

**CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
Facultativo Especialista de Área
De Neurología**

(Resolución 1109E/2020, de 13 de Octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

PRUEBA: CASOS CLÍNICOS

23 de octubre de 2021

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

Caso nº 1 (11 Puntos)

Paciente de 59 años con antecedentes personales de HTA, sarcoma de partes blandas (en muslo) de bajo grado diagnosticado a los 55 años, tratado con braquiterapia perioperatoria y radioterapia externa (50 Gy).

El paciente consulta por un episodio que describe como de sensación de irrealidad, que se repite a los dos días seguido de una crisis epiléptica generalizada, se inicia tratamiento con eslicarbacepina. Unos días después presenta un episodio de detención del lenguaje, desviación de comisura bucal y parestesias y debilidad en brazo derecho de unos 5 minutos de duración, pero no consulta. Un mes después vuelve a presentar 3 crisis epilépticas y se sustituye eslicarbacepina por valproato.

Al mes siguiente se le aprecia lento desde el punto de vista mental y motor, le cuesta expresarse verbalmente y le ha cambiado el carácter, además está torpe para bajar escaleras.

En la exploración se muestra alerta, tranquilo, perceptivo, colaborador, orientado y con funciones mentales superiores por conversación normales con lenguaje normal. Se aprecia paresia facial central derecha, reflejo de hociqueo exaltado, temblor postural fino y simétrico en ambas extremidades superiores, no mioclonías, no dismetría, fuerza y reflejos musculares profundos normales, RCP en flexión, marcha algo torpe, no claramente atáxica.

A lo largo de los dos meses siguientes sigue empeorando lentamente desde el punto de vista motor e ingresa. A la semana de hospitalización presenta una crisis epiléptica generalizada seguida de una retención aguda de orina y anestesia en dermatomas sacros, dolor radicular en extremidades y paraparesia.

Se inicia tratamiento con bolos de esteroides con buena respuesta.

Exploraciones:

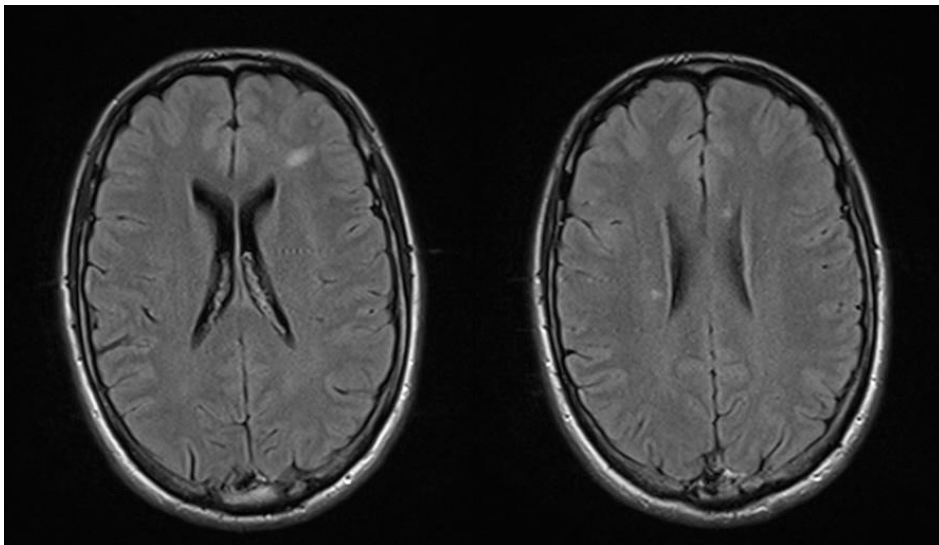
Análisis: hemograma muestra leve anemia y trombopenia, sodio 118, beta2microglobulina 3352, PSA y resto de marcadores tumorales normales, ANAS y ENA normales, proteínas 53, albúmina 3,4, proteinograma normal, ECA 183, perfil celíaco y hormonas tiroideas normales,

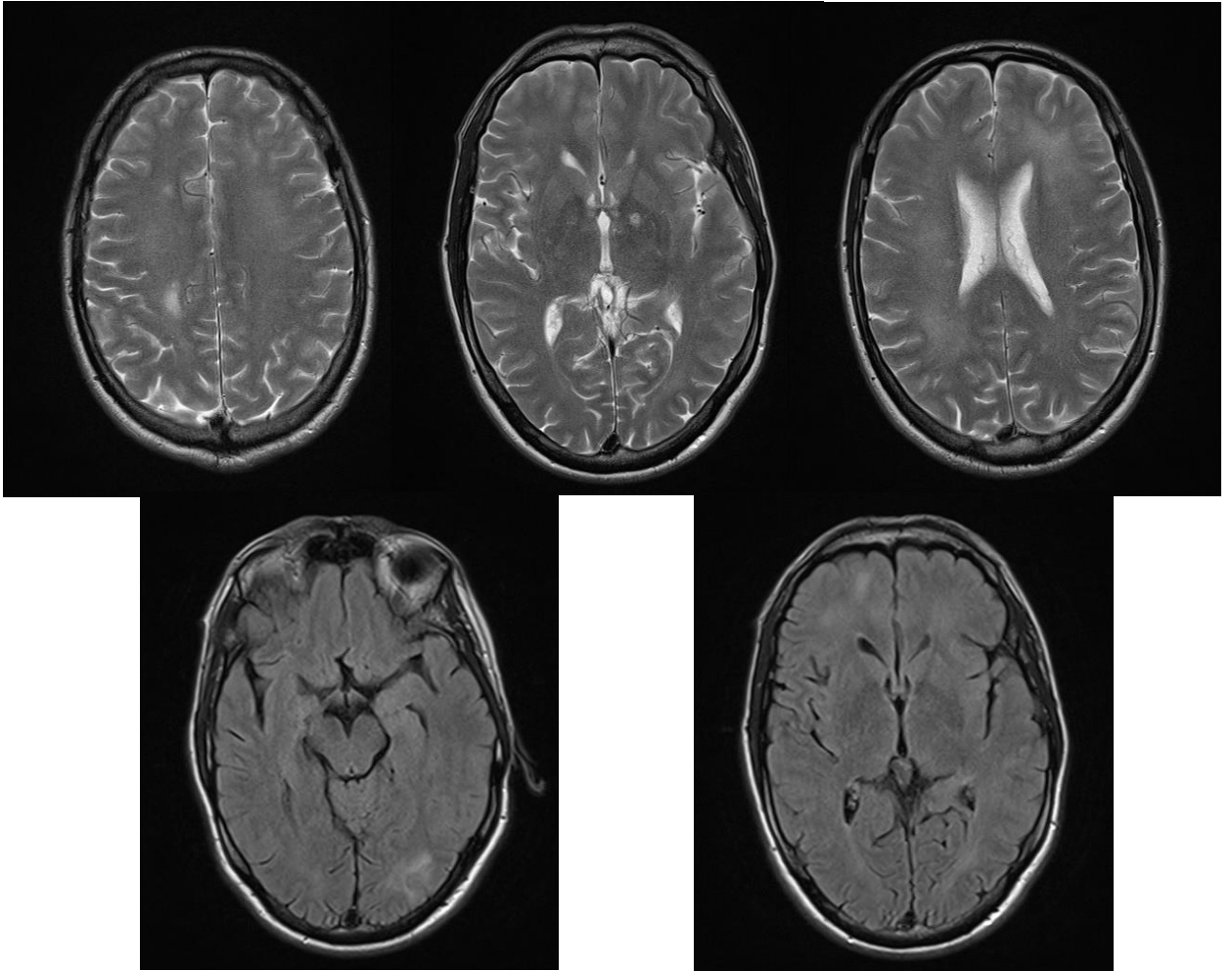
LCR: 3 leucocitos, glucosa 55 mg/dL, proteínas 86 mg/dL.

EEG: Actividad de fondo normal (9 Hz, 40 µV). Durante la hiperventilación, sobre todo en la segunda mitad de la misma, aparecen brotes lentos (theta-delta) en regiones medias y anteriores y algunas ondas lentas focales temporales izquierdas. No se observan complejos periódicos ni actividad epileptiforme (similar al realizado 4 meses antes)

TC toracoabdominopélvico: normal

RM craneal:





Preguntas

1. Indique el diagnóstico sindrómico.
2. ¿Qué pruebas o exploraciones solicitaría?
3. ¿Qué diagnósticos etiológicos le parecen más probables en este caso?

Caso nº 2 (11 Puntos)

Mujer de 21 años. Sin antecedentes de interés. Tomadora de anticonceptivos orales. No refiere uso de sustancias ni tabaquismo. Cefalea esporádica de características tensionales.

Es valorada por clínica de inestabilidad de inicio brusco en el transcurso de una clase en el gimnasio donde había realizado un ejercicio de carga sobre miembros superiores. Refería cervicalgia izquierda y ligera cefalea. La clínica se había iniciado 35 minutos antes de su llegada a urgencias. Es el responsable del gimnasio quien la trajo en su propio vehículo.

Se expresaba con dificultad con una voz bitonal ligeramente ronca. Expresaba dificultades para no atragantarse con su saliva y refería náuseas y vómitos al inicio de los síntomas.

En la exploración se apreciaba hipoestesia facial izquierda para el dolor y la temperatura pero en las extremidades la hipoestesia afectaba al hemicuerpo derecho. No se detectó oftalmoparesia ni nistagmus pero sí había un síndrome de Horner izquierdo.

No se detectaron alteraciones en el balance motor pero sí una ataxia troncular y una ligera disimetría en el miembro superior izquierdo.

No había alteraciones en las constantes. El estudio analítico de urgencias era normal. El TC basal era normal. Se descartó sangrado parenquimatoso o subaracnoideo. El Angio TC mostró la oclusión de un vaso específico.

Preguntas:

1.- En base a estos síntomas, la naturaleza de la lesión sugiere un ictus isquémico. Por favor, proporcione el epónimo con el que se define a este síndrome clínico, la localización esperable de la lesión responsable de la clínica, la arteria responsable, y que estructura considera dañada para que aparezca un síndrome de Horner en esta paciente

2.- Proponga el diagnóstico etiológico, el planteamiento terapéutico en la fase aguda y el tratamiento farmacológico preventivo secundario

Caso nº 3 (11 Puntos)

Mujer de 36 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que es traída a urgencias por su esposo que tras verla asintomática a las 08.30 horas a.m la encuentra a las 09.30 confusa y con dificultad para emitir el lenguaje con llanto intermitente y queja de cefalea.

A su llegada a urgencias la paciente se encuentra agitada y confusa. Se termometra fiebre de 37.8. Se realiza en urgencias un TC craneal que es normal. La analítica de sangre y orina no detectan alteraciones. Se realiza una PL (1 hematíe, 60 glucosa, 390 leucocitos (99% mononucleares, 1% polinucleares, 247 proteínas).

Pregunta nº 1: Realiza un diagnóstico sindrónico ante la clínica y los hallazgos exploratorios.

Pregunta nº 2: Realiza un diagnóstico diferencial del proceso que presenta la paciente.

Se inicia cobertura antibiótica y antivírica con recuperación completa de la sintomatología neurológica y resolución de la cefalea. Los estudios microbiológicos de LCR son negativos. Es dada de alta con diagnóstico de meningitis vírica de etiología desconocida resuelta.

A los 10 días presenta nuevo episodio de inicio nocturno de desorientación progresiva, cefalea intensa, vómitos y parestesias peribucales. A su llegada a urgencias está confusa y agitada. No ha tenido fiebre. Su esposo refiere que durante esta semana ha presentado en dos ocasiones cefalea con náuseas y alteración sensitiva peribucal que ha cedido con AINES.

Se realiza nuevo TC craneal que es normal y otra PL (11 hematíes, 64 glucosa, 155 leucocitos (99% mononucleares, 1% polinucleares, 145 proteínas).

Pregunta nº 3: En este punto hacia qué entidad orientaríamos el diagnóstico.

Pregunta nº 4: Describe las características principales de este síndrome.