



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. NEFROLOGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO NEFROLOGÍA

2. ariketa / 2º ejercicio

Bigarren proba eguna / Fecha segundo ejercicio :
24 de marzo de 2012

Caso clínico 1

Paciente de 39 años diagnosticado de Insuficiencia renal crónica secundaria a Glomerulonefritis crónica y desde hace 10 días en tratamiento con Diálisis Peritoneal Continua ambulatoria, puesto que conserva cierto grado de función renal residual se le prescribieron 3 recambios de 2 litros al día. Desde que comenzó ha aumentado de peso 3 Kg, han aparecido edemas y la tensión arterial mal controlada. Refiere estreñimiento de varios días de evolución. El drenaje de las bolsas es rápido hasta 1850 mL , después es lento y nunca drena más allá de los 2000 mL, haciendo balances peritoneales positivos de líquido.

1.-Diagnóstico diferencial del problema de drenaje

2.-Pruebas a realizar. En que orden. Resultados esperables.

3.-Abordaje terapéutico a seguir.

Caso clínico 2

Mujer de 65 años que ingresa por fiebre, dolor abdominal y pérdida de fuerza en las cuatro extremidades.

Antecedentes Personales: hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo (Levotiroxina).

Desde hace un mes cuadro de malestar general con sensación distérmica, fiebre de hasta 39°C, dolor abdominal difuso y vómitos episódicos. En las semanas siguientes astenia severa, artralgias y pérdida progresiva de fuerza en las cuatro extremidades. Tras ingreso cuadro de disartria, hemianopsia izquierda y paresia facial de instauración ictal con bradipsiquía.

En la exploración física: TA 170/95. Hipoventilación en base pulmonar derecha. Dolor periumbilical sin peritonismo. PPR bilateral negativo. EE.II. sin edemas.

Exploración Neurológica: Hemianopsia, paresia facial. Tetraparesia distal. Arreflexia generalizada. Imposibilidad a la marcha.

En la analítica destaca:

Hb 11 g/dl, creatinina 2 mg/dl, FA 435, GGTP 134, LDH normal. PT 5,2, albúmina 1,9. Serología Hepatitis B, C y VIH (-)

Proteinuria de 1,4 g/24 horas. Sedimento 50-60 x c.

Ccr 18 ml/min.

Hemocultivos y urocultivos (-)

ANAS antiDNA (-)

TAC y Rx Tórax AP-L: no hallazgos significativos.

EMG: polineuropatía axonal sensitivo-motora severa y asimétrica

1. ¿Qué pruebas solicitamos para completar el estudio y confirmar el diagnóstico valorando el orden cronológico?

2. ¿Qué hallazgos esperamos obtener de las mismas y a qué diagnóstico llegamos?

3. ¿Cuál sería el tratamiento que considera más correcto?

CASO CLÍNICO 3

Varón de 59 años que recibe un trasplante renal de donante cadáver en 2007 por nefropatía de etiología no filiada y con antecedentes de cardiopatía isquémica, hipertensión arterial y dislipemia. En el momento del trasplante su serología era:

Citomegalovirus ac.IgM	Negativo
Citomegalovirus ac.IgG	Positivo
Epstein Barr VCA ac. IgG	Positivo
Epstein Barr VCA ac. IgM	Negativo
Hepatitis virus B core ac.	Negativo
Hepatitis virus B ac.S cuantif	27.3 mUI/mL
Hepatitis virus B Ag.S	Negativo
Hepatitis virus C ac.	Negativo
Herpes simplex virus I-II IgG	Positivo
VIH ac.- Ag p24	Negativo
Varicela zoster ac.IgG	501 mUI/mL

El motivo de ingreso en el año 2012 fue la realización de un cateterismo cardíaco por prueba de esfuerzo positivo. Tras colocación de *stent* coronario y doble antiagregación presentó hemorragia digestiva. La exploración endoscópica gastro-duodenal fue normal; realizándose tomografía axial computarizado. Como hallazgo se encontró imagen intestinal, en fundus gástrico y en injerto compatibles con linfoma. La biopsia de la masa resulto compatible con LINFOMA DE BURKITT, siendo C19, CD20, CD79 CD10 y BCL6 positivos, (negativas para CD3, CD5, CD23, CD43, BCL2, Ciclina D1 y TdT). El índice de proliferación Ki67 resultó muy próximo al 100%. Ajustándose a variante monomórfica postrasplante.

A las 48 horas de la biopsia comenzó con dolor abdominal, evidenciándose perforación a nivel de yeyuno (en uno de los implantes intestinales), por lo que se le intervino de urgencia, realizando resección intestinal y anastomosis término-terminal y resección de masa tumoral El paciente evolucionó favorablemente y se prosiguió su tratamiento.

1.- Enumere los cuatro factores más importantes para el desarrollo de linfomas en pacientes trasplantados renales:

2.- Que actitud terapéutica y profiláctica emplearía en este paciente:
