

**CONVOCATORIA CONCURSO-OPOSICIÓN
F.E.A. NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
SNS-O**

(Resolución 1109E/2020, de 13 de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, BON número 254 de 30 de octubre de 2020)

**PRUEBA DE CASOS CLÍNICOS
23 de octubre de 2021**

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE
MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

CASO CLÍNICO 1 (16,5 puntos)

MLC es un varón de 81 años.

AP: Anosmia desde 2017. Temblor, rigidez y acinesia progresivos desde 2018. Diagnosticado de Enfermedad de Parkinson en 2018, bien controlado, en tratamiento con Madopar.

Acude a la consulta refiriendo dormir mal, se despierta frecuentemente sobre todo en la segunda parte de la noche. Se levanta con sensación de no haber descansado. Le ocurre desde hace 6 meses, al principio ocasionalmente pero cada vez es peor, actualmente ocurre a diario.

Su mujer refiere que mientras duerme en la cama da vueltas y mueve las piernas y los brazos, como si estuviera intranquilo. Antes no lo hacía. En este periodo, durante los episodios ni se ha caído ni se ha bajado de la cama. No le ha oído hablar en sueños. No ronca ni ha observado que deje de respirar. Resto de anamnesis por aparatos normal.

Exploración: sus funciones cognitivas han empeorado mínimamente con respecto a controles de hace un año, pero aun se consideran normales. Discretos signos de rigidez. Resto de exploración por aparatos sin anomalías.

1. A continuación, y exclusivamente con los datos que se han proporcionado, expresa con brevedad si estás de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones, si te parecen una opción diagnóstica a tener en cuenta en este caso clínico, y por qué (3,2 puntos):

1.1. Los pacientes con Enfermedad de Parkinson (EP) asocian apneas de sueño con más frecuencia que la población general de su misma edad.

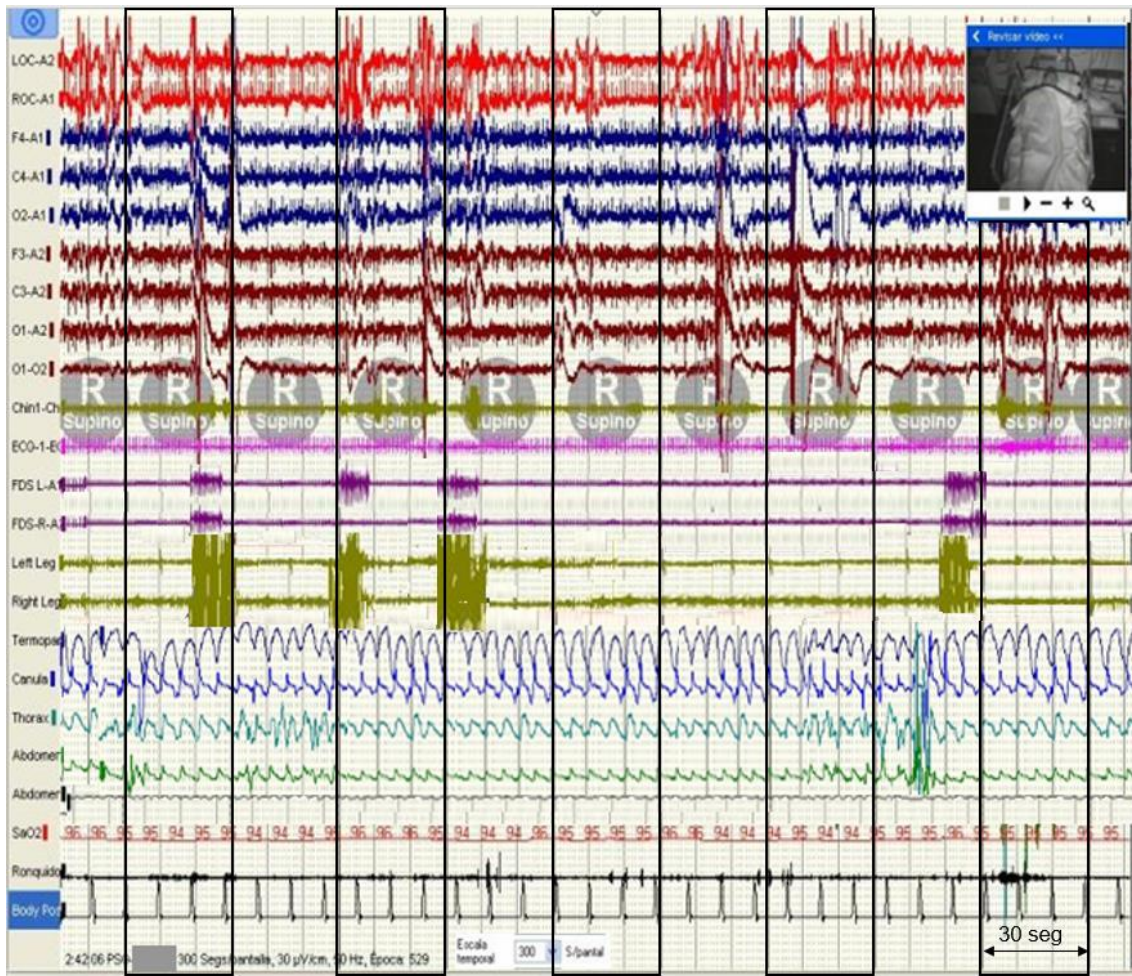
1.2. En pacientes con EP, el insomnio de mantenimiento es el trastorno de sueño más frecuente.

1.3. La parasomnia más común de los pacientes con EP es el Trastorno de conducta de sueño REM.

1.4. Los pacientes con EP, asocian un Síndrome de piernas inquietas con más frecuencia que la población general de su misma edad.

Continuamos con el caso...

Se realizan análisis de sangre y orina que son normales. Además, se le practica un estudio polisomnográfico, con registro EMG en Chin (músculo mentalis), ambos FDS (Flexor superficial del antebrazo), y ambas leg (tibial anterior). La siguiente imagen muestra 5 minutos de trazado PSG de su segunda fase REM. En dicho periodo el video muestra movimientos bajo la sabana mal definidos sin otra clínica que llame la atención.

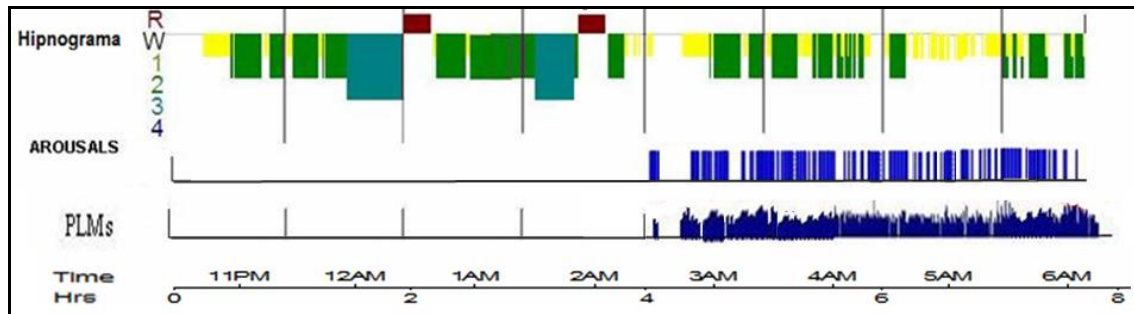


2. Atendiendo a los hallazgos que proporciona las épocas de PSG y/o el video, responde si cada una de las siguientes afirmaciones se ajustan a lo que se muestra en esas épocas, y justifica brevemente por qué (3,2 puntos).

- 2.1. Se evidencian movimientos periódicos de las extremidades en REM.**
- 2.2. Se evidencia un trastorno del comportamiento de fase REM.**
- 2.3. Se evidencia un REM sin atonía.**
- 2.4. Se evidencia un temblor hipnagógico de los pies (y manos).**

Continuamos con la exposición del caso...

A continuación, se muestra el hipnograma completo del estudio de PSG realizado a nuestro paciente, el resumen de microdespertares-arousals (Índice de arousal 22) y el resumen de los movimientos periódicos de piernas (PLMs) (Total PLMs: 248; Índice de PLMs 31; Índice de arousal por PLMs 29), codificados según criterios de la AASM.



3. Atendiendo exclusivamente a la imagen y a los datos proporcionados en este apartado, comenta brevemente:

3.1 Los hallazgos de cada una de los tres parámetros que se muestran (1,2 puntos).

3.2- Relaciónalos entre sí (1,1 puntos).

3.3- Indica que diagnósticos sugieren (1,2 puntos).

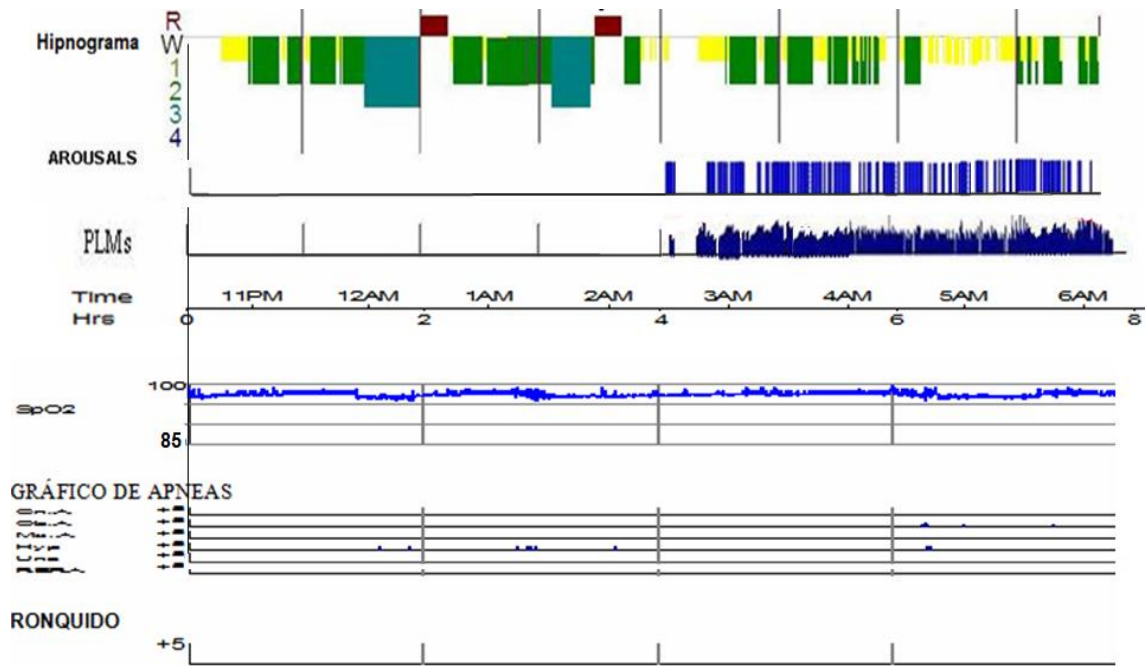
Continúa el caso...

Además de los diagnósticos que se hayan podido realizar hasta ahora, se somete al paciente a una nueva anamnesis dirigida y se llega a la conclusión de que tiene sintomatología vespertina de un Síndrome de piernas inquietas desde hace varios meses.

4. Se sospecha en ese momento que su cuadro estuviera relacionado con un fenómeno de potenciación o aumento (*augmentation*).

Enumera 5 condiciones que se deberían cumplir para confirmar que se trata este fenómeno (3,3 puntos) (las tres primeras condiciones correctas que se enumeren se valorarán con 0,6 puntos cada uno, la cuarta con 0,7, y la quinta con 0,8)

Para finalizar, se DESCARTA que se trate de un fenómeno de potenciación. A continuación, se proporciona el resumen del análisis PSG completo



5. Con los datos clínicos, la imagen de los periodos de sueño REM del sujeto, y los datos proporcionados del análisis de la PSG y su resumen, ¿Cuál crees que es la causa primaria más probable del trastorno de sueño del sujeto? ¿y qué relación tiene con los diagnósticos que has emitido? (3,3 puntos). Justifique brevemente la respuesta.

CASO CLÍNICO 2 (16,5 puntos)

Una mujer de 51 años acude a la consulta porque lleva notando dolor muscular y de las articulaciones durante varias semanas. Además, nota dificultad para subir las escaleras y para incorporarse de una silla. No tiene dificultad en el manejo de los brazos.

No hay historia familiar de trastornos similares y no tiene antecedentes patológicos de interés.

En el examen físico hay una debilidad de 4/5 en músculos proximales de ambas extremidades inferiores y de 4+/5 en el resto (incluidos músculos de las extremidades superiores). La coordinación y sensibilidad son normales. Los reflejos osteotendinosos son hipoactivos (de 1+/4) y simétricos. Los reflejos cutáneos plantares son flexores.

1. El paciente presenta una debilidad de predominio proximal y en extremidades inferiores. ¿Qué trastornos presentan ese patrón de afectación? (3,6 puntos) Justifique brevemente la respuesta.

Continuamos con el caso...

El estudio de laboratorio muestra:

- ANA positivos
- Aumento de: velocidad de sedimentación, de transaminasas, LDH y CPK (esta última por 10)

Se hace un estudio neurofisiológico de velocidades de conducción en miembros superiores e inferiores y un estudio EMG:

- Las velocidades de conducción motora y sensitiva son normales
- En el EMG de los músculos braquiorradial derecho y ambos cuádriceps hay positivos y fibrilaciones, así como descargas complejas repetitivas en reposo. Los PUMs son de amplitud baja y duración corta y normal
- En el EMG del músculo extensor común de los dedos se registran positivos y fibrilaciones en reposo. Los PUMs son de parámetros normales

En el EMG de gemelo interno derecho no se registra actividad en reposo y los PUMs son de parámetros normales

2. Con estos datos adicionales, ¿qué miopatías considera más probables? y, entre ellas, ¿cuál sería su sospecha diagnóstica? (6 puntos). Justifique brevemente la respuesta.

3. ¿Qué datos clínicos y de las exploraciones apoyarían dicho diagnóstico? (3,6 puntos) Justifique brevemente la respuesta.

4. Señale solamente dos pruebas diagnósticas que considere imprescindibles para llegar al diagnóstico definitivo (1,8 puntos). En caso de señalar más pruebas de las solicitadas, se puntuará esta pregunta con 0 puntos.

5. Una vez hecho el diagnóstico definitivo, ¿qué exploraciones adicionales recomendaría? (1,5 puntos) Justifique brevemente la respuesta.