

**CONVOCATORIA  
CONCURSO-OPOSICIÓN DEL  
PUESTO DE TRABAJO DE  
FACULTATIVO ESPECIALISTA DE  
ÁREA EN REUMATOLOGÍA**

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

**PRUEBA: CASOS CLÍNICOS**

**9 de octubre de 2021**

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



## CLASO CLÍNICO 1

(11 puntos)

Paciente mujer de 32 años de edad con antecedentes durante 4 años de artritis monoarticular recurrente y alternante en rodillas, autolimitados en 24-48 horas tras la ingesta de AINE, encontrándose asintomática en periodos intercríticos. Posteriormente, los episodios se localizaron en la rodilla derecha, incrementándose en frecuencia, por lo que recibió tratamiento con infiltraciones intraarticulares con acetato de triamcinolona, además de colchicina oral, que seguía de forma irregular. Ante la recurrencia, se realizó sinoviortosis con Itrio en rodilla derecha, permaneciendo asintomática durante un año, hasta presentar de nuevo artritis recurrente y episódica en rodilla izquierda, en 3 ocasiones. Tras el último episodio, hace 3 meses, ha persistido con dolor en rodilla izquierda, de ritmo mecánico y a la flexión completa.

Acude a consulta de Reumatología tras aparición de dolor y tumefacción en tobillo derecho.

A la anamnesis refería haber padecido una epicondilitis en codo derecho, resuelta tras recibir infiltración local, mialgias generalizadas, continuas, y sensación de “calambres” ocasionales en extremidades inferiores, así como prurito en el conducto auditivo externo. No refería clínica axial siendo la anamnesis para conectivopatías irrelevante. Tampoco refería antecedentes de psoriasis, propia ni familiar, ni otros antecedentes familiares de interés. Trabajadora en la limpieza, vive en medio rural, posee un perro, pero no ganado doméstico. G1P1A0

A la exploración física presentaba buen estado general, una presión arterial de 110/75 mmHg; la auscultación cardiaca era rítmica a 65 ppm, sin soplos. La auscultación pulmonar con normoventilación y sin ruidos añadidos, no se palpaba ni bocio ni adenopatías y el abdomen era blando, depresible, sin visceromegalias.

A nivel de aparato locomotor presenta una rodilla izquierda fría, con signo de la “oleada” +, con dolor al flexo completo y maniobras meniscales, negativas. En rodilla derecha signo de “oleada” dudoso y en tobillo derecho, tumefacción a nivel maléolo externo, con dolor a la flexoextensión.

Pruebas complementarias:

**Analítica:** Hemograma y VSG dentro de la normalidad. PCR 5,2mg/l (0-5), AST 21 U/L (5-34), ALT: 18 U/L (5-55), Fosfatasa alcalina 55 U/L (40-150), Filtrado glomerular CKD-EPI >90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>. Calcio 9 mg/dL (8,4-10,2), Fosfato 3,7 mg/dL (2,3-4,7), Magnesio 1,3 mg/dL (1,6-2,6), Potasio 2,5mg/dL (3,5-5,1), Calciuria 50 mg en 24 horas (100-300), 25 OH colecaciferol 17 ng/ml (20-60), PTH 62 Hierro 76 µg/dL (50-170), Transferrina 241 mg/dL (180-382). Índice saturación de transferrina: 22 % (16-45), Ferritina 35 µg/l (20-204).

HLA-B27, positivo. Factor Reumatoide, anti-CCP, ANA, anti-ENA, anti-DNA, negativos.

Serología para VHB, VHC, Borrelia y Brucella, negativas.

## Líquido Sinovial: rodilla izquierda

BIOQUÍMICA

LSi-Leucocitos, c: 4840 /mm<sup>3</sup>

LSi-Polimorfonucleares, w: 80%

LSi-Mononucleares, w: 20%

LSi-Glucosa, g: 84 mg/dL

LSi-Proteína, g: 3,8 g/dL

## Rodilla derecha

BIOQUÍMICA

LSi-Leucocitos, c: 1240 /mm<sup>3</sup>

LSi-Polimorfonucleares, w: 22 %

LSi-Mononucleares, w: 78 %

LSi-Glucosa, g: 84 mg/dL

LSi-Proteína, g: 3,8 g/dL

MICROBIOLOGÍA: Cultivos negativos bacterias y micobacterias



## Radiografías

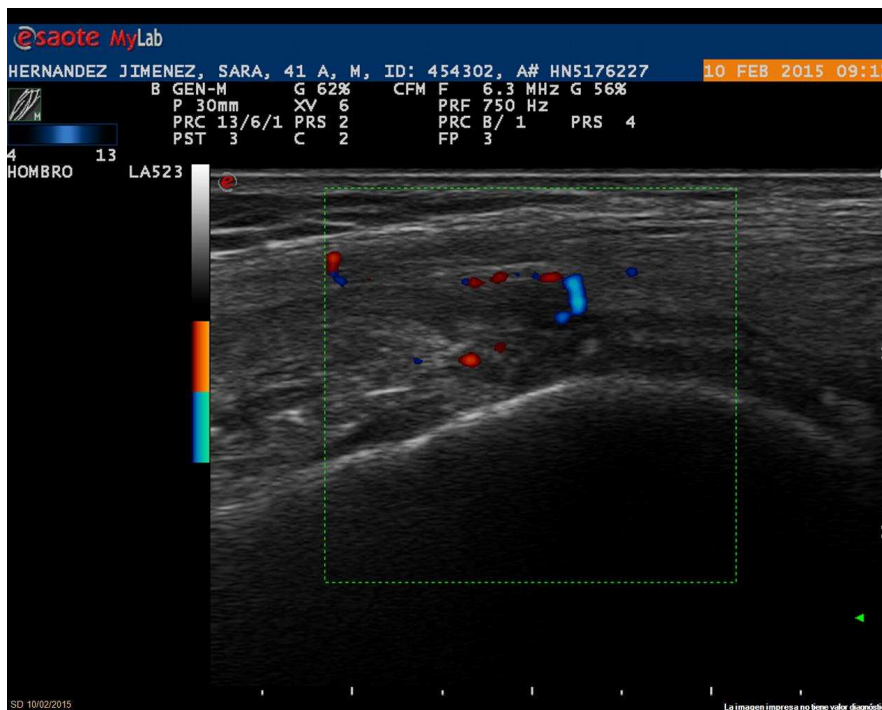






**ECOGRAFIA DE RODILLA IZQUIERDA:**

Tendones cuadricipital y rotuliano de grosor normal. A nivel suprapatelar, se identifica una hipocogenicidad mal delimitada que se acompaña de un aumento de la vascularización. Se compara con la rodilla contralateral en la cual se identifica mínima cantidad de líquido, sin claro componente inflamatorio asociado.



**RMN de tobillo derecho:** pequeño derrame en la tibioastragalina, subastragalina posterior y anterior, con extensión del líquido al seno del tarso. Pequeño ganglión en el compartimento interno, entre los tendones flexores.

Leve tenosinovitis del peroneo largo a nivel inframaleolar.



#### **PREGUNTAS:**

1. Establezca un diagnóstico diferencial a lo largo de todo el curso evolutivo. ¿Considera que se trata del curso natural de un único proceso? ¿Cuál sería el diagnóstico más probable con los datos aportados?
2. ¿Qué datos de la anamnesis y pruebas complementarias excluyendo los resultados analíticos considera relevantes?
3. ¿Qué dato de la exploración clínica presente en la paciente, además de los referidos, nos orientaría en el diagnóstico?
4. ¿Qué otra prueba diagnóstica debería haber realizado?
5. Una vez establecido un diagnóstico, ¿qué tratamiento inicial sería más adecuado?



## CLASO CLÍNICO 2

(11 puntos)

Imagen 1

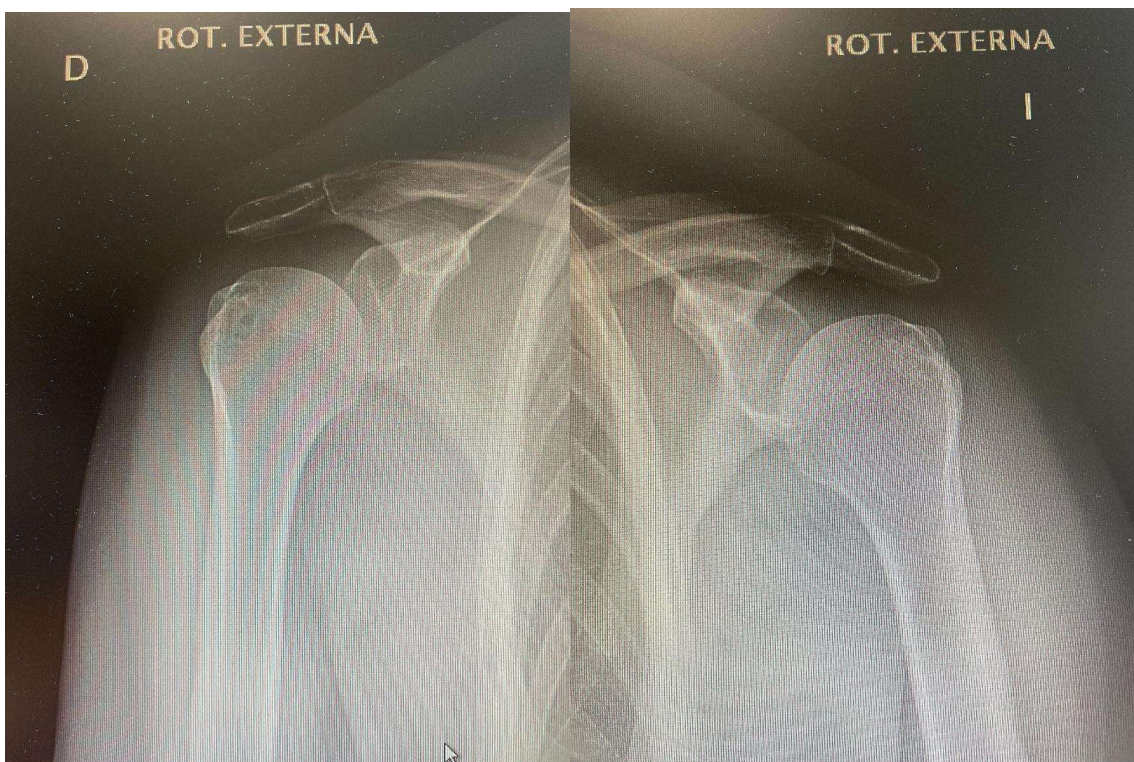
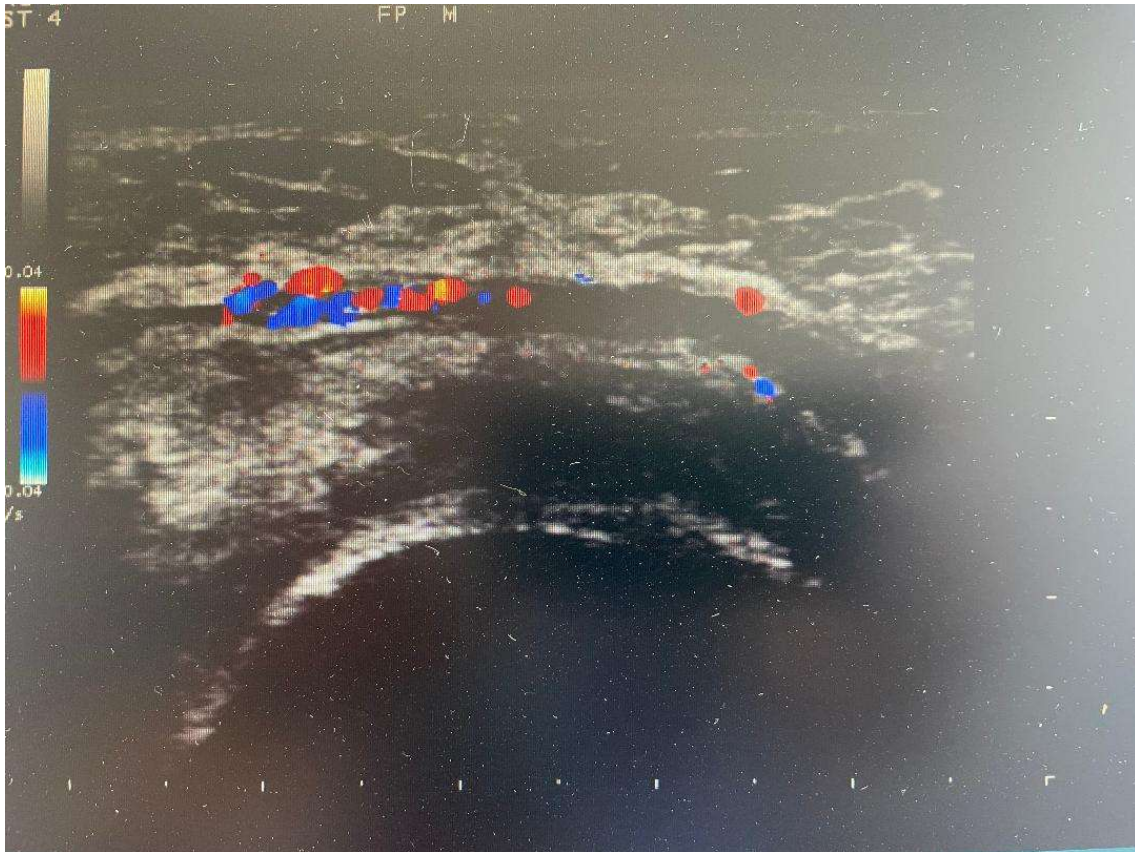


Imagen 2



La imagen 1 (radiografía simple de hombros) y la imagen 2 (corte ecográfico cuya línea “blanca” inferior es la cabeza humeral) presentes representan los estudios de imagen de un paciente.

A partir de esta información, trate de responder a las siguientes cuestiones:

1. Realice un breve informe radiológico y ecográfico, describiendo lo que se observa, y la conclusión diagnóstica más probable (podría ser que existan diferentes patologías). También qué otros hallazgos ecográficos se podrían encontrar o se deberían buscar (sistemática de la exploración a realizar).
2. Con el diagnóstico radiológico y ecográfico, haga un planteamiento de la clínica más probable del paciente, el perfil del mismo y el diagnóstico/s clínico/s que cree que pudiera presentar.
3. Desarrolle la/s patología/s que puedan estar detrás del caso (etiopatogenia, clínica, pruebas de estudio, diagnóstico, tratamiento, prevención, pronóstico).

## CLASO CLÍNICO 3

(11 puntos)

### Clínica

- Varón de 82 años, diabético tipo II
- Motivo de ingreso
  - disminución de la visión total bilateral (de 8 horas de evolución)
  - precedida de episodios de amaurosis fugax (en los 3 días precedentes)
  - Clínica acompañante:
    - cefalea intensa / engrosamiento arteria temporal (1 semana de evolución)
    - claudicación mandibular
    - Examen oftalmológico, fondo de ojo: compatible con neuropatía isquémica óptica bilateral

### Analítica

- Hemograma: anemia normocítica-normocrómica
- Bioquímica de sangre y orina: normal
- VSG: 63 mm 1h
- Test inmunológicos, negativos o normales (ANCA, ANA, antifosfolípidos, ...)

### PREGUNTAS:

1. **¿Cuál es la primera sospecha diagnóstica? ¿Qué pruebas adicionales pediría? Explique peculiaridades técnicas de estas pruebas, y los hallazgos esperables de cada una de las peticiones tanto si es una prueba de imagen como de anatomía patológica.**
2. **Si se pide una biopsia de la arteria temporal, ¿debemos esperar a poner corticoides para evitar la interferencia esteroidea en la biopsia?**
3. **Si pauta corticoides, ¿qué dosis pondría, sería razonable pautarla cada 2 días al ser diabético para ahorrar dosis? ¿Hay opciones de recuperación visual?**
4. **El paciente presenta descompensación diabética de difícil control, ¿utilizaría metotrexato? ¿Qué opciones terapéuticas hay para ahorrar esteroides? ¿Cuál es la pauta indicada?**
5. **En la evolución el paciente presenta reactivación con dolor dorsal, lumbar irradiado a muslos y claudicación intermitente en extremidades inferiores. También presenta aumento de reactantes de fase aguda. ¿Qué cuadros clínicos descartaría? ¿Qué pruebas confirmatorias pediría?**