

Dosis ENARM

- Ibarra-Núñez, Pedro Josel¹
- Campos Mariz, Héctor Alejandro¹
- Galván Escoto, José Alan Fernando¹
- López Valencia, Karla Alejandra¹

¹ Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara. Tonalá, Jalisco, México.

Medicina interna

Femenino de 45 años. Desde hace seis meses presenta pérdida de peso, dolor abdominal tipo cólico y evacuaciones con sangre de manera intermitente. Refiere también artralgias en distintas articulaciones. Hace tres días, el dolor de intensidad moderada se localiza en fosa ílica derecha, lo que provoca que la paciente se sienta mal. Se agrega fiebre de 38.3 °C. A la exploración física, se encuentra con diaforesis, abdomen globoso, peristalsis disminuida y masa dolorosa en la fosa y flanco derechos. Laboratorio: Hb 11g/dl; leucocitos 16,000; neutrófilos 13,400; linfocitos 1,600; DHL 520; anticuerpos antineutrófilos negativos, y anticuerpos anti-Saccharomyces positivos.

Datos pivote: Femenino de 45 años de edad; seis meses con pérdida de peso; dolor abdominal tipo cólico y evacuaciones con sangre de manera intermitente; artralgias; tres días con dolor de intensidad moderada en fosa ílica derecha; fiebre de 38.5 °C; diaforética; peristalsis disminuida y masa dolorosa en fosa ílica; flanco derecho con anticuerpos antisacaromices positivos.

1. Es el diagnóstico clínico más probable:

BAJO

- a) Enfermedad de Crohn.
- b) Enfermedad mixta del tejido conectivo.
- c) Enfermedad intestinal inflamatoria.
- d) Colitis ulcerativa crónica.

Respuesta: Enfermedad de Crohn.

Los anticuerpos anti-Saccharomyces positivos se encuentran entre 41 y 76% de los pacientes con enfermedad de Crohn, mientras que sólo están en 5% de los pacientes con colitis ulcerosa. El cuadro clínico es muy diverso, por lo que al realizar el interrogatorio y la exploración física se deberá ser muy enfáticos (Longo *et al.*, 2012). Hay que prestar especial atención a la presencia de: fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal, defecaciones líquidas y resecciones quirúrgicas previas. Las características de la enfermedad de Crohn son: lesiones en la mucosa, úlceras aftosas, úlceras serpiginosas, estrelladas y en empedrado (Papadakis & McPhee, 2013).

2. El tratamiento de elección en este caso es:

MEDIO

- a) Azatioprina.
- b) Metilprednisolona.
- c) Sulfasalazina.
- d) Metotrexato.

Respuesta: Metilprednisolona.

Una vez establecido el diagnóstico de enfermedad de Crohn, serán importantes algunas consideraciones para definir el tipo de tratamiento. Primero, para evaluar la enfermedad activa, se ha decidido estratificarla en “leve”, “moderada” y “severa”, con base en las es-

calas validadas del CDAI (cálculo del índice de actividad de la enfermedad de Crohn) y el índice de Harvey-Bradshaw. Para el tratamiento de la enfermedad de Crohn se dispone de las siguientes herramientas: compuestos 5-amino salicílicos, esteroides, inmunomoduladores, terapia biológica, manejo quirúrgico. Actualmente, la base para la inducción del tratamiento de la enfermedad de Crohn activa, de moderada a severa, son los esteroides (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC], 2014).

3. En caso de no responder a esteroides, ¿cuál será el tratamiento indicado como terapia de inducción?

ALTO

- a) Azatioprina.
- b) Metilprednisolona.
- c) Sulfasalazina.
- d) Metotrexato.

Respuesta: Metotrexato.

SEl metotrexato como monoterapia puede ser útil en aquellos pacientes con enfermedad de Crohn moderada en quienes ha fallado el tratamiento con esteroides (refractarios, dependientes o intolerantes) y no alcanzan la remisión (CENETEC, 2014).

Pediatría

Paciente masculino de dos años de edad que presenta fiebre de 39.5°C de cuatro días de evolución, afectación al estado general e irritabilidad. A la exploración física, presenta hiperemia conjuntival bilateral sin secreción, enrojecimiento bucal con hiperemia faríngea sin exudados, adenopatía cervical derecha de 2 cm de diámetro. Se inicia tratamiento con penicilina. A los dos días comienza con exantema maculopapular en tronco, extremidades sin edema, con ligera hiperemia en palmas y plantas, y lengua aframbuesada.

Datos pivote: Fiebre >5 días; exantema polimorfo; hiperemia conjuntival; enrojecimiento en cavidad oral; lengua aframbuesada; linfadenopatías; eritema en palmas y plantas.

1. ¿Cuál es el diagnóstico clínico más probable?

BAJO

- a) Rubeola.
- b) Escarlatina.
- c) Enfermedad de Kawasaki.
- d) Exantema súbito.

Respuesta: Enfermedad de Kawasaki.

Enfermedad de etiología desconocida, autolimitada, cuyo diagnóstico se realiza por criterios: a) Fiebre persistente ≥ 5 días. b) Cuatro o más de los siguientes: 1) cambios en extremidades: eritema en palmas y plantas, edema de manos y pies, descamación periungueal; 2) exantema polimorfo; 3) hiperemia conjuntival bulbar bilateral sin exudado; 4) cambios en labios y cavidad oral: labios eritematosos y agrietados, lengua en frambuesa, hiperemia difusa de la mucosa oral y faríngea; 5) linfadenopatía cervical >1.5 cm de diámetro, habitualmente unilateral. c) Exclusión de otras enfermedades con características similares (CENETEC, 2015).

2. De acuerdo a su respuesta anterior, ¿qué opción es cierta?

ALTO

- a) Se trata de una vasculitis de grandes vasos que afecta principalmente arterias renales y aorta.
- b) La complicación más grave es la afectación cardíaca con formación de aneurismas coronarios.
- c) Las células implicadas en la lesión a vasos incluyen linfocitos B, *natural killer* y mastocitos.
- d) El diagnóstico definitivo requiere de biopsia de las arterias afectadas.

Respuesta: La complicación más grave es la afectación cardíaca con formación de aneurismas coronarios.

La afectación cardíaca genera aneurismas coronarios. Los aneurismas de vasos coronarios son la complicación más grave de la enfermedad coronaria y generalmente se detectan primero por ecocardiografía. Pueden generar de forma tardía estenosis, trombosis y cardiopatía isquémica, y ser causa de muerte súbita (Newburguer, Ferranti & Fulton, 2020).

3. ¿Qué opción corresponde al tratamiento adecuado?

MEDIO

- a) Inmunoglobulina iv 2g/kg.
- b) AAS 80-100 mg/kg/día en cuatro tomas.
- c) Inmunoglobulina iv 2g/kg/día + AAS 80-100 mg/kg/día en cuatro tomas.
- d) Infliximab 6 mg/kg.

Respuesta: Inmunoglobulina iv 2g/kg/día + AAS 80-100 mg/kg/día en cuatro tomas.

En los pacientes con enfermedad de Kawasaki administrar inmunoglobulina iv a dosis de 2g/kg al realizarse el diagnóstico y preferentemente antes de los 10 días del padecimiento, así como ácido acetilsalicílico de la siguiente forma: dosis inicial de 80 a 100 mg/kg/día (en cuatro tomas) hasta 48 horas después de la remisión de la fiebre, y después de la remisión de la fiebre utilizar dosis de 3 a 5 mg/kg/día (en una sola toma) por seis a ocho semanas (CENETEC, 2015; Newburguer *et al.*, 2020).

Ginecología y obstetricia

Femenino de 27 años acude al servicio de urgencias por presentar flujo transvaginal grumoso, blanquecino, acompañado de prurito intenso. A la exploración física se observa inflamación, edema vaginal, escoriaciones y lesiones satélites en vulva.

Datos pivote: Femenino de 27 años; flujo vaginal grumoso y blanquecino; inflamación; edema vaginal; lesiones satélites en vulva.

1. ¿Cuál es el diagnóstico en esta paciente?

MEDIO

- a) Cervicovaginitis viral.
- b) Vaginosis bacteriana.
- c) Tricomoniasis vaginal.
- d) Candidiasis vulvovaginal.

Respuesta: Candidiasis vulvovaginal.

La candidiasis vaginal se caracteriza por ser una infección oportunista del epitelio estrogenizado de la vagina y el vestíbulo. Se aísla principalmente *Candida albicans*, con flujo vaginal blanco grumoso y sin olor, ardor vulvar, disuria y dispareunia, e inflamación del epitelio (CENETEC, 2019).

2. ¿Cuáles de los siguientes hallazgos esperaría encontrar?

MEDIO

- a) Prueba con KHO al 10% (-) y pH vaginal <4.5.
- b) Prueba con KHO al 10% (+) y pH vaginal >4.5.
- c) Prueba con KHO al 10% (+) y pH vaginal <4.5.
- d) Prueba con KHO al 10% (-) y pH vaginal >4.5.

Respuesta: Prueba con KHO al 10% (-) y pH vaginal <4.5

En el caso de vaginosis bacteriana, la prueba con KHO al 10% es positiva y el pH es >4.5; y en el caso de tricomoniasis vaginal, la prueba con KHO al 10% no siempre es positiva y el pH es >4.5 (CENETEC, 2019).

3. ¿Cuál es el tratamiento de elección en este paciente?

ALTO

- a) Fluconazol.
- b) Metronidazol.
- c) Sintomático.
- d) Ceftriaxona.

Respuesta: Fluconazol.

El tratamiento de candidiasis vaginal no complicada leve y moderada debe ser tratada con los siguientes esquemas: nistatina de 100,000, una tableta u óvulo vaginal por 14 días; fluconazol de 150 mg por vial oral DU; itraconazol de 200 mg vía oral, dos veces al día durante un día; isoconazol de 600 mg, óvulo vaginal, dosis única (CENETEC, 2019).

Cirugía general

Masculino de 60 años de edad acude por presentar vómitos en cuatro ocasiones desde hace 10 horas acompañados de dolor abdominal y distensión. Refiere no presentar evacuaciones ni canalizar gases desde hace 36 horas. Con antecedente de DM, obesidad y apendicetomía hace cinco años. A la exploración física, notable distensión abdominal, aumento de ruidos peristálticos, timpánico.

Datos pivote: Vómitos en cuatro ocasiones desde hace 10 horas acompañados de dolor abdominal; no presenta evacuaciones ni canaliza gases desde hace 36 horas; antecedente de cirugía previa.

1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en este paciente?

BAJO

- a) Colecistitis crónica litiásica.
- b) Apendicitis aguda.
- c) Obstrucción intestinal.
- d) Pancreatitis.

Respuesta: Obstrucción intestinal.

La oclusión intestinal se define como la interrupción del tránsito intestinal, lo que impide expulsar gases y heces por el recto. El bloqueo de la luz intestinal se da en su mayoría por factores extrínsecos (adherencias, hernia inguinal, hernia de pared estrangulada) y, en pocas ocasiones, por obstrucción de la luz (CENETEC, 2012).

2. Los laboratoriales reportan leucocitosis con neutrofilia y la radiografía muestra niveles hidroaéreos en región distal del intestino; ¿a qué nivel se encuentra la obstrucción?

MEDIO

- a) Intestino delgado.
- b) Duodeno.
- c) Píloro.
- d) Colon.

Respuesta: Intestino delgado.

La obstrucción intestinal completa del intestino delgado (sin evidencia de aire en el intestino grueso) en la radiografía de abdomen muestra asas de intestino delgado y grueso con gas abundante y dilatadas, pudiendo mostrar niveles hidroaéreos si se realiza en bipedestación. Oclusión de intestino delgado (70%) con gas en colon y oclusión en colon (30%), sin aire distal o en colon (CENETEC, 2012).

3. ¿Cuál sería el procedimiento a seguir?

ALTO

- a) Laparotomía exploratoria.
- b) Radiografía de abdomen.
- c) Tomografía abdominal.
- d) SNG y reposición hidroelectrolítica.

Respuesta: SNG y reposición hidroelectrolítica.

El 90% de la obstrucciones del intestino delgado se resuelven con SNG y reposición hidroelectrolítica. En caso de no resolverse o aparecer signos de isquemia o perforación, está indicada la intervención quirúrgica (Tavakkoli, Ashley & Zinner, 2010).

Referencias

- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (2012). *Diagnóstico y tratamiento de oclusión intestinal por adherencias postquirúrgicas en el adulto en segundo nivel de atención. Guía de Práctica Clínica*. Secretaría de Salud. <http://dcs.uqroo.mx/paginas/guiasclinicas/gpc/docs/ISSSTE-359-12-ER.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (2014). *Diagnóstico y tratamiento enfermedad de Crohn en población adulta. Guía de práctica clínica*. Secretaría de Salud. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-723-14/ER.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (2015). *Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Kawasaki en el primero, segundo y tercer nivel de atención (síndrome mucocutáneo linfonodular). Guía de práctica clínica*. Secretaría de Salud. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/395GER.pdf>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (2019). *Diagnóstico y tratamiento de candidosis vulvovaginal en mujeres mayores de 12 años. Guía de práctica clínica*. Secretaría de Salud. <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-IMSS-609-19/ER.pdf>
- Longo, D.L., Fauci, A.S., Kasper, D.L., Hauser, S.L., Jameson J.L., Loscalzo, J. (2012). *Harrison. Principios de medicina interna*, 18a edición. McGraw-Hill.
- Newburguer, J.W., Ferranti, S.D. & Fulton, D.R. (2020). Cardiovascular sequelae of Kawasaki disease: clinical features and evaluation. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/cardiovascular-sequelae-of-kawasaki-disease-clinical-features-and-evaluation?search=enfermedad%20kawasaki&topicRef=6416&source=related_link#H13231724
- Papadakis M.A. & McPhee S.J. (2013). *Diagnóstico clínico y tratamiento*, 52a edición. McGraw-Hill Education.
- Tavakkoli, A., Ashley, S.W. & Zinner, M.J. (2010). Capítulo 28. Intestino delgado. En: F.C. Brunnicardi *et al.* (Eds.), *Schwartz. Principios básicos de cirugía*, 9a edición, pp. 988-991, McGraw-Hill.