CASO 1

Paciente mujer de 70 años que acude a consulta por presentar eritema, calor y aumento de volumen en la extremidad inferior izquierda desde hace 48 horas. Refiere fiebre de hasta 38.5 °C, escalofríos y malestar general.

Antecedentes personales de carcinoma de endometrio tratado hace cinco años con histerectomía, linfadenectomía inguinal bilateral y radioterapia adyuvante. Desde la cirugía, presenta linfedema crónico en la extremidad inferior izquierda.

Exploración Clínica:

- Signos vitales: Tensión arterial 130/80 mmHg, frecuencia cardiaca 96 lpm, temperatura 38.2 °C.
- Extremidad inferior izquierda:
 - Eritema bien delimitado en la región del tobillo con extensión proximal hasta tercio medio pierna izquierda-
 - Edema blando con fóvea positiva.
 - Dolor moderado a la palpación.
 - Incremento de temperatura local.
 - Presencia de adenopatías inguinales dolorosas.
 - No signos de necrosis o flictenas.

Pruebas Complementarias:

1. Análisis de sangre:
 - Leucocitosis: 14,000/mm³ con predominio de neutrófilos (80%).
 - Proteína C reactiva: 90 mg/l (valor normal <10 mg/l).
 - Velocidad de sedimentación globular (VSG): 50 mm/Hg
-

1. ¿Cuál es la etiología más frecuente de la linfangitis en pacientes con linfedema?

- a) Streptococcus pyogenes.
- b) Staphylococcus aureus.
- c) Escherichia coli.
- d) Pseudomonas aeruginosa.

2. ¿Cuál de los siguientes factores NO es un predictor de linfangitis recurrente en pacientes con linfedema?

- a) Obesidad.
- b) Diabetes mellitus.
- c) Hipotensión arterial.
- d) Episodios previos de linfangitis.

3. ¿Cuál es la primera línea de tratamiento antibiótico en la linfangitis aguda?

- a) Ciprofloxacino.
- b) Amoxicilina-clavulánico.
- c) Metronidazol.
- d) Vancomicina.

4. ¿Cuál de las siguientes medidas NO estaría indicada en el tratamiento de la linfangitis aguda?:

- a) Reposo de la extremidad afecta.
- b) Mantener la prenda de compresión durante el episodio.
- c) Aplicar apósitos fríos.
- d) Suspender el autodrenaje.

Pregunta de reserva:

1. ¿Qué prueba de laboratorio es más útil para diferenciar una linfangitis de una celulitis?

- a) Hemocultivo.
- b) Velocidad de sedimentación globular.
- c) Procalcitonina.
- d) Fibrinógeno.

CASO 2

Acude a la consulta un paciente varón de 45 años, que hace 3 semanas comenzó con un dolor intenso en el hombro derecho de aparición súbita sin antecedente traumático, que le despierta por la noche y que tras la segunda semana ha ido disminuyendo. Asociado al dolor el paciente refiere que no puede mover bien el brazo. No refiere ser diabético. No convive con mascotas.

Antecedentes personales: intervenido de gastroplastia endoscópica una semana antes del inicio del dolor de hombro.

Pruebas complementarias previas: Rx cervical: rectificación columna cervical, disminución espacios C4-C5, C6-C7, uncartrosis leve.

El dolor no se exagera con la tos ni con la movilización del raquis cervical, y lo localiza a través de la escápula con dirección al acromion e irradia por la cara externa del brazo y cuello. A la exploración destaca una limitación para la elevación y para la abducción, del hombro derecho, así como una atrofia marcada del deltoides, supraespinoso y del bíceps. Se objetiva escápula derecha alada.

El paciente muestra una intensa preocupación y espera que estos avezados opositores den con una solución de su problema.

5. Tras describir el caso clínico, es FALSO que en este síndrome:

- a) En el diagnóstico diferencial se deben incluir mieloradiculopatías compresivas discogénicas y tumores de médula.
- b) Es frecuente la afectación de la musculatura de mano y dedos.
- c) En un 25% de los casos este síndrome se puede presentar bilateralmente.
- d) La causa exacta por la que se produce este síndrome es desconocida.

6. El diagnóstico se confirma con:

- a) Una correcta historia clínica y exploración.
- b) La RNM es la prueba *gold* estándar para su diagnóstico.
- c) El ENG/EMG (electroneurograma/electromiograma) es fundamental para su diagnóstico, encontrando un patrón de denervación intenso con pérdida de unidades motoras.
- d) a y c son ciertas.

7. La recuperación de esta patología:

- a) Se estima una media de 4 meses para la recuperación completa.
- b) Siempre quedan secuelas funcionales.
- c) La recuperación completa se produce en un 70-80 % de los casos y es a largo plazo, incluso puede durar de 2 a 3 años.
- d) Todas las respuestas son falsas.

8. En cuanto al pronóstico y tratamiento, al paciente le deberemos decir:

- a) El pronóstico funcional es bueno, se suele conseguir una recuperación completa en la mayoría de los casos.
- b) Es fundamental el inicio precoz de la rehabilitación.
- c) En las fases iniciales se recomienda el tratamiento con corticoides e inmunoglobulinas.
- d) Todas son ciertas.

Pregunta de reserva:

2. El patrón electroneurográfico que se suele dar en este síndrome:

- a) Disociación entre los potenciales de acción de un nervio y la denervación muscular que depende del mismo nervio.
- b) Distribución parcheada de la denervación para músculos inervados por diferentes nervios o por un tronco nervioso del plexo braquial.
- c) Discrepancia en cuanto a la denervación entre músculos inervados por el mismo nervio.
- d) Todas son ciertas.

CASO 3

Paciente mujer de 42 años de edad que acude a la consulta por dolor en la zona lumbar, predominio del dolor a nivel derecho, con irradiación al glúteo derecho de 4 meses de evolución. No irradiación ni parestesias por debajo del glúteo. En estos meses de evolución ha tomado antiinflamatorios no esteroideos sin mejoría. El dolor aumenta con el reposo, le interrumpe el descanso nocturno y mejora con la actividad. Al dolor le acompaña una sensación de bloqueo, de rigidez matutina que le cuesta una hora en disminuir.

También refiere dolor en un talón, sobre todo al apoyo. No presenta claudicación de la marcha y el Valsalva es negativo. A la exploración presentaba una distancia dedos-suelo elevada y la extensión no era dolorosa.

No antecedentes personales de interés, salvo cuadro de diarreas episódicas junto con dolor abdominal.

Rx lumbosacra: disminución espacio L4-L5, L5-S1, sobrecarga facetaria.

Rx sacroilíacas: en articulación sacroilíaca derecha se objetiva esclerosis marginal e inicio de puentes óseos.

9. Dentro de la patología que refiere la paciente podría asociarse con:

- a) Afección articular periférica.
- b) Afección cutánea.
- c) Afección ocular.
- d) Todas las anteriores.

10. En la exploración física será positiva:

- a) Maniobra de Bragard.
- b) La maniobra de Fadir.
- c) La maniobra de Patrik / Faber.
- d) La maniobra de Pace.

11. En cuanto al tratamiento, tras el correcto diagnóstico, realizaríamos:

- a) Es un afección pasajera y limitada en el tiempo, no es necesario de un tratamiento específico.
- b) Un bloqueo de la articulación sacroilíaca derecha.
- c) Tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos.
- d) Tratamiento electroterápico y cinesiterápico sería suficiente.

12. En este tipo de patología, a la paciente hay que informarle que:

- a) La mayoría de los pacientes evolucionan hacia la forma más grave de esta enfermedad.
- b) Los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) son poco efectivos cuando la patología se circunscribe a la columna vertebral y a las articulaciones sacroilíacas.
- c) El consumo de tabaco no influye en el progreso de la enfermedad.
- d) Todas son ciertas.

Pregunta de reserva:

3. En cuanto a los fármacos biológicos:

- a) Desde hace quince años están disponibles medicamentos biológicos que al bloquear el TNF, consiguen controlar la inflamación y mejorar de una forma importante los síntomas y complicaciones que causa la enfermedad.
- b) En los últimos años, se han desarrollado fármacos biológicos que bloquean la interleukina-17.
- c) El tratamiento con fármacos biológicos debe mantenerse de forma prolongada, ya que generalmente cuando se suspende, la enfermedad vuelve a reproducirse en la mayoría de los pacientes en pocas semanas.
- d) Todas son ciertas.

CASO 4

Paciente varón de 79 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento farmacológico con diuréticos por edemas en extremidades inferiores, diabetes mellitus de 15 años de evolución con mal control glucémico a pesar de tratamiento médico, amputaciones menores en dedos de pie derecho y úlcera crónica en maléolo externo del mismo pie y exfumador de 2 paquetes al día desde hace 23 años, hasta 1 mes antes del ingreso en Cirugía Vascular.

Ingresado desde hace dos meses para tratamiento de una úlcera extensa en talón derecho con necrosis ósea en calcáneo y astrágalo y tórpida evolución, así como frialdad en primer dedo y pérdida de pulso pedio. Ante el fracaso de las medidas conservadoras deciden realizar una amputación de dicha extremidad.

Se decide realizar un Barthel (documento adjunto) con la colaboración de su esposa cuyo valor final es de 80 e interrogando sobre la actividad previa que realizaba, definimos el paciente como un K2. Residen en un entorno urbano, llano y disponen de ascensor.

13. Solicitan orientación sobre el nivel de amputación más idóneo en este paciente. Indique la respuesta CORRECTA teniendo en cuenta los datos previos:

- a) Una amputación de Syme.
- b) Una desarticulación de rodilla.
- c) Una amputación infracondílea, con muñón entre 10-15 cm.
- d) Una amputación de Pyrogoff.

14. Tras la cirugía deben indicarse todos los siguientes EXCEPTO:

- a) Ejercicios de fortalecimiento tanto de extensión de rodilla como de cadera.
- b) Colocación de almohadas para evitar presión de la herida del muñón, bajo rodilla en una amputación infracondílea como entre piernas en una supracondílea.
- c) Fortalecimiento de muñecas, extensores de codos y estabilizadores de escápula.
- d) Entrenamiento de transferencias, uso de muletas y andador.

15. Los requisitos necesarios para plantear protetizar al paciente son todos menos:

- a) Cicatriz en buen estado.
- b) Tratamiento antiedema del muñón con diuréticos.
- c) Vendaje bien aplicado de continuo al menos 2 semanas tras la cirugía.
- d) Capacidad de deambulación en paralelas, andador o muletas.

16. Seleccione la prótesis más idónea para este paciente:

- a) Una prótesis de Syme con encaje vivalvo.
- b) PTB liner de silicona con 5 aros de vacío y rodillera de sujeción elástica.
- c) PTB con liner de silicona y PIN.
- d) KBM con liner de silicona y rodillera de fijación.

Pregunta de reserva:

4. El pie más idóneo entre los siguientes para la prótesis de este paciente es:

- a) Pie Jaipur.
- b) Flex-Foot.
- c) Dinámico de bajo impacto.
- d) Pie con regulación de altura de impacto moderado.

CASO 5

Niño de 7 meses de edad remitido a consulta de Rehabilitación por su pediatra del Centro de Salud, tras detectar en la primera exploración en consulta escasa movilidad espontánea de la extremidad superior derecha y déficit de rotación de la cabeza hacia el mismo lado. Hijo de emigrantes que acaban de iniciar los controles pediátricos habituales. Como antecedentes obstétricos solo tenemos referencia por la madre de que fue parto prolongado y que el niño pesó más de 4 kg al nacer.

En la exploración, el niño se muestra tranquilo y risueño. En decúbito supino los movimientos espontáneos son normales salvo los de la extremidad referida, y no se detecta hipertonia en la movilización pasiva de las extremidades inferiores ni en la extremidad superior izquierda. No se obtiene el reflejo bicipital derecho. El resto de los reflejos tendinosos explorados son normales.

La extremidad superior derecha presenta una actitud en aducción del hombro, extensión del codo y pronación del antebrazo, observándose ligera amiotrofia global de la misma.

El seguimiento visual está restringido al hemisferio izquierdo y hay que insistir mucho con juguetes u otros estímulos para que pase de la línea media hacia el hemisferio derecho. La rotación cervical pasiva hacia la derecha es completa.

No se detectan deformidades craneales ni nódulo fibroso en esternocleidomastoideo derecho. El niño tiende a coger objetos dirigiendo la extremidad superior izquierda, pero presenta actividad prensora en ambas manos.

En sedestación, el niño tiende a caer hacia el lado derecho sin reacción lateral de apoyo.

17. Según la actitud descrita de la extremidad superior derecha sospecharíamos paresia de los siguientes músculos, EXCEPTO:

- a) Supraespinoso.
- b) Bíceps.
- c) Deltoides.
- d) Supinador largo.

18. ¿Cuál de los siguientes considera el diagnóstico más probable?

- a) Parálisis cerebral infantil monoparética.
- b) Tortícolis congénita.
- c) Parálisis braquial neonatal de Erb-Duchenne.
- d) Deformidad de Sprengel.

19. Señale cuál de las pruebas siguientes no sería de primera indicación en este caso:

- a) Mielo-TAC.
- b) Estudio neurofisiológico.
- c) Radiografía de clavícula.
- d) Radiografía de columna cervical y comparativa de caderas.

20. El tratamiento rehabilitador indicado para este niño incluye las siguientes medidas EXCEPTO:

- a) Movilizaciones pasivas suaves de columna cervical, hombro, codo y supinación de antebrazo.
- b) Férula dorsal de muñeca con dedos libres para permitir el movimiento.
- c) Toxina botulínica en bíceps braquial y braquial anterior.
- d) Estimulación del esquema corporal de cabeza y brazo derecho (manipulación bimanual, equilibrio en sedestación, apoyo de mano en diferentes posiciones, seguimiento ocular).

Pregunta de reserva:

5. Con el paso del tiempo, puede desarrollarse una de las siguientes deformidades:

- a) Contractura en supinación del codo.
- b) Contractura en rotación interna de hombro.
- c) Déficit de la flexión de muñeca.
- d) Anormal elevación del hombro derecho.