector de adrenalina.
- c. Sí, barajaría la opción de inmunoterapia con cualquier extracto de veneno de abeja.
- d. Indicaría inmunoterapia pero, asegurando que el extracto contuviera Api m 10, que el alérgeno estuviera conservado en cada dosis y plantearía dosis superior a 100 microgramos en el seguimiento.

PREGUNTAS DE RESERVA

RESERVA CASO 1

1- Señale de las siguientes la patología nasal más probable en este paciente:

- a. Poliposis nasosinusal.
- b. Rinitis alérgica.
- c. Fístula de líquido cefalorraquídeo.
- d. Sinusitis aguda.

RESERVA CASO 2

2.- Señale qué otra actuación de las siguientes es la menos indicada:

- a. Prescribir e instruir en el uso de autoinyector de adrenalina.
- b. Prescribir e instruir en el uso de antihistamínico.
- c. Prescribir e instruir en el uso de ondasentrón.
- d. Prescribir e instruir en el uso de betamimético de acción corta.

RESERVA CASO 3

3.- En esta paciente en concreto:

- a. La indicación de inmunoterapia depende del perfil molecular.
- b. La ausencia de sensibilización frente a Api m 1 desaconseja la inmunoterapia.
- c. El perfil molecular nos ayuda a valorar el riesgo del tratamiento.
- d. No existe indicación de inmunoterapia al tener las pruebas cutáneas negativas.