

CASO CLINICO 1

Paciente varón de 19 años de edad. Sufre accidente de circulación con politraumatismo. GCS de recogida 6 puntos. En lugar de recogida, al personal sanitario le llama la atención una extensa herida contusa a nivel frontal observándose a través de la misma la salida de una sustancia blanquecina de consistencia blanda.

Se procede a sedación y relajación e IOT en situ y es trasladado en UVI móvil a Centro hospitalario tras estabilización. Cuando llega al Servicio de urgencias la exploración neurológica es la siguiente

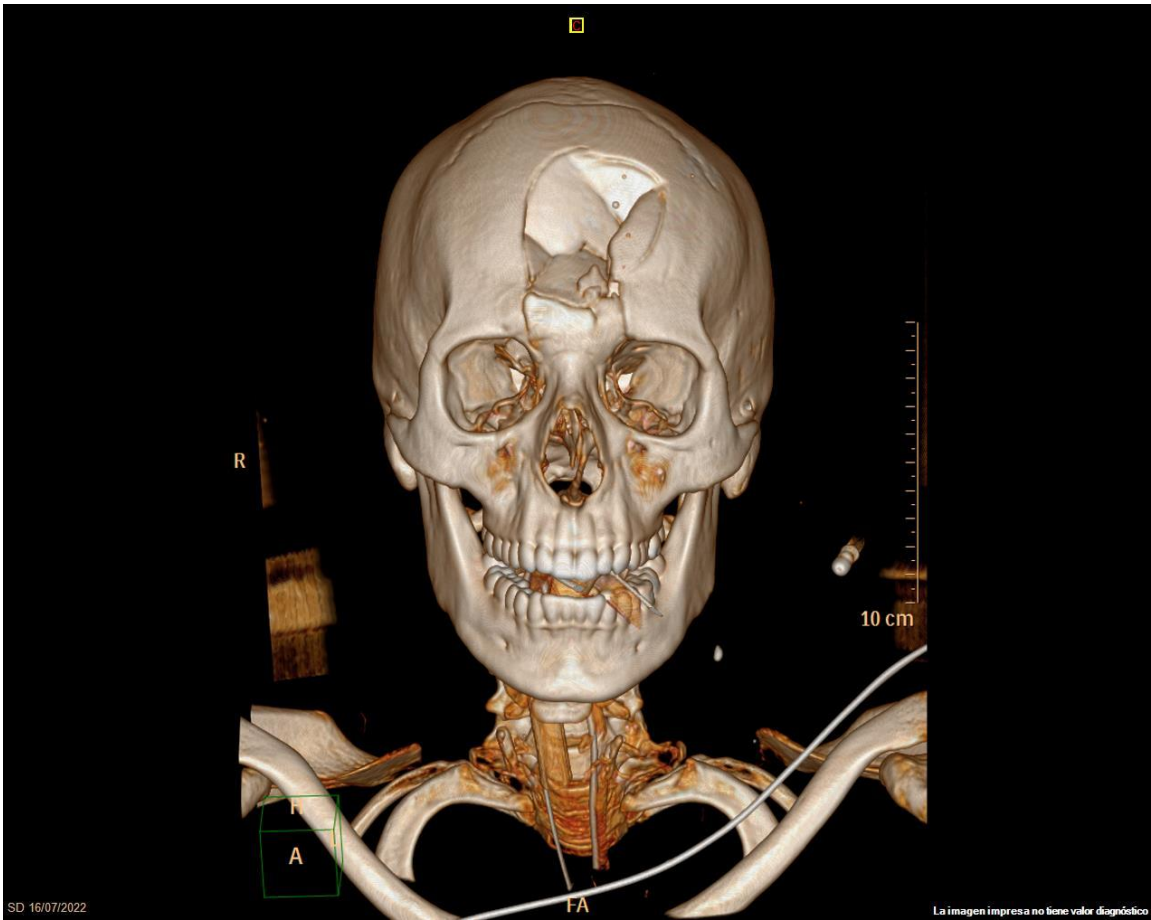
- GCS 3 puntos (O1,M1,VT)
- Conectado a ventilación mecánica.
- Pupilas isocóricas mióticas reactivas.
- Herida contusa frontal con exposición de hueso craneal y salida de masa encefálica.

Frecuencia cardiaca, tensión arterial, Sat O2 dentro de valores normales.

Hemograma, coagulación, ECG, dentro de valores normales

Se realiza TC craneal, cervical, torácico-abdominal urgente. En TAC torácico presenta contusiones bilaterales pulmonares

En el TAC craneal se seleccionan las siguientes imágenes:





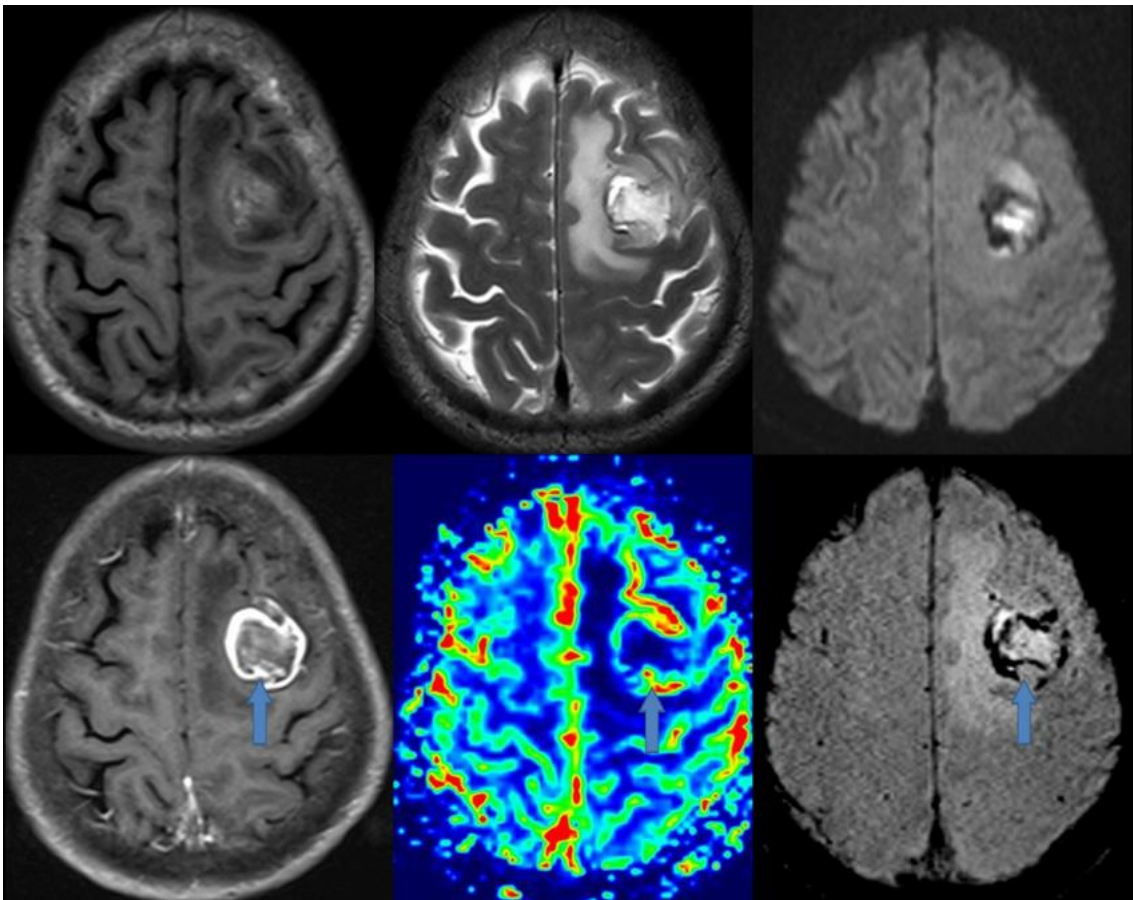
PREGUNTAS

- 1- La presencia de neumoencéfalo se relaciona principalmente con un riesgo aumentado de
 - a. Crisis convulsivas
 - b. Infarto cerebral
 - c. Fístula de LCR
 - d. Anosmia
- 2- El paciente fue intervenido quirúrgicamente, sin embargo una de las siguientes NO se incluye entre las indicaciones de realizar cirugía de forma urgente
 - a. Fractura craneal abierta
 - b. Presencia de hipertensión intracraneal
 - c. Presencia de fragmentos óseos intraparenquimatosos
 - d. Defecto estético en zona facial permanente
- 3- El tipo de cirugía a realizar incluye:
 - a. Aspiración completa de la zona edematosa del cerebro
 - b. Extirpación de fragmentos óseos intraparenquimatosos, si es necesario utilizando trépano y craneotomo
 - c. Reposicionamiento de mucosa en seno frontal previo al cierre de herida quirúrgica
 - d. Lavado de fragmentos óseos con suero salino, reconstrucción y reposición de calota previo al cierre de la herida
- 4- Durante la intervención quirúrgica se observa que existe fractura del techo orbitario con herniación de grasa periorbitaria a través de la fractura. Eso supone
 - a. Que el paciente va a presentar muy posiblemente secuela de amaurosis
 - b. Que muy posiblemente presente parálisis del III par
 - c. Que se debe explorar la órbita en busca de lesiones del globo ocular
 - d. Que es conveniente realizar un seguimiento de agudeza visual y motilidad extrínseca e intrínseca ocular postoperatorio por si presenta alteraciones visuales
- 5- Ante los hallazgos intraoperatorios de fracturas que se extienden a lo largo de la fosa craneal anterior, debe tenerse en cuenta que en las fracturas de base de cráneo debemos tener en consideración las siguientes situaciones, EXCEPTO
 - a. Aneurismas traumáticos, fístulas carótido-cavernosas
 - b. Meningitis, abscesos.
 - c. Disfunción hipofisaria, diabetes insípida
 - d. Disfagia, disfonía
- 6- En cuanto al manejo postoperatorio en UCI, en el tratamiento del paciente incluiremos
 - a. Anticomicial, antibiótico, acetazolamida
 - b. Antibiótico, manitol, anticoagulante
 - c. Antibiótico, anticomicial, relajante muscular
 - d. Hiperventilación, antiepiléptico, sonda naso-gástrica

CASO CLÍNICO 2

Un varón de 45 años sin antecedentes de interés acude a Urgencias por una crisis convulsiva tónico-clónica. Posteriormente el paciente se encuentra asintomático. Refiere dolor de garganta y febrícula los días previos.

Se practica TC y posteriormente RM con este resultado.



7. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
- Absceso cerebral
 - Tumor cerebral primario de alto grado
 - Metástasis cerebral
 - Infarto cerebral
8. ¿Qué tratamiento inicial plantearía para este paciente?
- Biopsia estereotáctica
 - Resección parcial
 - Resección completa
 - Biopsia abierta

9. Se realiza cirugía con monitorización neurofisiológica intraoperatoria practicándose una resección completa sin incidencias. Tras la misma, el paciente presenta un cuadro de hemiparesia derecha para los movimientos voluntarios manteniendo el tono del hemicuerpo derecho. Se practica un TC de control a las 24h que no objetiva complicaciones de la cirugía. La RM a las 48h objetiva resección completa de la lesión. Señale la respuesta CORRECTA:

- a. Lo más probable es que haya que reintervenir al paciente
- b. Lo más probable es que el cuadro sea irreversible
- c. Lo más probable es que se extienda al hemicuerpo contralateral
- d. Lo más probable es que el paciente se recupere en unas semanas

10. El informe de Anatomía Patológica informa de glioma difuso con inmunohistoquímica negativa para mutación de IDH 1, ¿cuál sería la siguiente prueba a realizar?:

- a. Secuenciación de ADN de IDH1 y 2
- b. Determinación de codeleción de 1p19q
- c. Determinación de CDKN2A
- d. No requiere más pruebas genéticas

11. Además del IDH no mutado, el tumor presenta codeleción de 1p19q determinada mediante FISH, con lo cual:

- a. Se trata de un oligodendroglioma
- b. Podría ser un falso positivo y habría que realizar más pruebas genéticas
- c. Se trata de un tumor mixto oligoastrocitario
- d. Se trata de un glioma grado 2

12. Además del IDH no mutado, se encuentra una amplificación de EGFR, con lo cual estamos ante:

- a. Un astrocitoma grado 2
- b. Un oligodendroglioma
- c. Un astrocitoma grado 3
- d. Un GBM

CASO CLÍNICO 3

Paciente con antecedentes de intervención de hernia discal L4/L5, microdiscectomía, que inicialmente mejora tras un mes comienza con intenso dolor lumbar que se agudiza aún más con cualquier movimiento y el dolor se irradia a cadera y escroto.

13. ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha?

- a. Recidiva discal.
- b. Fractura vertebral
- c. Discitis Postoperatoria
- d. Osteomielitis Postoperatoria

14. En que porcentaje de casos según su diagnóstico puede existir fiebre.

- a. Nunca debe existir fiebre.
- b. Existe fiebre entre un 10% y 20% de los casos.
- c. Existe fiebre entre el 80% y el 90% de los casos
- d. Existe fiebre entre el 30% y el 50% de los casos

15. La incidencia del diagnóstico correcto del caso que nos ocupa en la población es del:

- a. 0'1%
- b. 0'2% al 0'4%
- c. 0'5% al 0'8%
- d. 1%

16. El porcentaje de casos asociados a infección de la herida quirúrgica es del:

- a. 1% a 5%
- b. 10% a 12%
- c. 40% a 60%
- d. 70% a 80%

17. El tiempo promedio para encontrar cambios en el estudio radiológico simple según el diagnóstico de certeza es de

- a. 5 días
- b. 3 meses
- c. 6 meses
- d. 9 meses

18. En caso de decidir usar antibioterapia intravenosa recomendará su utilización durante un periodo de tiempo de:

- a. 5 a 7 días
- b. 7 a 10 días
- c. 10 a 15 días
- d. entre 1 a 6 semanas.

PREGUNTAS DE RESERVA

- 1- En cuanto al riesgo de una infección intracraneal en el contexto de las lesiones que presenta el paciente (CASO 1)
 - a. El riesgo es mínimo, no debe recibir antibióticos para no generar resistencias
 - b. Para minimizar este riesgo debemos reponer todos los fragmentos óseos inmediatamente y así contribuir al sellado de la herida
 - c. A pesar de una profilaxis antibiótica adecuada existe el riesgo de desarrollar abscesos cerebrales diferidos
 - d. En caso de considerar realizar esquirlectomía, se debe realizar una craneoplastia a los 2 meses, en cuanto la herida cutánea esté bien epitelizada.

- 2- ¿Cuál sería el tratamiento de elección en este paciente? (CASO 2)
 - a. Vigilancia y si hay recidiva tratamiento con RT y QT
 - b. RT y QT con PCV
 - c. RT y QT con temozolamida
 - d. RT y se dará QT o no en función del estado de metilación de MGMT

- 3- El germen causante más frecuente de este proceso es: (CASO 3)
 - a. S. aureus
 - b. S. Viridians
 - c. E. Coli
 - d. TBC