



OSAKIDETZA

2011ko urriaren 28ko;
1699/2011 Erabakiaren bidez,
egindako Oposaketa-Lehiaketarako
deia (EHAA 216 Zkia. 2011ko
azaroaren 15ekoa)

Concurso-Oposición convocado
por Resolución nº 1699/2011, de 28
de octubre de 2011 (B.O.P.V. Nº 216;
de 15 de noviembre de 2011)

KATEGORÍA: FAK. ESP. MEDIKUNTZA INTENTSIBOKO MEDIKUA.

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉD. MEDICINA INTENSIVA

2. ariketa / 2º ejercicio
Bigarren proba eguna / Fecha segundo ejercicio :
17 de marzo de 2012

Caso nº 1

Se trataba de una mujer española de 33 años que a los 5 días de volver de un viaje a Santo Domingo consultó por un cuadro de 4 días de náuseas, sequedad bucal, sabor metálico, midriasis, parestesias periorales, en manos y pies y disminución generalizada de la fuerza muscular. El último día del viaje, a las 12 h de haber comido ensalada, pescado y una combinado de frutas tropicales tuvo náuseas, vómitos y diarrea que se autolimitó en 24 h. En la exploración física se observó disminución de la fuerza en las 4 extremidades, alteración de las pruebas dedo-nariz y talón-rodilla, frecuencia cardíaca: 56 lat/min y TA 75/40 mmHg, con presión venosa central normal y extrasístoles ventriculares aislados. El hemograma y la bioquímica fueron normales. El cultivo y los parásitos en heces fueron negativos. Un ECG y la TAC craneal fueron normales. En esta situación ingresa en Medicina Intensiva.

1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y que técnicas diagnósticas utilizaría?
2. Haga el diagnóstico diferencial con otras patologías similares
3. Tratamiento
4. El paciente presenta fracaso renal agudo y es sometido a Hemodiafiltración veno-venosa continua. Si no pudieramos utilizar heparina ¿que alternativas utilizaríamos?

CASO n° 2

Mujer 68 años. AP: DM tipo 2 controlado con dieta, AIT occipital izquierdo 1 mes antes del ingreso, con diagnóstico de estenosis del 50% de la arteria carótida izquierda. Tratamiento: Ticlopidina desde hace 1 mes.

7 días antes del ingreso presentó dolor cólico en fosa lumbar izquierda, asociado a hematuria moderada. Se diagnosticó un cólico renal, indicándose tratamiento ambulatorio. En los siguientes cuatro días tuvo una evolución tórpida, agregándose compromiso del estado general y disnea de reposo. Al examen físico presentaba T° 38°, ictericia y cuadro confusional. Es trasladada al servicio de urgencias del hospital, donde presenta una convulsión tónico-clónica prolongada, sin focalización neurológica ni signos meníngeos. Se decide ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), realizándose intubación y conexión a ventilación mecánica (VM). Se toman muestras para cultivo y se inicia antibioticoterapia de amplio espectro (levofloxacino y ceftriaxona).

En UCI exploración física: palidez cutaneomucosa, PA 160/80 mmHg, FC 100 lpm, sat O₂ (FiO₂ 40% peep 5) 92 %. T° 38°C. AC: taquicárdica, rítmica sin soplos. AP: hipoventilación y crepitantes. Abdomen anodino. No edemas.

Análítica: 11100 leucocitos (4000-10000), 5600 neutrofilos (2000-7000), Hb 9.4 (13-17), Hto 30.5 % (40-53), 54000 plaquetas (140000-450000), Coag: TQ 12.8 seg, INR 1'2, Dímero D 499 ng/mL (100-250). Na 143 mmol/L, K 4.3 mmol/L, cloro 108 mmol/L, Glucemia 332 mg/dL, Urea 99 mg/dL, Creatinina 2.23 mg/dL. GOT 55 U/L (2-40), GPT 50 U/L (2-45), LDH 2600 U/L (125-245), Bilirrubina total 3,56 mg/dL (indirecta 2,5 mg/dL), Índice reticulocitario 2%.

Procalcitonina 0'5 ng/mL (0'0-0'1). Marcadores cardíacos: en rango normal.

Gasometría arterial: pH 7.298, pCO₂ 36.6 mmHg, pO₂ 69.7, HCO₃-18.1, satO₂ 89.1 %, Lactato 4 mmol/L (0'5-1'7).

Extensión de sangre periférica: poiquilocitos y hematíes fragmentados. El mielograma mostró hiperplasia eritroblástica marcada y megacariocitosis.

ECG: Taquicardia sinusal a 110 lpm, sin hallazgos patológicos.

Sedimento urinario: hematuria (30 eritrocitos por campo) y proteinuria de 300 mg/dL.

Antígeno neumoco y legionella en orina negativo

PCR virus influenza A H1N1 negativo

Microbiología: Hemocultivos (3/3), Urocultivo, Coprocultivo NEGATIVOS.

Inmunología: Coombs directo e indirecto, Factor Reumatoideo, Complemento C3 - C4, ANA -- AntiDNA NEGATIVOS.

Serología: VIH, Hepatitis A, B, C, Anticardiolipinas, VDRL, Leptospira, T. Cruzi, ANCA, Mycoplasma, Antimembrana basal NEGATIVOS.

La radiografía de tórax, la ecografía abdominal y la tomografía axial computerizada (TAC) cerebral no mostraron hallazgos de relevancia.

EEG: hipofunción difusa bioeléctrica cerebral, inespecífica.

Tras administrar 1 pool de Plaquetas se realiza Punción Lumbar: Líquido claro y transparente con escasa proteinorraquia e hipogluorraquia (leucos 5 cels/nl, 0% PMN, 100% mononucleares, 25 hematias/nl, glucosa 91 mg/dl, proteínas 64 mg/dL.). Cultivo negativo. Presenta deterioro de la función renal, respiratoria, aumento de la Tª a 39º y aumento de LDH.

1. Cuál es el diagnóstico más probable y con qué entidades se debe hacer el diagnóstico diferencial.
2. Causas etiológicas del cuadro diagnóstico.
3. Cómo se llega al diagnóstico de este cuadro clínico.
4. Tratamientos específicos de primera línea y tratamientos en casos refractarios o de segundo nivel. Parámetros guía de la respuesta al tratamiento.