

**F.E.A. NEUMOLOGIA**  
**FASE DE OPOSICION – 18/02/2025**  
**CASOS CLINICOS - CUESTIONARIO DE PREGUNTAS**

<b>CASO CLÍNICO 1</b>
-----------------------

Mujer de 32 años natural de Colombia. No hábitos tóxicos. No enfermedades crónico-degenerativas. No recibe tratamiento habitual, salvo un anticonceptivo oral desde hace 6 meses. Trabaja en hostelería sin contactos de riesgo. No antecedente de quema de biomasas.

Clínica de disnea grado 1 de la mMRC que nota desde hace 4 años. Acude a urgencias por empeoramiento de la disnea el último mes, hasta hacerse de mínimos esfuerzos. No tos, no expectoración, no fiebre.

A la exploración presenta buen aspecto general. Normonutrida e hidratada. Eupneica en reposo. TA: 130/85mmHg. FC: 80lpm. FR: 18rpm. Sat: 92%aa. T: 36.6°C. No adenopatías palpables en cuello o supraclaviculares. Auscultación cardíaca normal. Auscultación Pulmonar: RsCsRs sin soplos. Ligera hipoventilación global, más acusada en bases, con matidez a la percusión. Abdomen blando y depresible, no doloroso. No edemas en miembros inferiores. No acropaquías.

Se realiza ecografía torácica con la paciente en sedestación, objetivando líquido pleural anecoico bilateral sin ecos en su interior y que ocasiona colapso del parénquima pulmonar subyacente.

**Analítica sanguínea:** Hb: 13,8mg/dl (12-16); Hto:38% (34-47); Leucocitos: 4.600 (4-11); Linfocitos: 46.8% Neutrófilos: 33.7%. Eosinófilos: 9%. Glucosa: 85mg/dl. (74-100); Creatinina: 0,8mg/dl (0,51 – 0,95), Urea: 37mg/dl (17-43); Procalcitonina: 0,01. Proteína C Reactiva: 22. Proteínas: 61g/L (66- 83).

**Radiografía de tórax:** Derrame pleural bilateral de predominio derecho. Ligera hiperclaridad parenquimatosa bilateral.



Imagen 1

**Se realiza una toracocentesis diagnóstica obteniendo un líquido pleural blanquecino, con el siguiente resultado:**

**pH:** 7,43

**Bioquímica:** leucocitos 2.700 células/ $\mu$ l (mononucleares 92%), proteínas 64g/L, LDH 142 U/L (0 – 280). Triglicéridos 1.216 mg/dl; colesterol 63 mg/dl. glucosa: 70mg/dl. ADA: 29 U/L (0-41).

**Microbiología:** cultivo negativo.

**Citometría de flujo:** Subpoblaciones linfocitarias con predominio de linfocitos T con cociente CD4/CD8: 1,74, sin observar alteraciones en la intensidad de expresión de los marcadores analizados.

**Citología:** negativa para células tumorales.

Preguntas:

**Pregunta 1.- Con esta información, ¿cuál es el diagnóstico más probable del tipo de derrame pleural?:**

- a) Quilotórax
- b) Pseudoquilotórax
- c) Derrame pleural secundario a linfoma.
- d) Derrame pleural Tuberculoso

Seguidamente se realiza una **TC de tórax** que muestra a nivel parenquimatoso el hallazgo característico de la enfermedad subyacente, que consiste en la presencia de múltiples quistes bilaterales bien definidos de pared fina.

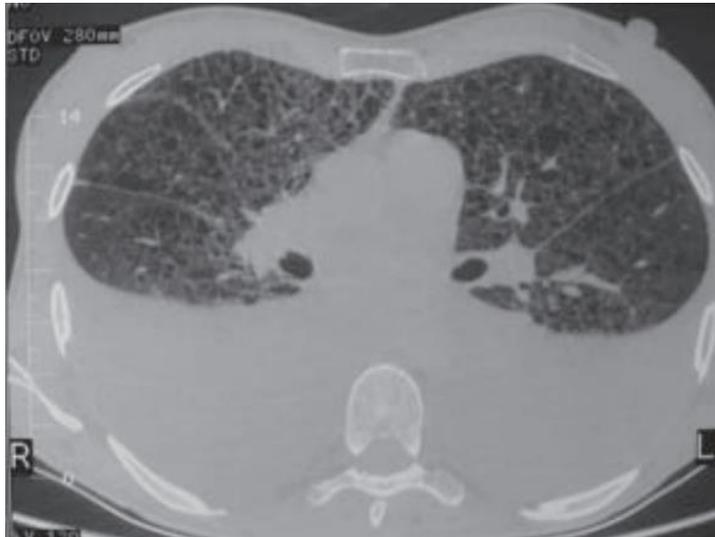


Imagen 2

**Pregunta 2.-** Tras los hallazgos de la TC de tórax considerados como característicos, y el resultado del estudio del líquido pleural, ¿sería posible emitir un diagnóstico siguiendo los criterios de la ERS (European Respiratory Society) propuestos en 2010?:

- a) No. Con estos datos no podemos hacer un diagnóstico.
- b) Si. Según los criterios de la ERS, se puede emitir un diagnóstico de enfermedad posible.
- c) Si. Según los criterios de la ERS, se puede emitir un diagnóstico de enfermedad probable.
- d) Si. Según los criterios de la ERS, se puede emitir un diagnóstico definitivo de la enfermedad.

**Pregunta 3.-** Siguiendo los criterios diagnósticos de la ATS/JRS (American Thoracic Society/Japanese Respiratory Society) de 2016, las siguientes pruebas podrían ser de gran utilidad en la confirmación diagnóstica de la enfermedad subyacente, excepto:

- a) Analítica sanguínea.
- b) TC de abdomen.
- c) Broncoscopia con lavado broncoalveolar.
- d) Biopsia pulmonar.

**Pregunta 4.- Dada la sintomatología, se decidió colocar un drenaje pleural derecho, presentando un débito diario elevado. De entre las siguientes alternativas, ¿cuál debería ser el tratamiento inicial para disminuir el débito?:**

- a) Intervención quirúrgica
- b) Dieta con triglicéridos de cadena media
- c) Dieta con triglicéridos de cadena larga
- d) Dieta rica en grasas.

**Pregunta 5.- A pesar de dicho tratamiento, el gran débito diario a través del drenaje empeoró la situación nutricional, y la pleurodesis no fue eficaz. Los siguientes fármacos podrían ayudar en este caso, excepto:**

- a) Octreótide
- b) Estrógenos
- c) Midodrina
- d) Sirólimus

**Pregunta 6.- En relación a la patología que presenta este paciente, señale cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta:**

- a) El derrame pleural cumple criterios de exudado.
- b) Desde el punto de vista fisiopatológico, la pérdida de la función del complejo proteico tuberina-hamartina que ocurre en esta patología, resulta en la inactivación constitutiva de la vía mTOR (Mammalian Target of Rapamycin).
- c) La inmunohistoquímica de las células que ocasionan esta patología expresa habitualmente positividad frente a HMB-45 (Human Melanin Black).
- d) El tratamiento farmacológico de elección en la actualidad, indicado tanto para la enfermedad que subyace, como para el tipo de derrame en este caso, es el sirólimus.

**Pregunta de Reserva 1.- Respecto a la patología que presenta esta paciente y su tratamiento, no es cierto que:**

- a) El sirólimus es un inhibidor altamente específico de la vía de señalización mTOR
- b) Se recomienda iniciar tratamiento con Sirólimus cuando el FEV1 es  $\leq 70\%$  del valor predicho posterior al uso de broncodilatador.
- c) El neumotórax espontáneo es una complicación frecuente y se recomienda realizar la pleurodesis tras un primer episodio, y no esperar que sea recurrente para realizarla.
- d) La pleurodesis y la pleurectomía se consideran unas contraindicaciones para el trasplante de pulmón en pacientes con esta patología.

## CASO CLÍNICO 2

Paciente varón de 29 años que ingresó en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital Comarcal por hemoptisis. Entre sus antecedentes personales presenta HTA, miocardiopatía dilatada de probable origen tóxico, fibrilación auricular paroxística sobre la que se realizó ablación unos 6 meses antes del ingreso. No estaba intervenido quirúrgicamente. No había estado expuesto a tóxicos neumológicos. Era fumador de 20 cigarrillos al día desde los 14 años, y exconsumidor de speed y cocaína hasta 3 años antes. Como antecedentes familiares lo único destacable era que su padre estaba diagnosticado de EPOC.

Dos meses antes del ingreso comenzó con esputos hemoptoicos, hasta 20 por día. Refería también dolor en hemitórax izquierdo. No había presentado fiebre. Fue visto en un Hospital de otra comunidad un mes antes de la consulta donde fue diagnosticado de neumonía izquierda, indicándole tomar amoxicilina-clavulánico, se retiró anticoagulación con Sintrom y se pasó a HBPM a dosis profiláctica. Mejoró parcialmente. Ante la persistencia de la hemoptisis acude en 3 ocasiones a Urgencias e ingresa en la tercera visita. Refiere disnea de moderados esfuerzos y continua con dolor algo más leve en hemitórax izquierdo. Recibía tratamiento con bisoprolol y enalapril a dosis bajas y bemiparina 2500 mg/24 h. En la exploración física sus constantes eran TA 110/70, Fc 70, saturación por pulsioximetría de 97% basal. Tenía crepitantes finos en base izquierda y el resto de la exploración física era normal. Desde urgencias se realizaron las siguientes exploraciones:

- Análisis de sangre: Hemograma Normal, Coagulación con ligera elevación de fibrinógeno, Dímero D normal, BNP normal, PCR ligeramente elevada
- ECG: Rs a 72 lpm, sin alteraciones en ST-T
- Radiografía de tórax: Se adjunta. Se aprecia un infiltrado basal posterior izquierdo.



Imagen 1

Una vez en planta se solicita:

- Análisis de sangre: ANA negativo, ANCA negativo, PCR de 6,5 mg/dL ( 0-5)
- Baciloscopias de esputo x 2: negativas. Cultivo de Lowestein: Negativos ( se conoció a las 6 semanas), Cultivo bacteriológico de esputo : negativo
- Citologías de esputo x 2: Negativas

Preguntas:

**Pregunta 7.- Todos los siguientes son indicadores de riesgo de hemoptisis amenazante, a excepción de:**

- a) Volumen de hemoptisis superior a 100 ml
- b) Presencia de obstrucción de la vía aérea
- c) Ausencia de insuficiencia respiratoria
- d) Inestabilidad hemodinámica

**Pregunta 8.- Nuestro paciente no tenía una hemoptisis amenazante, se inició tratamiento antibiótico de nuevo desde urgencias, que se mantuvo durante 10 días, pero persistían la expectoración hemoptoica y el dolor en hemitórax izquierdo. ¿Cuál de estas exploraciones no es prioritaria?:**

- a) Ecocardiograma trastorácico
- b) Polisomnografía
- c) TAC de tórax
- d) Broncoscopia diagnóstica

**Continuando con el caso**, se realizaron las siguientes exploraciones diagnósticas y en el orden que se muestran:

- Ecocardiograma trastorácico: VI no dilatado y ligeramente hipertrófico, con disfunción sistólica leve. Hipoquinesia lateral e inferior basal. VD ligeramente dilatado con función sistólica conservada. Datos compatibles con su diagnóstico de miocardiopatía dilatada.
- TC torácico con contraste: Pérdida de volumen del LII con atelectasias segmentarias, tractos fibrosos pleuroparenquimatosos e incipientes bronquiectasias cilíndricas a este nivel. En dicho contexto imagen seudonodular adosada a la cisura que también aparece como de aspecto residual pero es necesario control para descartar organicidad evolutiva. Arterias pulmonares permeables.
- TACAR: Discreta pérdida de volumen del LII en relación a patología residual pleuroparenquimatoso. Imagen seudonodular adosado a la cisura en LII, también probablemente residual, pero que obliga a controles evolutivos.

**Pregunta 9.- Con las exploraciones realizadas hasta ahora, ¿Qué patología no queda descartada?:**

- a) Enfermedad tromboembólica de arterias pulmonares
- b) Neumonía aguda comunitaria
- c) Bronquitis aguda
- d) Enfermedad asociada a aumento de la presión capilar pulmonar

**Continuando con el caso clínico.** Se realizó una broncoscopia con los siguientes hallazgos:

Árbol bronquial derecho normal. Árbol bronquial izquierdo: Desde su inicio presenta una mucosa con un aumento marcado de la vascularización, con una mucosa en general lisa y delgada, pero en algunas zonas algo más engrosada e irregular, sin llegar a tener un aspecto de infiltración pulmonar (no se biopsia por riesgo de sangrado). La mucosa está más alterada en los bronquios basales. Se explora hasta bronquios segmentarios, estando todos permeables. Impresión diagnóstica: Aumento de la vascularización en árbol bronquial izquierdo.

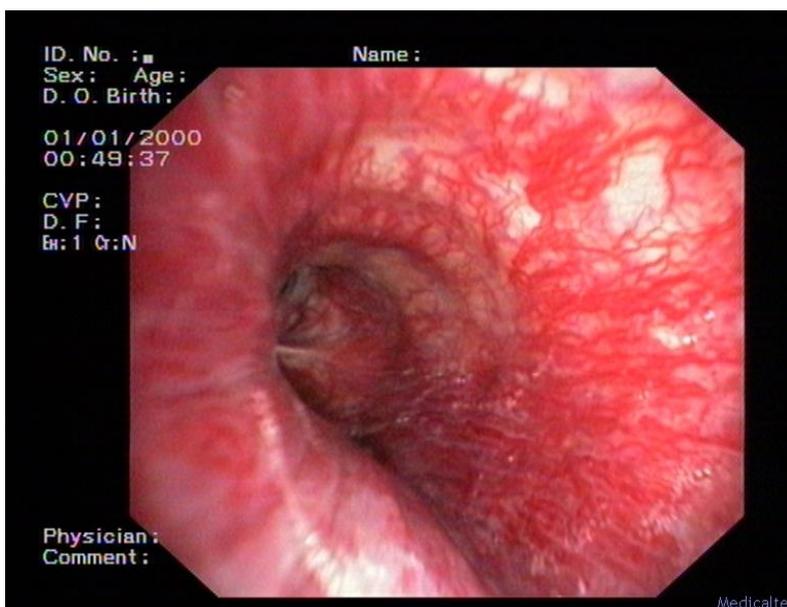


Imagen 2

Se tomaron muestras de broncoaspirado (BAS) con los siguientes hallazgos:

Citología broncoaspirado: Negativo para células neoplásicas. Cultivo bacteriológico- BAS: negativo. BK y cultivo de Lowestein-BAS: Negativo. Cultivo hongos y nocardia- BAS: Negativo.

El paciente persistía sintomático. Se decidió solicitar un angioTC, que se realizó en Hospital de Referencia. De nuevo el informe hacía referencia a permeabilidad de las arterias pulmonares y sus ramas, y sin alteraciones en arterias bronquiales.

**Pregunta 10.- ¿Cuál de las siguientes entidades puede justificar la hemoptisis en este paciente con los datos conocidos hasta ahora y con afectación parcheada de la mucosa bronquial?:**

- a) Malformación vascular tipo Rendu-Osler
- b) Coagulopatía
- c) Estenosis mitral
- d) Otra causa de aumento de presión venosa pulmonar

**Continuando con el caso clínico,** se realizó en el Hospital de referencia, donde ingreso en neumología, una broncoscopia con biopsias endobronquiales cuyo resultado fue de “ausencia de datos de infiltración tumoral con inflamación mucosa inespecífica”.

Se le dio de alta al paciente y reingresó en el Hospital Comarcal a los 7 de días por aparición de nuevo episodio de hemoptisis. A su ingreso se realizó un procedimiento diagnóstico.

**Pregunta 11.- ¿Cuál de los antecedentes del paciente permitió sospechar el diagnóstico?:**

- a) Consumo de cocaína en el pasado
- b) Antecedente de miocardiopatía dilatada
- c) Ablación de fibrilación auricular
- d) Antecedente paterno de EPOC

**Pregunta 12.- ¿Cuál de los siguientes procedimientos llevó al diagnóstico?:**

- a) Repetir broncoscopia
- b) Repetir ecocardiograma torácico
- c) Realizar ecocardiograma transesofágico
- d) Realizar nuevo TAC

**Pregunta de Reserva 2.- ¿Qué procedimiento terapéutico está indicado en este caso?**

- a) Embolización de arteria pulmonar segmentaria
- b) Lobectomía
- c) Dilatación endovascular del vaso responsable de la patología del paciente
- d) Tratamiento médico

### CASO CLÍNICO 3

Paciente mujer de 71 años, sin alergias conocidas, nunca fumadora y sin exposición previa a combustión de biomasa. Ha trabajado como docente. Refiere clínica de tos y expectoración diaria desde hace aproximadamente 8 años, habitualmente amarillenta, nunca hemoptoica, sin haber precisado ingresos hospitalarios por causa respiratoria. Presenta disnea al andar en llano al mismo paso que otras personas de su edad, con necesidad de parar a descansar. No autoescucha de ruidos respiratorios. Tiene menos apetito y ha bajado 5 Kg de peso.

Exploración física:

TA 130/65, saturación ( $\text{FiO}_2$  21%) 95% y FC 68 lpm

Talla 165 cm Peso 54 Kg

Buen estado general, eupneica

Auscultación Pulmonar: crepitantes de mediano calibre submamarios derechos

Extremidades: no acropaquias, edemas ni datos TVP

Se realiza:

Radiografía de tórax 2 Proyecciones

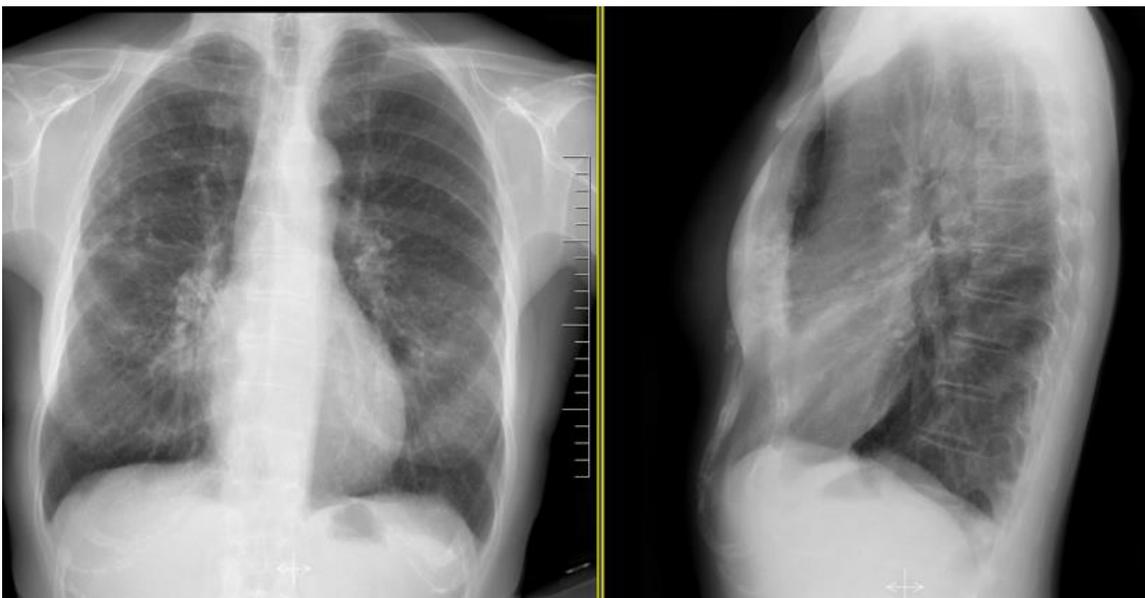


Imagen 1

Pruebas Funcionales Respiratorias con:

-Espirometría forzada: FEV1 64% FVC 82% FEV1/FVC 64. FEV1 mejora 110 ml (7%) tras inhalación de 400 µg de salbutamol

-Test de difusión: DLCO 70%

Preguntas:

**Pregunta 13.- Con los datos que tiene hasta ahora ¿cuál es su sospecha diagnóstica y qué pruebas complementarias solicitaría?**

- a) Asma bronquial persistente moderada: solicitar FE<sub>NO</sub> y Prick Test
- b) EPOC de bajo riesgo BODEx 4: solicitar test de marcha y determinación alfa1-Antitripsina
- c) Bronquiectasias en lóbulo superior derecho y lóbulo medio: solicitar TACAR y cultivo esputo
- d) Neumonía en lóbulo medio: solicitar control en 4 semanas por su médico de cabecera

En la única muestra de cultivo de esputo proporcionada por la paciente se aísla la micobacteria no cromógena de crecimiento lento más frecuente en nuestro medio y en el TACAR se objetivan dilataciones bronquiales en LSD y LM con pérdida de volumen en LM, con nodulillos, algunos de ellos con patrón ramificado, sugestivo de bronquiolitis, sin cavitación

**Pregunta 14.- Señale la respuesta correcta respecto a la valoración multidimensional del cuadro clínico:**

- a) E-FACED 4
- b) E-FACED 2
- c) E-FACED 5
- d) FACED 3

**Pregunta 15.- De acuerdo con las recomendaciones actuales sobre la indicación de tratamiento antibiótico en la patología que presenta la paciente, ¿cuál le parece la actitud a seguir en este momento?:**

- a) Revisión en 6 meses con nueva espirometría
- b) Solicitar nuevo cultivo de esputo
- c) Iniciar ya tratamiento dirigido
- d) Control con TC en 3 meses

**Pregunta 16.- En el caso de que la paciente cumpliera criterios de tratamiento, ¿qué estudio de sensibilidad consideraría necesario previo al inicio del mismo y con qué pauta antibiótica lo iniciaría según la guía ATS/ERS/ESCMID/IDSA 2020, si la sensibilidad es adecuada?:**

- a) Estudio sensibilidad macrólidos y amikacina. Tratamiento diario con Azitromicina + Rifampicina + Etambutol
- b) Estudio de sensibilidad a macrólidos y amikacina. Tratamiento con Azitromicina + Rifampicina + Etambutol, tres veces a la semana
- c) Estudio de sensibilidad a macrólidos. Tratamiento con Azitromicina + Rifampicina + Etambutol, tres veces a la semana
- d) Estudio de sensibilidad a Rifampicina. Tratamiento diario con Rifampicina + Etambutol + moxifloxacino

Tras explicar la pauta de tratamiento, riesgos, posibles efectos secundarios y duración del mismo, la paciente rechaza la propuesta y prefiere hacer seguimiento ambulatorio de su patología.

Dos años después ingresa por cuadro de expectoración hemoptoica y pérdida de 3 Kg de peso, con la siguiente radiografía de tórax

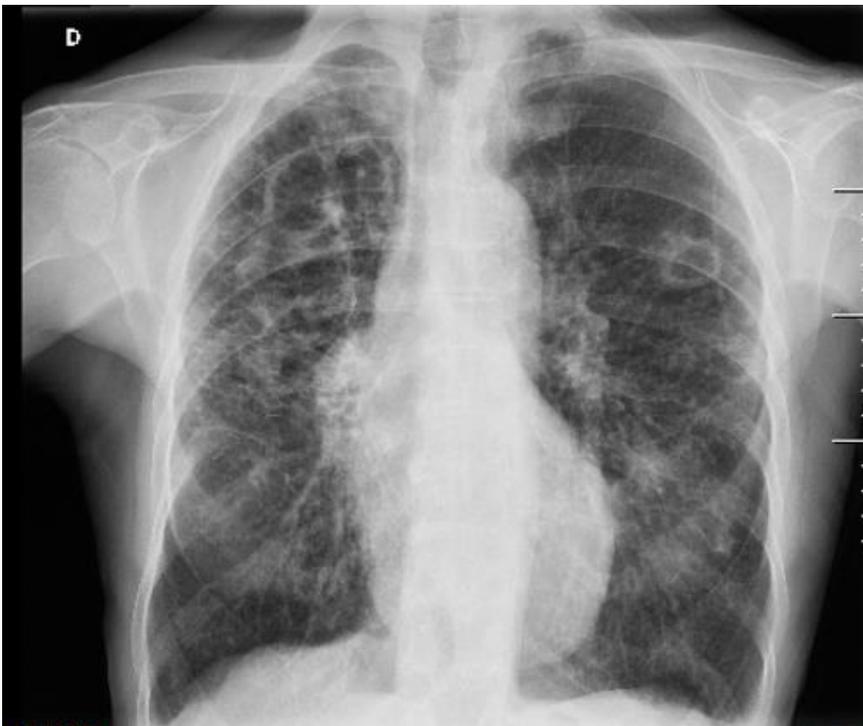


Imagen 2

Se realiza broncoscopia donde se exploran ambos árboles bronquiales sin observarse lesiones endoluminales, pero sí secreciones mucosas blanquecinas-amarillentas. Mucosa bronquial de aspecto inflamatorio, sobre todo en ambos bronquios lobares superiores. Se realiza BAL no reglado instilando 100cc en bronquio segmentario posterior de LSD donde se aísla el mismo microorganismo que en el primer esputo recogido dos años atrás.

La paciente en este momento está conforme con iniciar tratamiento dirigido

**Pregunta 17.- ¿Qué pauta de tratamiento considera indicada en la situación clínica actual?**

- a) Tratamiento con Azitromicina lunes-miércoles-viernes + Rifampicina y Etambutol diario. Añadir Amikacina endovenosa 3 veces/semana los 2-3 primeros meses
- b) Tratamiento diario con Azitromicina + Rifampicina + Etambutol
- c) Tratamiento diario con Azitromicina + Rifampicina + Etambutol. Añadir Amikacina endovenosa 3 veces/semana los 2-3 primeros meses
- d) Tratamiento diario con Rifampicina + Etambutol + moxifloxacino. Añadir Amikacina endovenosa 3 veces/semana los 2-3 primeros meses

**Pregunta 18.- En el estudio etiológico de la patología de base se detecta un nivel de alfa-1Antitripsina de 20 mg/dL, confirmándose genotipo Pi\*ZZ ¿qué pauta de tratamiento de reposición con alfa-1Antitripsina humana considera adecuada, una vez descartado déficit de IgA?:**

- a) 60 mg/Kg cada 14 días endovenoso
- b) 60 mg/Kg cada 21 días endovenoso
- c) 120 mg/Kg cada 14 días endovenoso
- c) 120 mg/Kg cada 21 días endovenoso

**Pregunta de Reserva 3.- En caso de persistir cultivos positivos para el microorganismo que nos ocupa tras 6 meses de tratamiento correcto, elija la opción terapéutica indicada:**

- a) Resección quirúrgica
- b) Asociar amikacina liposomal inhalada
- c) Mantener la pauta de tratamiento sin cambios
- d) Añadir moxifloxacino