

Dosis ENARM 2

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

Mujer de 54 años que acude a la consulta por dolor articular de manos, codos y hombros, que se acompaña de rigidez matinal de menos de veinteminutos. Refiere presencia de fiebre en ocasiones y malestar general. A la exploración se encuentra inflamación de articulaciones metacarpofalángicas distales, con presencia de lesiones nodulares distales. Se solicita velocidad de sedimentación globular que se reporta elevada.

Datos pivote: Mujer de 54 años. Dolor articular de manos, codos y hombros, rigidez matinal de menos de 20 min. Fiebre y malestar general ocasional. Inflamación de articulaciones metacarpo falángicas distales, con presencia de lesiones nodulares distales. vsg elevada.

1. El diagnóstico más probable es:

MEDIO

- a) Artritis reumatoide
- b) Artritis séptica
- c) Osteoartritis
- d) Pseudogota

Respuesta: Osteoartritis.

También conocida como *artrosis* u *osteoartritis*, se manifiesta por dolor, deformidad e incapacidad funcional principalmente de las articulaciones con gran movilidad o que soportan peso. Los criterios de definición de osteoartritis son: dolor articular y rigidez de menos de 15 minutos la mayor parte de los días en meses previos, deformidad articular asimétrica, dis-

minución asimétrica del espacio articular, crepitación articular al movimiento, velocidad de sedimentación globular normal, factor reumatoide negativo, esclerosis radiológica de la superficie articular y formación de osteofitos.¹

2. Para confirmar el diagnóstico se debe solicitar:

ALTO

- a) Anticuerpos antinucleares
- b) Radiografías de manos y hombros
- c) Búsqueda de cristales de calcio
- d) Punción diagnóstica articular

Respuesta: Radiografías de manos y hombros.

Los estudios radiológicos simples son de gran utilidad tanto para sustentar el diagnóstico como para conocer el grado de daño articular. Los datos radiológicos de osteoartritis son: disminución irregular del espacio articular, esclerosis, quistes subcondrales y formación de osteofitos.²

3. Una vez confirmado el diagnóstico el tratamiento indicado es:

BAJO

- a) Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad
- b) Colchicina
- c) Artroscopia con lavado
- d) Antiinflamatorios no esteroideos

Respuesta: Antiinflamatorios no esteroideos.

De acuerdo a las indicaciones terapéuticas de la enfermedad, el número uno del manejo es el control del

dolor, por lo que se debe elegir esta respuesta como correcta. Son múltiples los manejos de esta enfermedad; actualmente se utilizan nuevas estrategias para controlar la evolución del proceso degenerativo. El manejo farmacológico se basa en: *tópicos*: capsaicina y AINES; *sistémicos*: acetaminofen, AINES no selectivos, inhibidores específicos de COX-2, tramadol y analgésicos narcóticos; *intraarticulares*: esteroides y radiosinovioartesis.¹

Pediatría

Lactante de dos meses de edad que acude a urgencias por presentar rinorrea hialina y fiebre no cuantificada de tres días de evolución. Inicia seis horas antes con tos en accesos, quejido respiratorio, aleteo nasal y tiraje intercostal. Ha recibido la vacuna BCG, primer dosis de pentavalente y dos dosis de Hepatitis B, a la exploración FR 56 rpm, SatO₂ 89%, se auscultan crepitantes y sibilancias al final de la espiración.

Datos pivote: Edad (dos meses), dificultad respiratoria, fiebre, sibilancias, antecedente IVRS.

1. ¿Cuál es el agente etiológico más probable?

BAJO

- a) Virus para influenza 1
- b) Virus sincitial respiratorio
- c) Bordetella pertusis
- d) Adenovirus

Respuesta: Virus sincitial respiratorio.

Se trata de un caso de bronquiolitis aguda, definida como el primer episodio agudo de sibilancias en un niño menor de 24 meses, con disnea espiratoria y pródromos catarrales.³ Es una enfermedad inflamatoria aguda de las vías respiratorias bajas, causada por agentes virales; siendo el más frecuente el virus sincitial respiratorio (VSR), el cual produce hasta el 80% de los casos.⁴

2. ¿Cuál de las siguientes opciones se considera necesaria para confirmar el diagnóstico?

MEDIO

- a) Solicitar biometría hemática
- b) Solicitar panel viral
- c) Radiografía de tórax
- d) Se sugiere no realizar estudios confirmatorios

Respuesta: Se sugiere no realizar estudios confirmatorios.

El diagnóstico de la bronquiolitis es clínico; se basa en la historia clínica y el examen físico. Se recomienda no realizar estudios radiológicos ni sanguíneos, a menos que el diagnóstico no sea claro o se sospeche otro proceso infeccioso de vías aéreas bajas u otras entidades nosológicas.⁴

3. Respecto al tratamiento, ¿cuál de las siguientes opciones es falsa?

ALTO

- a) Se puede administrar solución salina hipertónica al 7% nebulizada
- b) No se deben administrar corticosteroides sistémicos a pacientes con bronquiolitis
- c) Se puede administrar solución salina hipertónica al 3% nebulizada
- d) No se debe administrar oxígeno suplementario con SatO₂ >90-92%

Respuesta: Se puede administrar solución salina hipertónica al 7% nebulizada.

El tratamiento de la bronquiolitis se basa en medidas de sostén (mantener adecuada hidratación, oxigenoterapia en saturación <90-92%, manejo de obstrucción nasal). La nebulización con solución salina hipertónica al 3% (no al 7%) mejora la hidratación de las vías aéreas y puede usarse siempre y cuando se descarte historia de atopia. No está indicado el uso de corticosteroides sistémicos.^{3,4}

Ginecología y obstetricia

Femenino de 24 años acude al servicio de servicio de Ginecología por presentar dolor tipo cólico, intensidad 7/10, que irradia a región lumbar. Comenta que ha presentado cuadros parecidos desde los 22 años, y siempre 24 horas previas al ciclo menstrual. Menciona que el dolor ha ido aumentando mes por mes; desde hace cuatro meses presenta dispareunia. Antecedentes GO: menarca 14 años, ciclos menstruales 29x4, IVSA a los 20 años, dos parejas, con uso de condón. EF: signos vitales sin alteraciones, abdomen doloroso a la palpación profunda en región suprapúbica y matidez en dicha área.

Datos pivote: Edad, antecedentes de aumento de dolor, dolor tipo cólico de alta intensidad, la matidez en región suprapúbica.

1. ¿Cuál es el diagnóstico presuntivo?

MEDIO

- a) Displasia cervicouterina
- b) Endometriosis
- c) Síndrome de ovario poliquístico
- d) Miomatosis

Respuesta: Endometriosis.

La endometriosis es la presencia de tejido endometrial funcional, glándulas y estroma fuera de la cavidad uterina, principalmente en ovarios, y en la superficie del peritoneo pélvico, la cual induce una reacción inflamatoria crónica. Se caracteriza por dolor pélvico crónico, infertilidad y masa anexial. Tiene una tríada clásica: dismenorrea, dispareunia e infertilidad.⁵

2. ¿Cuál es el Gold estándar diagnóstico?

ALTO

- a) Biopsia
- b) Ultrasonido vaginal
- c) Laparoscopia
- d) Ultrasonido pélvico

Respuesta: Laparoscopia.

El diagnóstico definitivo sólo puede ser realizado mediante la evaluación histológica de las lesiones; se recomienda realizar laparoscopia para establecer el diagnóstico de endometriosis.⁵

3. ¿Sitio anatómico más afectado por esta patología?

BAJO

- a) Trompas de falopio
- b) Endometrio
- c) Ovarios
- d) Cérvix

Respuesta: Ovarios.

Los sitios de mayor frecuencia para implantación de lesiones endometriósicas, por orden de frecuencia: ovarios, fondo de Douglas, ligamento ancho y ligamento útero-sacro; se destaca la pelvis izquierda 64% a la derecha 36%.⁵

Cirugía general

Paciente masculino de 39 años de edad acude con su médico familiar por presentar evacuaciones diarreicas similares en siete ocasiones en un periodo de cinco meses, acompañadas de dolor abdominal persistente que alternan evacuaciones normales y pérdida de 3kg de peso. A la exploración, con 38.5° de temperatura, mucosa oral con presencia de aftas, abdomen con marcada distensión dolorosa a nivel de flanco izquierdo. Recto se muestra con fisuras perianales y abscesos perianales de 1 cm.

Datos pivote: Las evacuaciones diarreicas acompañadas de dolor abdominal alternante con periodos asintomáticos, así como también fiebre y lesiones que afectan desde la mucosa oral hasta la anal.

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

MEDIO

- a) Colitis ulcerativa crónica inespecífica
- b) Síndrome de intestino irritable
- c) Cáncer de colon
- d) Enfermedad de Crohn

Respuesta: Enfermedad de Crohn.

No se dispone de un estándar de oro para el diagnóstico de EC. El diagnóstico se confirma mediante la evaluación clínica y una combinación de hallazgos endoscópicos, histológicos, radiológicos y/o investi-

gaciones bioquímicas. El dolor abdominal crónico y/o diarrea en individuos jóvenes sugiere la posibilidad de enfermedad de Crohn, sobre todo cuando se acompaña por la pérdida de peso y fiebre.⁶

Además presenta en recto fisuras perianales y absceso perianales de 1 cm. Los laboratoriales reportan anemia normocítica hipocrómica, leucocitosis, vsq aumentada. Radiografía abdominal con contraste muestra aspecto de empedrado en asas intestinales.

2. ¿Cuál es la característica clínica que se presenta típicamente en los pacientes con Crohn?

ALTO

- a) Dolor abdominal acompañado de diarrea
- b) Lesiones que afectan cualquier región del tracto digestivo
- c) Anemia normocítica hipocrómica
- d) Radiografía que muestra aspecto de empedrado

Respuesta: Lesiones que afectan cualquier región del tracto digestivo.

Como primera instancia, debe descartarse cualquier proceso infeccioso y/o neoplásico. Además de lo anterior, debe considerarse que no existen datos histológicos patognomónicos que establezcan el diag-

nóstico de enfermedad de Crohn. Sin embargo, la presencia de ciertos hallazgos combinados con los datos clínicos del paciente son altamente sugestivos de la enfermedad: 1) granulomas no caseificantes, 2) fisuras, 3) úlceras y 4) metaplasia foveolar.^{6,7}

El diagnóstico definitivo se realiza con base en la entrevista médica, exploración física, resultados de las pruebas de laboratorio, investigaciones gastrointestinales endoscópicas, radiológicas e histológicas.

3. ¿Cuál es el tratamiento de elección para este paciente con exacerbación?

BAJO

- a) Ciprofloxacino y dieta con fibra
- b) Alimentación baja en grasa + compuestos 5-ASA
- c) Quirúrgico
- d) Antidepresivos + bromuro de pinaverio

Respuesta: Alimentación baja en grasa + compuestos 5-ASA.

Los compuestos 5-ASA (mesalazina y sulfasalazina) pueden ser utilizados en pacientes con enfermedad leve. Se sugiere realizar evaluación clínica del paciente entre la semana ocho a doce de utilizar el tratamiento.⁷

Bibliografía

1. Secretaría de Salud. (2013). *Tratamiento de la osteoartritis en el adulto mayor en primer y segundo nivel de atención. Guía de práctica clínica*. México: Secretaría De Salud, CENETEC; 2013. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/issste_199_13_osteoartritis/gpc_er_osteoartritis.pdf
2. Jamesson, J.L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Longo, D. L., & Loscalzo, L. (2015). *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York: MC-GrawHill.
3. Secretaría de Salud. (2015). *Diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis aguda en niñas/niños y en el primer nivel de atención. Guía de práctica clínica*. México: Secretaría de Salud, CENETEC. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/032_GPC_BronquiolitisPed/IMSS_032_08_EyR.pdf
4. Ralston, S. L., Lieberthal A. S., & Meissner, H. C. (2014). *Clinical Practice Guideline: The Diagnosis, Management, and Prevention of Bronchiolitis*. *Pediatrics*, 134 (5), 1474-1502. Abril 2020, Obtenido de AAP News & Journals Base de datos.
5. Secretaría de Salud. (2012). *Diagnóstico y tratamiento de la endometriosis. Guía de práctica clínica*. México: Secretaría de Salud, CENETEC; 2012. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/207_SSA_10_ENDOMETRIOSIS/GRR_SSA_207_09.pdf
6. Secretaría de Salud. (2014). *Diagnóstico y tratamiento enfermedad de Crohn en población adulta. Guía de práctica clínica*. México: Secretaría de Salud, CENETEC; 2014. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/IMSS-723-14-Enf_de_Crhn/723GRR.pdf
7. Merino, B., & Rodríguez, M. (2014). *Manual CTO de digestivo y cirugía general*. Madrid: CTO Editorial, 9º edición; pp. 65-73.