MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE FORMACIÓN Y ORDENACIÓN
PROFESIONAL

**PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TITULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.**
**R.D 459/2010, de 16 de abril**

## CASOS PRÁCTICOS

## REUMATOLOGÍA

---

## ADVERTENCIA IMPORTANTE

## ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

## INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE**: Compruebe que este cuaderno de examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen a la Mesa.

2. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **75 minutos improrrogables. No se concederá tiempo adicional para pasar a limpio las respuestas.**

3. Está **prohibido** el uso de **calculadoras,** de **teléfonos móviles** o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.

**CASO PRÁCTICO 1**

Una mujer de 77 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, osteoporosis con aplastamiento vertebral de T12 e Hipertensión Arterial en tratamiento con Metformina, Empagliflozina, Denosumab y Enalapril, es remitida a su consulta por referir en los últimos 15 días cefalea holocraneal, pulsatil que no había presentado previamente, febrícula y dolorimiento cervical irradiado a hombros y en región glútea que le produce una sensación de torpeza impidiéndole, por ejemplo, salir del coche sin ayuda. Su médico le ha realizado una analítica elemental en la que destaca VSG 82 mm en la 1 hora, Hemograma con Hb 11.8 gr/dl y 495.000 plaquetas y PCR 65 mg/dl.

En su anamnesis dirigida la paciente niega alteraciones visuales, pero refiere dolor mandibular con la masticación. En la exploración la paciente requiere ayuda para incorporarse y refiere hipersensibilidad a la palpación del cuero cabelludo, aunque no se aprecian nódulos subcutáneos ni lesiones de ningún otro tipo.

**Preguntas:**

1. **¿Cuál le parece el diagnóstico más probable en esta paciente y qué entidades incluiría en el diagnóstico diferencial?**

2. **Señale qué exploraciones complementarias podrían ser útiles para el diagnóstico de esta paciente, cómo las priorizaría en el tiempo y en qué situaciones podría prescindir o recurrir a cada una de ellas.**

3. **Así mismo proponga un tratamiento, indicando tanto las dosis como el momento de iniciarlo.**

4. **Señale cómo condicionarían las comorbilidades de esta paciente el tratamiento de su proceso.**

5. **En la revisión realizada un mes después, la paciente ha experimentado una mejoría completa. Sus hijos preguntan por el pronóstico, la duración del tratamiento y el seguimiento que requerirá.**

**CASO PRÁCTICO 2**

Una mujer de 25 años es remitida a su consulta por presentar desde hace meses dolor en carpos, codos, rodillas y tobillos sin claros signos inflamatorios, astenia, lesiones faciales eritematosas que se exacerban con la exposición solar. En la analítica realizada presenta Hb 11,8 gr/dl con VCM normal, Leucos 3.100 con 850 linfocitos y plaquetas normales. La función renal está conservada. En el estudio inmunológico destaca AAN 1/1280, anti DNA ds elevado, anti Ro negativo y niveles bajos de complemento. Además, presenta anticoagulante lúpico positivo con anticuerpos anticardiolipina y Antibetaglicoproteina IgG positivos a título alto. No ha tenido gestaciones previas ni refiere fenómenos trombóticos.

**Preguntas:**

1. **¿Cuál le parece el diagnóstico más probable y qué tratamiento instauraría en la paciente?**

2. **¿Con qué exploraciones complementarias completaría la valoración de la paciente y monitorizaría la evolución y la potencial toxicidad de los tratamientos administrados?**

3. **Dieciocho meses después, habiendo alcanzado la paciente la remisión clínica y sin datos de actividad analítica, la paciente expresa su deseo gestacional. En este momento mantiene la triple positividad de anticuerpos antifosfolípido. ¿Qué información pronóstica ofrecería a la paciente y qué tratamiento plantearía añadir o retirar en este momento?**

4. **A lo largo de la evolución la paciente desarrolla proteinuria (1,8 gr /24 horas) con hematuria microscópica con hematíes dismórficos e hipertensión arterial. La función renal se mantiene conservada. ¿Qué exploraciones complementarias y tratamientos se plantearía en este momento?**

## CASO PRÁCTICO 3

Mujer de 51 años por dolores articulares.
Diagnosticada de enfermedad de Crohn a los 29 años. Utilizó azatioprina y mesalazina sin un control adecuado de la enfermedad y, desde hace 4 años, está en tratamiento infliximab iv a dosis de 5 mg/kg cada 8 semanas. Toma mesalazina oral 1.200 mg/día y, desde hace 2 semanas, 20 mg de prednisona. Solicita cambio de hospital y es remitida primero desde Atención Primaria a Reumatología.

Otros AP:
Exfumadora desde los 35 años. No otros factores de riesgo cardiovascular clásicos.
Inervenciones quirúrgicas: 1 cesárea. Rinoplastia.
Infección por clostridium 2019.
No alergias farmacológicas conocidas.
Tiene un cuadro de 4 meses de evolución de dolores articulares aditivos, sobre todo en pies que le incapacitan. Le han diagnosticado de Espondiloartritis periférica y le han pautado 20 mg/día de prednisona.

En nuestra primera visita refiere dolores articulares de mayor intensidad en pies, que no ceden y dolores variables en rodillas y codos. Refiere que se le inflama algún dedo de los pies. No dolor axial inflamatorio, no dolor en nalgas. No sabe precisar la rigidez matutina. No cuenta antecedente personal ni familiar de psoriasis, pero le han salido unas lesiones en cutáneas en manos y alguna en piernas. No fiebre. No episodios de uveítis. Refiere encontrarse bastante bien desde el punto de vista intestinal. El tratamiento con prednisona no le ha mejorado de forma significativa.

En la exploración física encontramos:

Afebril. Lesiones cutáneas que son pápulas rojo-violáceas inferiores de pequeño tamaño (menores de 1 cm), en eminencia hipotenar de ambas manos y en caras laterales de algunos dedos, y alguna aislada en piernas. No adenopatías. Auscultación cardiopulmonar normal. No visceromegalias ni masas abdominales. No edema. Tendinitis extensores 2º, 3º, 4º dedos pie izquierdo y 2º, 3º de pie derecho. Ciertas molestias en codo derecho y rodilla izquierda sin tumefacción.

Aporta una analítica realizada 3 semanas antes:
Hemograma: Hb: 11,9normocítica normocrómica resto normal VSG: 41
Bioquímica con iones, perfil renal, lipídico, hepático dentro de la normalidad.
PCR: 8,16 mg/l B12, fólico, función tiroidea PTHi, vitamina D dentro de la normalidad.
ANA negativo, FR negativo, antiPCC negativo, C3 y C4 normales, enzima convertidora de angiotensina normal, anticuerpos antifosfolípidos negativos, anticoagulante lúpico negativo, HLAB27 negativo Calprotectina fecal: 87 mg/kg.

**Preguntas:**

1. **En este escenario, ¿qué pruebas diagnósticas solicitaría y cuáles serían los posibles diagnósticos y su relación o no con actividad de su enfermedad de Crohn?**

2. **¿Qué aproximación terapéutica indicaríamos según los diferentes escenarios?**

3. **En la evolución está teniendo episodios de ojo rojo. ¿Cuáles serían las causas más frecuentes? ¿Qué relación pueden tener con la enfermedad de base y qué opciones terapéuticas serían más adecuadas?**