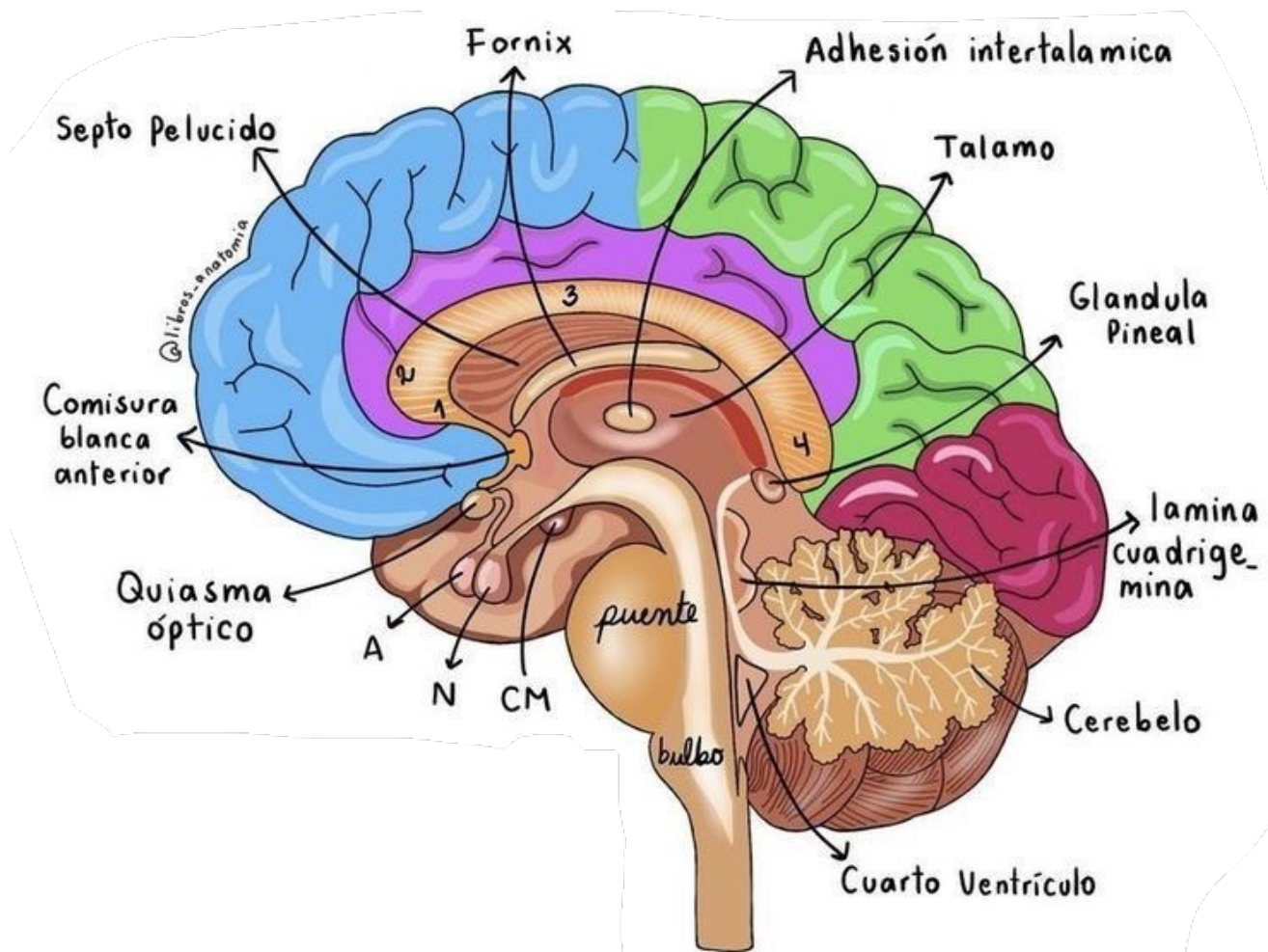


NEUROLOGÍA



2025-26

1	Demencias	PRIETO
2	Enfermedad de Alzheimer	PRIETO
3	Cefaleas I	LEIRA
4	Cefaleas II	LEIRA
5	Epilepsias I	LÓPEZ
6	Epilepsias II	LÓPEZ
7	Trastornos nivel conciencia	LÓPEZ
8	Enfermedades vasculares del cerebro I	YÁÑEZ
9	Enfermedades vasculares del cerebro II	YÁÑEZ
10	Enfermedades vasculares del cerebro III	YÁÑEZ
11	Enfermedades vasculares del cerebro IV	ARIAS
12	Infecciones SNC I	CASTRO
13	Infecciones SNC II	CASTRO
14	Infecciones SNC III	CASTRO
15	Enfermedades inmunológicas	PRIETO
16	Enfermedades demielinizantes: Esclerosis Múltiple	PRIETO
17	Trastornos del movimiento	ARIAS
18	Enfermedad de Párkinson	ARIAS
19	Enfermedades degenerativas espinales	PRIETO
20	Enfermedades degenerativas espinocerebelosas	ARIAS
21	Enfermedades sistémicas y sistema nervioso central	PRIETO
22	Enfermedades no degenerativas	PRIETO
23	Enfermedades del sistema nervioso periférico	PRIETO
24	Polineuropatías inflamatorias	PRIETO
25	Distrofias musculares	OSORIO
26	Miastenia gravis	OSORIO

NEURO

1. DEMENCIA Y DETERIORO COGNITIVO

. ¿Cuál de estas afirmaciones es falsa? - Demencia (2018 enero)

- a) Es un síndrome.
- b) Todas las enfermedades que la producen son progresivas e irreversibles.
- c) El paciente con demencia se vuelve dependiente.
- d) Es adquirida.
- e) No produce alteración de la conciencia.

→ demencia

- trastorno adquirido
- DCL continuum normal-demencia Iperol puede ser condición reversible (x depresión/fármacos/enfermedad aguda grave)
- síndrome progresivo
- nivel vigilancia(conciencia = conservado (cuidado que confundes conciencia y cognitivo)
- deterioro interfiere rendimiento laboral/social = hace perder su autonomía personal (dependencia)

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no se corresponde con la definición de demencia? (2014 enero)

- a) Es un síndrome.
- b) Se caracteriza por la pérdida de más de una función cognitiva.
- c) El paciente pierde autonomía.
- d) El nivel de conciencia está disminuido.
- e) Las funciones cognitivas afectadas se habían adquirido previamente.

→ demencia - definición:

- síndrome progresivo x lesión/disfunción cerebral
- exige deterioro global funciones cognitivas (funciones adquiridas previamente)
- nivel vigilancia/conciencia preservado
- deterioro interfiere rendimiento laboral/social = pierde autonomía personal

*correcta: d

. Escoger la sentencia VERDADERA con respecto a la diferencia entre demencia y deterioro cognitivo ligero (DCL): (2019 enero)

- a) La demencia cursa con alteraciones del comportamiento y el DCL no.
- b) El DCL tiene una puntuación en el MMSE superior a 20 puntos.
- c) El DCL es típico de la enfermedad de Alzheimer.
- d) La demencia produce repercusiones constatadas en la vida personal, familiar, profesional o social del paciente.
- e) La demencia nunca comienza antes de los 50 años.

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento es verdadera? (2021 enero)

- a) Generalmente es el primer estadio de la enfermedad de Alzheimer.
- b) El paciente necesita supervisión para las actividades de la vida diaria.
- c) El tratamiento con anticolinesterásicos está indicado al comienzo del cuadro.
- d) La mayoría de los casos presentan puntuaciones inferiores a 25 en el Minimental State Examination de Folstein.
- e) Todas son falsas.

→ deterioro cognitivo leve = diferencia demencia x NO alterar actividades vida diría (paciente autónomo)

- NO implica medicación (no existen tto preventivo)
- NO es paso previo necesario para Alzheimer = deterioro cognitivo leve SI es continuum entre condición normal y demencia

→ MMSE = <24 deterioro cognitivo

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes entidades NO suele ser causa de deterioro cognitivo? (2021 julio) (2021 enero)

- a) Neurosífilis.

b) Angiopatía amiloidea.

c) Hipotiroidismo.

d) Hidrocefalia

e) Meningitis vírica por enterovirus.

→ demencia - etiología - secundaria:

- trastornos endocrinometabólicos = hipotiroidismo + deficiencia vitamina B12

- infartos cerebrales múltiples

- hidrocefalia

- infecciones = VIH + sífilis + C-J

*correcta: e

. ¿En cuál de los siguientes casos sospecharía una demencia? (2015 enero)

a) ... 88 años, sano, que se trata con una benzodiacepina nocturna a dosis altas y en los días siguientes ... con agitación y desorientación que suceden todos los días a última hora de la tarde.

b) ... 25 años con retraso mental ligero que no es capaz de aprender a manejar un nuevo teléfono móvil.

c) Mujer de 60 años con fibrilación auricular que sufre un infarto cerebral y como consecuencia tiene dificultad para emitir lenguaje.

d) Varón de 72 años cuya familia refiere que tiene dificultad para retener información reciente y para decir el nombre de los objetos. Le cuesta orientarse en rutas conocidas y ha dejado de manejar el mando de la TV.

→ demencia

- deterioro cognitivo de funciones cognitivas adquiridas previamente (a un nivel normal)

- evaluación demencia = importante presencia familiar que aporte lvo acerca paciente

- anamnesis - síntomas alarma = alteración memoria + problemas lenguaje ("se lo que quiero decir pero no encuentro palabras") + desorientación temporal-espacial

*correcta: d

. Un home de 60 anos que desenvolve un quadro de deterioración cognitiva asociada a desinhibición, apatía, alteración da conduta social. Na exploración neurolóxica presenta reflexos de liberación (presión, succión, palmomentoniano) e signos de afectación extrapiramidal. A primeira opción diagnóstica para considerar sería: (2024 enero)

a) Enfermedad de Alzheimer asociada a Parkinsonismo.

b) Demencia por corpos de Levy.

c) Demencia Fronto-temporal.

d) Demencia vascular.

→ demencia

- síntomas alarma anamnesis = apatía + cambios personalidad (desinhibición)

- examen físico = reflejos liberación frontal (parpadeo, succión, hociqueo, palmo-mentoniano, presión)

*correcta: c

. Un paciente de 76 años comienza a desarrollar un cuadro de deterioro cognitivo progresivo con síndrome disejecutivo, alteración de conducta, desinhibición, apatía y desatención. En la exploración neurológica se aprecia un síndrome parkinsoniano asociado. La RM cerebral muestra signos de atrofia cerebral de predominio frontal. La primera opción de diagnóstico será: (2022 enero)

a) Enfermedad de Alzheimer.

b) Demencia frontotemporal.

c) Demencia por cuerpos de Lewy difusos.

d) Demencia vascular.

→ demencia - neuroimagen estructural (RMN) = atrofia + ventrículomegalia + enfermedad cerebrovascular

*correcta: b

2. ALZHEIMER + DEMENCIAS DEGENERATIVAS + DEMENCIA VASCULAR

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la enfermedad de Alzheimer? (2021 enero)

- a) En el 10% de casos puede ser familiar.
- b) Cuanto más precoz es el inicio de la enfermedad, mayor es la probabilidad de agregación familiar.
- c) Cuanto mayor es la edad del sujeto, mayor es la probabilidad de desarrollo de la enfermedad.
- d) Es la segunda causa más frecuente de demencia.
- e) El consumo de tabaco facilita su aparición más precoz.

→ alzheimer = primera causa demencia neurodegenerativa

- marcadores riesgo = edad + ... + tóxicos

*correcto: d

. La enfermedad de Alzheimer hereditaria... (escoger la sentencia VERDADERA): (2019 enero)

- a) Es más frecuente que la esporádica.
- b) Puede deberse a mutaciones en el gen de la presenilina 1 que da lugar a placas amiloides intraneuronales.
- c) Puede deberse a mutaciones en el gen de la proteína precursora amiloide (APP) que da lugar a placas amiloides extraneuronales.
- d) Es más frecuente en los países del tercer mundo.
- e) Precisa de biopsia cerebral para realizar un diagnóstico de certeza.

→

*correcta: c

. En torno al 5% de los pacientes con enfermedad de Alzheimer presentan alteraciones genéticas. ¿Cuál de estas características es propia de estas formas de la enfermedad? (2015 junio)

- a) Afecta más a mujeres.
- b) Responde mejor a los tratamientos inhibidores de la recaptación de serotonina.
- c) Suele comenzar a una edad más temprana que las formas esporádicas.
- d) El curso es más benigno.
- e) La mortalidad al cabo de un año es del 95%.

→ ni idea, iba a poner a, no, le pega la c. Todo lo genético empieza antes, para adquirirlo tiene q haber algún desencadenante, lo genético lo llevas contigo desde que naces

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes alteraciones patológicas pueden ser observadas de forma característica en la Enfermedad de Alzheimer? (2021 julio)

- a) Ovillos neurofibrilares.
- b) Cuerpos de inclusión virales.
- c) Degeneración de tipo vacuolar.
- d) Degeneración de tipo espongiiforme.
- e) Microinfartos cerebrales.

→ alzheimer - fisiopatología ⇒ APP - degrada x vía amiloidogénica = fragmentos insolubles beta amiloide → tóxicos para TAU + ambiente inflamatorio = fosforilación TAU = ovillos neurofibrilares (insolubles)

*correcta: a

. ¿Cuáles son las alteraciones histopatológicas más características de la enfermedad de Alzheimer? (2014 enero)

- a) Placas amiloides y ovillos neurofibrilares sin pérdida neuronal.
- b) Cuerpos de Lewy.
- c) Pérdida neuronal sin otras alteraciones morfológicas.
- d) Pérdida neuronal con placas amiloides y ovillos neurofibrilares.
- e) Pérdida neuronal con astrocitos de Alzheimer tipo 2.

→ lojo pijol que me he lanzado a pro la a lpero! los ovillos neurofibrilares insolubles se acumulan en las neuronas = alteraciones dendríticas = fracaso sinopsis = muerte neuronal

*correcta: d

. A Enfermedad de Alzheimer: (2023 enero)

- a) Asóciase con niveles elevados de Tau fosforilada elevados en LCR.

- b) Asóciase con niveis elevados de Beta-amiloide 42 en LCR.
 - c) Asóciase con niveis elevados de Beta-amiloide 42 e Tau fosforilada en LCR
 - d) Asóciase con niveis descendidos de Beta-amiloide 42 e Tau fosforilada en LCR.
- Alzheimer - fase preclínica = LCR (-)beta amiloide 42 + (+)TAU (total y fosforilada)
- *correcta: a

. Mujer 67 años, sin factores de riesgo vascular. No hábitos tóxicos. Sin tratamiento actuales. Profesora de educación secundaria, jubilada. Consulta por cuadro de más de un año de evolución de dificultad para encontrar objetos cotidianos: llaves, teléfono móvil. Ha dejado de realizar comidas complejas: no sabe orden de ingredientes... olvida alimentos... Ánimo deprimido, ha dejado de realizar actividades sociales. En la exploración neuropsicológica presenta una puntuación en el MOCA: 26/30 con fallos en memoria y lenguaje. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2024 enero)

- a) Enfermedad de Alzheimer.
- b) Demencia fronto-temporal.
- c) Demencia por cuerpos de Lewy.
- d) Hidrocefalia normotensiva.

→

*correcta: a

. Home de 67 anos sen antecedentes persoais de interese salvo hipertrofia benigna de próstata. A súa familia refire que desde hai uns dous anos, móstrase cada vez máis repetitivo en preguntas e comentarios. Ademais, hai unha semana, despois de ir só a un novo centro comercial, non soubo volver ao seu domicilio, sendo asistido finalmente por un coñecido. A exploración neurolóxica xeral é normal. Na exploración neuropsicolóxica obsérvase unha deterioración da orientación temporal e da memoria episódica anterógrada. Unha TC cerebral mostra unha atrofia hipocampal e parietal posterior de predominio esquerdo. Con estes datos, cal sería a súa hipótese diagnóstica? (2020 enero)

- a) Demencia vascular.
- b) Enfermedad de Alzheimer.
- c) Envellecemento normal.
- d) Demencia con corpos de Lewy.
- e) Pseudodemencia depresiva.

*correcta: b

. ¿Cal das seguintes alteracions adoita ser máis frecuente na Enfermedad de Alzheimer? (2024 enero)

- a) Problemas de sueño.
- b) Síntomas ou signos extrapiramidales.
- c) Diminución do nivel de conciencia.
- d) Síntomas ou signos cerebelosos.

→

*correcta: a

. Con respecto a la enfermedad de Alzheimer, señalar cuál no es correcta: (2017 junio)

- a) La memoria episódica es la más afectada.
- b) La RM cerebral ayuda a descartar otros procesos.
- c) Pueden aparecer alteraciones de la conducta en fases medias o avanzadas.
- d) Existen alteraciones de la marcha y del equilibrio.
- e) El envejecimiento es un factor de riesgo.

→ Alzheimer - formas clínicas - forma amnésica:

- afectación memoria episódica reciente
- fases (+) avanzadas = alteración lenguaje + praxias + desorientación + gnosias

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes alteraciones se observa en la fase inicial de la enfermedad de Alzheimer? (2017 enero)

- a) Parkinsonismo atípico.
- b) Incontinencia urinaria.
- c) Crisis tónico clónicas generalizadas.
- d) Parálisis de la mirada horizontal.
- e) Alteración en la denominación de objetos.

→ este año lo hemos visto las gnosis y las alteraciones del lenguaje como fases más avanzadas de Alzheimer de forma amnésica

*correcta: e

. Aunque no es específico de la enfermedad de Alzheimer, ¿qué alteración en la resonancia magnética cerebral es más frecuente en esta enfermedad? (2015 enero)

- a) Atrofia del lóbulo frontal.
- b) Desmielinización periventricular.
- c) Atrofia del hipocampo.
- d) Atrofia temporal.
- e) Dilatación ventricular.

→ lo he sacado porque en la forma clínica amnésica de Alzheimer dice que orienta a afectación hipocampo y entre las características de la RNM de la demencia está la atrofia.

*correcta: c

. En el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se emplea actualmente: (2020 julio)

- a) La anamnesis, la exploración neurológica y la exploración neuropsicológica.
- b) La biopsia de piel.
- c) La determinación de biomarcadores en líquido cefalorraquídeo.
- d) Todas las previas son correctas.
- e) Sólo A y C son correctas.

→

*correcta: e

. En el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer puede ser de utilidad: (2020 julio) (2020 enero)

- a) La Memantina.
- b) El ejercicio físico y la estimulación cognitiva.
- c) La Rivastigmina.
- d) Todas las previas son correctas.
- e) Sólo A y B son correctas.

→ Alzheimer - tto:

- farmacológico = fármacos colinérgico (Rivastigmina) + memantina (antagonista receptor NMDA)
- estilo vida = ejercicio físico + ...

*correcta: d

. Señale a respuesta INCORRECTA: (2020 enero)

- a) A enfermedad de Alzheimer e o dano vascular cerebral con frecuencia coexisten dando lugar a formas de demencia mixta.
- b) Unha maior reserva cognitiva pode atrasar o inicio clínico dunha deterioración cognitiva.
- c) A galantamina é un tratamento da enfermidade de Alzheimer.
- d) A deterioración cognitiva precede ao depósito de beta-amiloide na enfermidade de Alzheimer.
- e) Os pacientes con síndrome de Down desenvolverán eventualmente unha variante xenética da enfermidade de Alzheimer.

→ Alzheimer - fase preclínica:

- sujetos no manifiestan queja subjetiva memoria
- punción lumbar LCR = (-) beta-amiloide + (+)TAU (total + fosforilada)
- para ver depósitos → Pet amiloide/tau

→ Alzheimer - tto ⇒ fármacos acción colinérgico = rivastigmina + donepezilo + galantamina

*correcta: d

. ¿Cuál das seguintes afirmacións é FALSA en relación co tratamento da demencia? (2023 enero)

- a) A Rivastigmina é de especial utilidade na demencia por corpos de Levy.
- b) A Memantina é útil nas fases moderadas e graves da Enfermidade de Alzheimer.
- c) Donepezilo, Rivastigmina e Galantamina son fármacos útiles nas fases moderadas da Enfermidade de Alzheimer.
- d) A Memantina é de especial utilidade na demencia frontotemporal.

→ demencias - tto:

- alzheimer = fármacos colinérgico (Rivastigmina/donepezilo/galantamina) + memantina

- frontal-temporal = déficit serotoninérgico -> ISRS
- cuerpos Lewy = Rivastigmina
- vascular = memantina

*correcta: d

. Un home de 60 anos que desenvolve un cuadro de deterioración cognitiva asociada a desinhibición, apatía, alteración da conduta social. Na exploración neurolóxica presenta reflexos de liberación (presión, succión, palmomentoniano) e signos de afectación extrapiramidal. A primeira opción diagnóstica para considerar sería: (2024 enero)

- a) Enfermidade de Alzheimer asociada a Parkinsonismo.
- b) Demencia por corpos de Levy.
- c) Demencia Fronto-temporal.
- d) Demencia vascular.

-> demencia

- síntomas alarma anamnesis = apatía + cambios personalidad (desinhibición)
- examen físico = reflejos liberación frontal (parpadeo, succión, hociqueo, palmo-mentoniano, presión)

*correcta: c

. Un paciente de 76 años comienza a desarrollar un cuadro de deterioro cognitivo progresivo con síndrome disejecutivo, alteración de conducta, desinhibición, apatía y desatención. En la exploración neurológica se aprecia un síndrome parkinsoniano asociado. La RM cerebral muestra signos de atrofia cerebral de predominio frontal. La primera opción de diagnóstico será: (2022 enero)

- a) Enfermedad de Alzheimer.
- b) Demencia frontotemporal.
- c) Demencia por cuerpos de Lewy difusos.
- d) Demencia vascular.

-> demencia - neuroimagen estructural (RMN) = atrofia + ventrículomegalia + enfermedad cerebrovascular

*correcta: b

. Un paciente de 76 años comienza a desarrollar un cuadro de deterioro cognitivo progresivo con síndrome disejecutivo, alteración de la conducta, desinhibición, apatía y desatención. En la exploración neurológica se aprecia un síndrome parkinsoniano asociado. La RM cerebral muestra signos de atrofia cerebral de predominio frontal. La primera opción de diagnóstico será: (2021 julio) (2021 enero)

- a) Enfermedad de Alzheimer.
- b) Demencia frontotemporal.
- c) Demencia por cuerpos de Lewy difusos.
- d) Demencia vascular.
- e) Es característico en cualquier forma de demencia.

->

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes no es una característica clínica central de la demencia por cuerpos de Lewy? (2025 enero)

- a) Fluctuaciones cognitivas, con variación pronunciada en atención y nivel de alerta.
- b) Alucinaciones visuales recurrentes, que son típicamente complejas y detalladas.
- c) Trastorno de conducta asociado al sueño REM, que puede preceder el deterioro cognitivo.
- d) Alteración de los movimientos oculares de predominio en el plano vertical.

*correcta: d

. Un paciente de 67 años comienza a desarrollar un cuadro de deterioro cognitivo de curso fluctuante con déficit de atención, alteración de funciones visuoespaciales y ejecutivas. Presenta además alucinaciones visuales, trastorno del sueño REM y caídas repetidas y sincopales. La primera opción de diagnóstico será: (2022 enero)

- a) Enfermedad de Alzheimer.
- b) Demencia frontotemporal.
- c) Demencia por cuerpos de Lewy difusos.
- d) Demencia vascular.

*correcta: c

. Un paciente de 67 años comienza a desarrollar un cuadro de deterioro cognitivo de curso fluctuante con déficit de atención, alteración de funciones visuoespaciales y ejecutivas. Presenta además alucinaciones visuales, trastorno del sueño REM y caídas repetidas y sincopales. La primera opción de diagnóstico será: (2021 julio)

- a) Enfermedad de Alzheimer.
- b) Demencia frontotemporal.
- c) Demencia por cuerpos de Lewy difusos.
- d) Demencia vascular.
- e) Es característico en cualquier forma de demencia.

→ demencia cuerpos Lewy:

- demencia = declive cognitivo progresivo suficiente interferir funciones laborales/sociales

- características clínicas centrales:

- fluctuaciones cognitivas → con variación pronunciada en atención
- alucinaciones visuales
- Sd parkinsoniano
- trastornos conducta asociado sueño REM

- características clínicas apoyo = inestabilidad postural + caídas repetición + síncope

*correcta: c

. Una mujer de 72 años presenta un deterioro cognitivo fluctuante asociado a lentitud de la marcha, e ideación delirante de que su marido quiere irse a Argentina porque ahí le espera otra mujer. Ocasionalmente se queja de que ve entrar personas extrañas y animales en el salón de su casa. En la exploración neurológica general destaca hipomimia facial y bradicinesia generalizada. Con estos datos de la anamnesis y de la exploración, ¿cuál cree que es el diagnóstico más probable?: (2020 julio) (2020 enero)

- a) Demencia vascular.
- b) Enfermedad de Alzheimer.
- c) Encefalopatía espongiiforme.
- d) Demencia con cuerpos de Lewy.
- e) Pseudodemencia depresiva.

→ demencia cuerpo Lewy - clínica central = fluctuación cognitiva + alucinaciones visuales + sd parkinsoniano

*correcta: d

. Elegir la sentencia VERDADERA con respecto a la demencia por cuerpos de Lewy difusos: (2019 enero)

- a) Puede tener utilidad en su tratamiento la rivastigmina, un inhibidor de la acetilcolinesterasa que también tiene indicación en la enfermedad de Alzheimer.
- b) El parkinsonismo es siempre la primera manifestación.
- c) A diferencia de la demencia vascular, no tiene fluctuaciones diurnas.
- d) Es la demencia degenerativa de más larga supervivencia.
- e) Las alucinaciones auditivas están siempre presentes.

→ demencia cuerpos Lewy - tto = Rivastigmina

*correcta: a

. Varón de 78 años, con antecedentes de hipertensión arterial mal controlada desde hace 30 años, Diabetes Mellitus, dislipemia, cardiopatía isquémica e ictus isquémico hace 5 años. Profesor de educación secundaria, jubilado. Consulta por historia de más de un año de evolución de dificultad para encontrar objetos cotidianos: llaves, teléfono móvil. Se desorienta en sitios conocidos, no reconoce a familiares no cercanos, vecinos. Ha dejado de conducir y llevar los asuntos económicos y presenta importante irritabilidad. Se realiza un test de MOCA con una puntuación 20/30 a expensas de disfunción visuo-espacial y ejecutiva. En la resonancia magnética se observa leucoaraiosis grado III y lesiones isquémicas de pequeño vaso. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2024 enero)

- a) Enfermedad de Alzheimer.
- b) Demencia fronto-temporal.
- c) Demencia por cuerpos de Lewy.
- d) Demencia vascular.

*correcta: d

. Varón de 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial mal controlada desde hace 30 años, Diabetes Mellitus, dislipemia, cardiopatía isquémica e ictus isquémico hace 5 años. Profesor de educación secundaria, jubilado. Consulta por

historia de más de un año de evolución de dificultad para encontrar objetos cotidianos: llaves, teléfono móvil. Se desorienta en sitios conocidos, no reconoce a familiares no cercanos, vecinos. Ha dejado de conducir y llevar los asuntos económicos y presenta importante irritabilidad. Se realiza un test de MOCA con una puntuación 20/30 a expensas de disfunción visuo-espacial y ejecutiva. En la resonancia magnética se observa leucoaraiosis grado III y lesiones isquémicas de pequeño vaso. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2025 enero)

- a) Enfermedad de Parkinson.
- b) Demencia vascular.
- c) Demencia por cuerpos de Lewy.
- d) Parálisis supranuclear progresiva.

→ deterioro cognitivo de causa vascular:

- haber sufrido ictus duplica riesgo sufrir demencia en futuro
- sobre todo en pacientes: hipertensos + diabéticos

*correcta: b

. En un paciente con demencia señalar la respuesta verdadera: (2016 junio)

- a) No todos los pacientes con deterioro cognitivo ligero evolucionan hacia la demencia.
- b) El marcador biológico (prueba que determina el diagnóstico) de la enfermedad de Alzheimer es el PET.
- c) La demencia es una enfermedad degenerativa que no tiene tratamiento.
- d) El tratamiento de la enfermedad de Alzheimer se basa en los anticolinérgicos.
- e) La demencia vascular solo se da en sujetos hipertensos.

→

*correcta: a

. Un paciente de 88 con buen estado general se trata por insomnio con 2 mg de alprazolam (tiempo medio de eliminación: 12 horas), en dosis única la hora de cenar. A partir de entonces comienza con un cuadro de intensa ansiedad, agitación e irritabilidad que se inicia a diario a las 17 horas y cede tras la cena. El resto del tiempo la situación del paciente es normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2018 enero)

- a) Demencia por cuerpos de Lewy.
- b) Demencia vascular.
- c) Enfermedad de Alzheimer, variante aguda.
- d) Demencia farmacológica intermitente.
- e) Síndrome de abstinencia por benzodiazepinas.

→ no drama, no lo hemos visto (o eso quiero creer yo)

*correcta: e

3. CEFALÉAS PRIMARIAS

. ¿Cuál de las siguientes estructuras craneales no es sensible al dolor? (2020 julio) 2015 junio)

- a) Senos venosos.
- b) Arteria temporal superficial.
- c) Meninges.
- d) Periestio craneal.
- e) Parénquima cerebral.

→ cefalea - patogenia = estructuras craneales:

- sensibles dolor:

- periestio craneal (piel, músculo, ... rodea cerebro)
- arteria: meníngea media + temporales superficiales
- grandes senos venoso intracraneales (seno cavernoso)
- meninges = parte duramadre + arterias
- nervios sensitivos = II-VI + IX-X + C1-C3

- NO sensibles dolor:

- hueso craneal
- epéndimo ventricular
- plexos coroideos
- venas/arterias piales (intracerebrales) [*aneurisma cerebral NO duele - fuera cerebro sí]
- parénquima cerebral

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes se considera un signo de alarma en cefaleas?: (2020 julio) (2019 enero)

- a) Cefalea recurrente en paciente menor de 50 años.
- b) Cefalea que se presenta de forma preferente durante la noche.
- c) Cefalea de curso fluctuante.
- d) Cefalea que empeora con la menstruación.
- e) Cefalea que no empeora con los esfuerzos físicos y maniobras de Valsalva.

→ cefalea - signos alarma:

- comienzo tardío (>50a)
- agravada/provocada x esfuerzos físicos/maniobras Valsalva
- presentación predominantemente nocturna
- comienzo brusco
- intensidad/frecuencia creciente/empeoramiento
- localización predominante nocturna

*correcta: b

. Cal dos seguintes considérase un signo de alarma en cefaleas? (2020 enero) (2018 enero) (2017 junio) (2017 enero)

- a) Cefalea asociada a náuseas.
- b) Cefalea que se presenta durante o día.
- c) Cefalea de curso fluctante.
- d) Cefalea que empeora coa menstruación.
- e) Cefalea de novo en paciente maior de 50 anos.

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes no se considera un signo de alarma en cefaleas? (2016 junio) (2015 junio) 2015 enero)

- a) Cefalea en paciente mayor de 50 años.
- b) Cefalea que se presenta durante el sueño.
- c) Cefalea de instauración aguda.
- d) Cefalea que empeora con la menstruación.
- e) Cefalea que empeora con los esfuerzos físicos y maniobras de Valsalva.

*correcta: d

. En la fisiopatología de la migraña, ¿cuál de las siguientes es VERDADERA? (2025 enero)

- a) El sistema reticular ascendente es la estructura del SNC más implicado en la producción del dolor.

- b) La activación del sistema trigémino vascular tiene un papel desatado en la producción del aura.
- c) La activación de la corteza cerebral es el principal mecanismo en la producción del aura migrañosa.
- d) La activación del hipotálamo posterior es un mecanismo fundamental en la producción de los síntomas asociados a la cefalea (fotofobia y fonofobia).

*correcta: c

. En la fisiopatología de la migraña, ¿cuál de las siguientes es verdadera? (2024 enero)

- a) El sistema reticular ascendente es la estructura del SNC más implicado en la producción del dolor.
- b) La activación del sistema trigémino vascular tiene un papel desatado en la producción del aura.
- c) La activación del hipotálamo posterior es un mecanismo fundamental en la producción de los síntomas asociados a cefalea (fotofobia y fonofobia).
- d) La actuación de la corteza cerebral es un mecanismo fundamental en la producción del aura migrañosa.

*correcta: d

. En relación coa fisiopatología da hemicrania, sinalar a resposta FALSA: (2023 enero)

- a) Os pródromos da hemicrania relaciónanse coa actividade hipotalámica.
- b) O aura migrañosa relaciónase coa actividade do tronco cerebral.
- c) A cefalea da hemicrania relaciónase coa inflamación neurogénica extracerebral.
- d) Os síntomas asociados á cefalea relaciónase coa activación do ganglio esfenopalatino.

→ migraña

- pródromo = disfunción hipotalámica
- aura = trastorno función cortical
- cefalea
 - terminaciones trigémino-vasculares liberan GCRP = neuroinflamación + vasodilatación = dolor
 - [ON] ganglio esfenopalatino

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la migraña? (2021 enero)

- a) El fenómeno del aura visual se produce en la corteza cerebral.
- b) La cefalea de la migraña se produce por activación del nervio facial.
- c) En la fisiopatología de la migraña es importante la liberación de varios neuropéptidos como CGRP, VIP o sustancia P.
- d) Los núcleos del rafe medio y del locus coeruleus se activan durante la crisis de migraña.
- e) Las auras pueden ser de tipo visual, sensitivo y del lenguaje.

→ migraña -aura

- trastorno función cerebral - comienza en lóbulo occipital = manifestaciones visuales
- hiperexcitabilidad cortical = se van excitando neuronas - propagan - expanden:

1. corteza occipital (síntomas visuales) → 2. corteza parietal (afectaciones sensitivas) → 3. afectaciones motoras

*si afecta hemisferio dominante = alteraciones lenguaje

→ fase dolor / cefalea

- vías dolor: NRD + LC <= 1ª disfunción tronco cerebral
- núcleo rafe dorsal (NRD) = ppl fuente serotonina (5-HT) cerebro = [OFF] transmisión dolor ME+vía trigémino-vascular + regula tono vascular cerebral
 - migraña = hipoactividad del NRD = (-) serotonina → sensibilización trigeminal + vasodilatación meníngea = dolor
- locus coeruleus (LC) = ppl fuente noradrenalina cerebro → modula excitabilidad nociceptores trigeminales
 - migraña = alteraciones tono noradrenergico = aumenta excitabilidad neuronal = (+) CGRP = dolor
- hiperexcitabilidad corteza (aura) → [ON] sistema trigémino-vascular (haces neuronales trigeminales envuelven arterias durales-meníngeas) = vasodilatación + neuroinflamación = dolor
 - [ON] 1ª rama trigémino = terminaciones trigémino-vasculares = GCRP = dolor
 - *terminaciones trigémino vasculares = liberan sustancia P + NK-A
 - ramas trigémino → TE (núcleo) → parasimpático → ganglio esfenopalatino = VIP

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la migraña? (2020 julio) (2020 enero) (2019 enero) (2018 enero) (2017 junio) (2015 junio)

- a) El fenómeno del aura visual se produce en la corteza cerebral.
- b) La cefalea de la migraña se produce por activación del nervio facial.

- c) En la fisiopatología de la migraña es importante la liberación de CGRP.
 - d) Los núcleos del rafe medio y del locus coeruleus se activan durante la crisis de migraña.
 - e) Las auras pueden ser de tipo visual, sensitivo y del lenguaje.
- *correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes fármacos no se emplean en el tratamiento de la migraña? (2024 enero)

- a) Antagonistas de la sustancia P.
- b) Agonistas de los receptores serotoninérgicos 5HT_{1B} y 5HT_{1D}.
- c) Bloqueadores del CGRP.
- d) Beta-Bloqueadores.

→ migraña - tto

1. sintomático

- AINES

- agonistas serotoninérgicos selectivos receptores 5-HT_{1B/D} = triplanes (específico) → sumatriptan

- agonistas selectivos 5HT_{1F} = ditanes → lamitidan

- antagonistas receptores CGRP = gepantes → rimegepante

2. preventivo = betabloqueantes > antiepilépticos (topiramato-valproato) > calcio antagonistas (flunarizina) > antidepresivos (amitriptilina) > inyecciones toxina botulínica > Ac monoclonales antiCGRP (-umab)

*correcta: a

. En relación co tratamiento da hemicrania, sinalar a resposta FALSA: (2023 enero)

- a) A toxina botulínica emprégase na hemicrania crónica cando fracasa o tratamento farmacolóxico oral.
- b) Os Anticorpos monoclonais antiCGRP empréganse para tratar a hemicrania crónica cando fracasa o tratamento con toxina botulínica.
- c) Os calcioantagonistas nimodipino e nicardipino son útiles na prevención da hemicrania episódica.
- d) Os betabloqueantes propranolol e metoprolol son de útiles na prevención da hemicrania episódica.

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes fármacos no tiene utilidad en el tratamiento preventivo de la migraña? (2021 julio)

- a) Propranolol.
- b) Amitriptilina.
- c) Fenitoina.
- d) Topiramato.
- e) Flunarizina.

→ migraña - tto preventivo:

1. betabloqueantes (+imp) = propranolol + metoprolol

2. neuromoduladores (antiepilépticos) = topiramato

3. calcio-antagonistas = flunarazina

4. antidepresivos = amitriptilina

5. inyecciones toxina botulínica intracraneal

6. anticuerpos monoclonales antiCGRP

*correcta: c (*fenitoina = antiepiléptico)

. ¿Cuál de los siguientes fármacos es de escasa utilidad en el tratamiento de la migraña? (2020 enero) (2016 junio) (2015 junio) (2015 enero)

- a) Propranolol.
- b) Amitriptilina.
- c) Carbamacepina.
- d) Topiramato.
- e) Flunarizina.
- f) Fenitoína.

*correcta: c+f

. La presencia de lagrimeo con inyección conjuntival, rinorrea y ptosis palpebral en el mismo lado de la cefalea es muy sugestivo de: (2020 julio) (2020 enero) (2017 junio) (2015 junio) (2015 enero)

- a) Migraña con aura visual.

- b) Migraña asociada a cefalea tensional.
- c) Cefalea vascular secundaria a tumor.
- d) Cefalea en racimos.
- e) Neuralgia del trigémino.

→ cefalea trigémino-autonómicas:

- [ON] V1 trigémino = dolor intenso
- [OFF] reflejo autonómico trigémino-facial = [ON] parasimpático ipsilateral → síntomas autonómicos unilaterales: lagrimeo + ptosis + rinorrea + miosis + inyección conjuntival

*correcta: d

. En relación con el tratamiento de la Cefalea en Racimos, señalar la respuesta FALSA: (2025 enero)

- a) El betabloqueantes propranolol es de gran utilidad en la prevención de la cefalea en racimos episódica.
- b) La oxigenoterapia es un tratamiento de gran utilidad en las crisis de cefalea en racimos.
- c) El sumatriptan por vía subcutánea es muy eficaz en el tratamiento de la crisis de cefalea en racimos.
- d) El calcioantagonista verapamilo es de gran utilidad en la prevención de la cefalea en racimos.

*correcta: a (cuidado que te lías con tto migraña)

. En relación con tratamiento de la Cefalea en Racimos, señalar la respuesta FALSA: (2024 junio)

- a) Los betabloqueantes propranolol y metoprolol son de gran utilidad en la prevención de la cefalea en racimos episódica.
- b) La oxigenoterapia es un tratamiento de gran utilidad en las crisis de cefalea en racimos.
- c) El sumatriptan por vía subcutánea es muy eficaz en el tratamiento de la crisis de cefalea en racimos.
- d) El calcioantagonista verapamilo es de gran utilidad en la prevención de la cefalea en racimos.

*correcta: a

. En relación con tratamiento de la Cefalea en Racimos, señalar la respuesta FALSA: (2023 enero)

- a) Los betabloqueantes propranolol y metoprolol son de gran utilidad en la prevención de la cefalea en racimos episódica.
- b) La oxigenoterapia es un tratamiento de gran utilidad en las crisis de cefalea en racimos.
- c) El sumatriptan por vía subcutánea es muy eficaz en el tratamiento de la crisis de cefalea en racimos.
- d) El calcioantagonista verapamilo es de gran utilidad en la prevención de la cefalea en racimos.

*correcta: a

. Varón de 28 años con un cuadro de 3 semanas de duración de episodios de dolor intenso de media hora de duración que localiza en el hemicráneo izquierdo y que se acompaña de lagrimeo en el ojo izquierdo. El dolor suele aparecer sobre las 11 de la mañana y sobre las 19h de la tarde. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? (2014 enero)

- a) El diagnóstico más probable es de migraña sin aura.
- b) El tratamiento de elección es un triptán por vía subcutánea.
- c) El verapamilo puede ser utilizado como fármaco profiláctico.
- d) La inhalación de oxígeno puede yugular una crisis de dolor.
- e) Este tipo de cefalea es más frecuente en los hombres que en las mujeres.

→ cefaleas trigémino-autonómicas - cefalea en racimos:

- migraña de los hombres (hombres 4:1 mujeres) → hombres corpulentos jóvenes
- fisiopatología = origen hipotálamo → ritmo circadiano = dolor siempre horas concretas
- tto:

1. sintomático ⇒ alta eficacia = O₂ x mascarilla + sumatriptan subcutáneo
2. preventivo ⇒ permanentes = verapamilo

*correcta: a

. Mujer de 64 años que desarrolla bruscamente un cuadro de cefalea hemicraneal intensa, pulsátil, con náuseas y vómitos. ¿qué actitud deberá tomar? (2014 enero)

- a) Administrar inmediatamente un triptán.
- b) Esperar a que terminen las náuseas para administrar un triptán.
- c) Solicitar una TC cerebral urgente.
- d) Realizar una punción lumbar.
- e) Administrar 50mg de amitriptilina.

*correcta: c

4. CEFALÉAS SECUNDARIAS

. De los siguientes signos de alarma en las cefaleas, ¿Cuál se relaciona más con la asociación con enfermedades vasculares? (2024 enero)

- a) Cefalea de aparición tardía (aparición en pacientes mayores de 50 años).
- b) Cefalea de presentación súbita.
- c) Cefalea de presentación progresiva.
- d) Cefalea de presentación gravativa (empeora con los esfuerzos físicos).

*correcta: b

. En relación con las cefaleas secundarias, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?: (2025 enero)

- a) La cefalea asociada con la malformación de Chiari suele estar desencadenada por esfuerzos físicos y maniobras de Valsalva.
- b) La cefalea asociada a hipertensión endocraneal suele presentarse por las noches de forma preferente.
- c) Las cefaleas asociadas a malformaciones vasculares suelen ser generalmente unilaterales.
- d) La cefalea asociada a hipotensión licuoral suele empeorar con la tos y maniobras de Valsalva.

*correcta: d

. En relación coas cefaleas secundarias, cal das seguintes afirmacións é FALSA?: (2024 junio) (2023 enero)

- a) A cefalea asociada coa malformación de Chiari adoita estar desencadeada por esforzos físicos e manobras de Valsalva.
- b) A cefalea asociada a hipertensión endocraneal adoita presentarse polas noites de forma preferente.
- c) As cefaleas asociadas a malformacións vasculares adoitan ser xeralmente unilaterais.
- d) A cefalea asociada a hipotensión licuoral adoita empeorar coa tose e manobras de Valsalva.

→ cefaleas 2ª - signos alarma:

- cefalea intensa comienzo brusco = hemorragia subaracnoidea + tromboflebitis intracraneal
- curso progresivo = tumor
- comienzo tardío >50a = arteritis temporal
- manifestaciones acompañantes (fiebre, crisis epilepsia, ...) = meningitis
- asociada a signos neurológicos = trombosis senos cerebrales
- frecuencia/intensidad frecuente
- estrictamente unilateral (NO CTA) = malformación vascular (recuerda tb cefaleas 1ª cefaleas trigémino-autonómicas)
- agravada/provocada x esfuerzos físicos/Valsalva = malformación Chiari + tumores fosa posterior
- presentación predominante nocturna = tumores cerebrales + sd hipertensión endocraneal

*correcta: d

. En relación con las cefaleas secundarias, ¿cual de las siguientes afirmaciones es falsa? (2024 enero)

- a) La aparición de una cefalea de novo en pacientes mayores de 50 años se considera un criterio de alarma.
- b) La aparición de una cefalea aguda de comienzo súbito obliga a realizar siempre una prueba de neuroimagen para descartar una posible causa vascular.
- c) El infarto cerebral de tipo cardioembólico es la principal causa de cefalea aguda de comienzo súbito en pacientes menores de 50 años.
- d) La aparición de una cefalea aguda de comienzo súbito obliga a descartar la existencia de una posible hemorragia subaracnoidea.

→ cefalea x enfermedad vascular cerebral - causas (+)frec = hemorragia subaracnoidea + tromboflebitis

- 20-40% infartos cerebrales

*correcta: c

. La presencia de una cefalea de carácter ortostático (empeora con el decúbito y mejora al levantarse) es muy sugestivo de: (2021 julio)

- a) Tromboflebitis intracraneal.
- b) Tumor de la fosa cerebral posterior.
- c) Malformación de Chiari.
- d) Cefalea por hipotensión licuoral.
- e) Hipertensión intracraneal idiopática.

→ cefalea x hipopresión LCR = cefalea ortostática = dolor de cabeza al ponerse de pie + desaparece en decúbito

*la que se describe no es la cefalea ortostática es cefalea que mejora al levantarse y empeora al tumbarse, es decir, empeora al llegar más sangre al cerebro sea aumento PIC

*correcta: cefalea ortostática d / cefalea empeora tumbado e

. El método diagnóstico más útil para el diagnóstico de la cefalea asociada a hipotensión del LCR es: (2025 enero) (2024 enero)

- a) RM cerebral con contraste.
- b) TC cerebral con contraste.
- c) Punción lumbar con manometría y estudio de LCR.
- d) Estudio de fondo de ojo y medición de la presión intraocular.

→ cefalea 2ª x hipotensión LCR - dx = RMN con contraste (gadolinio)

- contraindicada punción lumbar x desgarro meninges = hematoma subdural

*correcta: a

. Muller de 34 años, obesa e con antecedentes de HTA, que presenta un cuadro de cefalea de predominio matutino, asociado a visión borrosa e pérdidas transitorias de visión. Na exploración neurológica obsérvase un edema de papila bilateral. O estudo de neuroimagen (TC cerebral) non demostra alteracións. A primeira posibilidade diagnóstica é: (2024 junio)

- a) Hemicrania con aura visual.
- b) Cefalea asociada a malformación vascular.
- c) Cefalea asociada a Malformación de Chiari.
- d) Cefalea por hipertensión intracraneal idiopática.

*correcta: d

. Mujer de 34 años, obesa y con antecedentes de HTA, que presenta un cuadro de cefalea de predominio matutino, asociado a visión borrosa y pérdidas transitorias de visión. en la exploración neurológica se observa un edema de papila bilateral. El estudio de neuroimagen (TC cerebral) no demuestra alteraciones. La primera posibilidad diagnóstica es: (2022 enero)

- a) Migraña con aura visual.
- b) Cefalea asociada a malformación vascular.
- c) Cefalea asociada a Malformación de Chiari.
- d) Cefalea por hipertensión intracraneal idiopática.

*correcta: d

. Mujer de 34 años, obesa y con antecedentes de HTA, que presenta un cuadro de cefalea de predominio matutino, asociado a visión borrosa y pérdidas transitorias de la visión. En la exploración neurológica se observa un edema de papila bilateral. El estudio de neuroimagen (TC cerebral) no demuestra alteraciones. La primera posibilidad diagnóstica es: (2021 julio) (2021 enero)

- a) Migraña con aura visual.
- b) Cefalea asociada a malformación vascular.
- c) Cefalea asociada a malformación de Chiari.
- d) Cefalea en racimos.
- e) Cefalea por hipertensión intracraneal idiopática.

→ cefalea secundaria - cefalea por hipertensión LCR:

- mujeres obesas 20-30a
- cefalea matutina + empeora con maniobras vasalva + sensación embotamiento cabeza (+ ruidos/acúfenos/tinnitus)
- afecta mucho nervio óptico = oscurecimiento visual = pérdidas transitorias visión monocular
- papiledema
- dx => neuroimagen para descartar HTIC maligna (tumores, lesiones orgánicas) = imagen no patológica → LCR (dx-terapéutico)

*correcta: e

. En relación con la neuralgia del trigémino, cual de las siguientes afirmaciones es falsa: (2022 enero)

- a) Generalmente afecta a la segunda o tercera rama del trigémino.
- b) Se puede desencadenar con el estímulo táctil en la cara o con el frío.
- c) Suele respetar el sueño y el paciente no se despierta por el dolor.
- d) Generalmente son bilaterales.

*correcta: d

. En relación con la neuralgia del trigémino, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?: (2021 julio)

- a) Generalmente afecta a la segunda o tercera rama del trigémino
- b) Se puede desencadenar con el estímulo táctil en la cara o con el frío.
- c) Suele respetar el sueño y el paciente no se despierta por el dolor.
- d) Generalmente son bilaterales.
- e) La mayoría de los casos son de origen idiopático.

→ neuralgia trigémino:

- st V2 + V3
- dolor NUNCA/casi nunca bilateral
- si paciente duerme = desaparece dolor => neuralgia nunca despierta paciente
- desencadenar: espontáneamente / estimulación nervio (ej: caricia/afeitarse) -> puntos gatillo
- etiología = >idiopática (pero hay que revisar trayecto nervio por si lesión orgánica como quiste)

*correcta: d

. La aparición de una hipostesia en la región frontal del mismo lado en un paciente diagnosticado de Neuralgia esencial de segunda rama del trigémino: (2024 enero)

- a) Indica que la neuralgia comenzara a afectar a la primera rama del trigémino.
- b) Es frecuente cuando el paciente está mal controlado.
- c) Obliga a aumentar el tratamiento farmacológico.
- d) Obliga a descartar una lesión compresiva del trigémino.

→ neuralgia trigémino = sensibilidad conservada (NO afecta funcionalidad sensitiva nervio)

- etiología idiopática (pero! obligado estudio trayecto nervio x posible irritación)

*correcta: d

. ¿Cal das seguintes neuralxias pode asociarse de forma característica á presenza de arritmias cardíacas ou síncope? (2024 junio)

- a) Neuralxia do trixémino (cando se afecta a terceira rama).
- b) Neuralxia supraorbitaria.
- c) Neuralxia occipital
- d) Neuralxia glossofarinea.

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes neuralgias se puede asociar de forma característica a la presencia de arritmias cardíacas o síncope? (2021 enero) (2021 enero)

- a) Neuralgia del trigémino (cuando se afecta la tercera rama).
- b) Neuralgia supraorbitaria.
- c) Neuralgia occipital.
- d) Neuralgia glossofaríngeo.
- e) Neuralgia de nervio intermedio.

→ neuralgia glossofaríngeo:

- glossofaríngeo = sensibilidad: 1/3 post lengua + faringe + región amigdalina + velo paladar => desencadenante neuralgia : masticar + tragar + bostezar + toser
- proximidad nervio vago = asocia: arritmias cardiacas + síncope

*correcta: d

. Un paciente con dolor neurálgico orofaríngeo y desmayos, que surgen al intentar deglutir padecerá: (2019 enero)

- a) Una neuralgia del IX par.
- b) Una neuralgia del X par.
- c) Una enfermedad del seno carotídeo.
- d) Un síndrome del agujero condíleo anterior.
- e) Una neuralgia del V par.

*correcta: a

5. EPILEPSIAS I

. Señale la definición correcta de Epilepsia según la ILAE de 2014: (2020 julio)

- a) Para poder decir que un paciente es epiléptico es necesario que presente 2 ó más crisis epilépticas no provocadas o reflejas que ocurren con más de 24 horas de diferencia.
- b) Que tenga al menos 1 crisis epiléptica, con riesgo de recurrencia de un 60% en los siguientes 10 años.
- c) Si se diagnostica de un síndrome epiléptico.
- d) A y C son ciertas.
- e) Todas son ciertas.

→ epilepsia - def= 3 casos podemos dx epilepsia:

1. al menos 1 crisis (no provocada / refleja) siempre que riesgo recurrencia sea 60% próximos 10a
2. 2/+ crisis NO provocadas >24h diferencia entre ellas
3. dx Sd epiléptico

*correcta: e

. Señale la afirmación verdadera en relación a las crisis epilépticas: (2020 julio)

- a) Las crisis focales tienen su origen en redes limitadas a un hemisferio.
- b) Las crisis generalizadas se originan de forma simultánea en todas las neuronas del córtex cerebral.
- c) Las crisis focales tienen su origen en el tronco cerebral y desde allí la actividad se transmite a la corteza.
- d) Las crisis generalizadas se originan en algún punto de redes de descarga rápida bilateral.
- e) Son correctas A y D.

*correcta: e

. Señale la afirmación VERDADEIRA en relación ás crises epilépticas: (2020 enero)

- a) As crises focales teñen a súa orixe en redes limitadas a un hemisferio.
- b) As crises xeneralizadas orixínanse de forma simultánea en todas as neuronas do córtex cerebral.
- c) As crises focales teñen a súa orixe no tronco cerebral e desde alí a actividade transmítese á cortiza.
- d) As crises xeneralizadas orixínanse nalgún punto de redes de descarga rápida bilateral.
- e) Son correctas A e D.

→ crisis epiléptica:

- crisis parcial (focal/local) = origen en redes limitadas a un hemisferio (+ localización +/- amplia)
- crisis generalizadas = surgen+involucran rápidamente a redes distribuidas bilateralmente

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes factores pueden precipitar una crisis epiléptica? (2020 julio)

- a) Estrés.
- b) Olvido de tomar los fármacos antiepilépticos.
- c) Alcohol.
- d) Falta de sueño.
- e) Todos los anteriores.

→ epilepsia - factores precipitantes crisis (paciente epiléptico) = estrés > olvido fármacos > dormir mal > alcohol > ...

*correcta: e

. Cal dos seguintes factores poden precipitar unha crise epiléptica? (2020 enero)

- a) Tensión
- b) Esquecemento de tomar os fármacos antiepilépticos.
- c) Alcohol.
- d) Falta de sono.
- e) Todos os anteriores.

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en el Síndrome de Dravet?: (2025 enero)

- a) El Síndrome de Dravet es una encefalopatía epiléptica severa de inicio en los primeros años de vida.
- b) Se debe a una mutación del gen SCN1A en un 70% de los casos aproximadamente.
- c) Suelen mejorar cuando los pacientes se tratan con fármacos antiepilépticos bloqueantes de los canales del sodio.
- d) Es una epilepsia de causa genética.

- epilepsia causa genética - sd Dravet (epilepsia mioclónica severa del lactante)
 - encefalopatía de comienzo en infancia (1º años vida)
 - herencia monogénica
 - gen SCN1A mutado 70% casos → codifica = subunidad alfa1 canal Na⁺
 - disfunción canales Na⁺ = niños empeora con administración bloqueantes canales Na⁺ ⇒ evitar fármacos
- *correcta: c

. Las mutaciones en proteínas de un canal iónico pueden aparecer en: (2015 enero)

- a) Epilepsias asociadas a enfermedades neurodegenerativas.
 - b) Epilepsias con herencia mendeliana simple.
 - c) Epilepsias asociadas a muerte súbita inexplicada.
 - d) Epilepsias con herencia no mendeliana.
 - e) Epilepsias poligénicas.
- epilepsia - causa genética ⇒ sd Dravet = epilepsia mioclónica severa lactante
- encefalopatía comienza en infancia
 - mutación de novo en gen SCN1A = canal Na⁺
- *correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes es CIERTA en el caso del déficit de GLUT-1? (2025 enero)

- a) El tratamiento de elección es la dieta cetogénica.
 - b) En el análisis de LCR se encuentra hipoglucorraquia.
 - c) Siguiendo el eje de clasificación de la Liga Internacional contra la epilepsia la etiología se podría incluir en 2 categorías: metabólica y genética.
 - d) Todas son ciertas.
- epilepsia causa metabólica = déficit GLUT-1
- hipoglucemia LCR
 - mutSLC2A1
 - tto = dieta cetogénica
- *correcta: d

. Paciente varón de 19 años que presenta un episodio de pérdida del conocimiento seguido de convulsiones generalizadas, con mordedura de lengua. Se recupera a los 11 minutos sin ninguna secuela, con excepción de dolor en la lengua y sensación de cansancio. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2016 junio) (2014 enero)

- a) Epilepsia generalizada mioclónica.
 - b) Epilepsia focal motora.
 - c) Epilepsia por alteración de los canales del calcio.
 - d) Crisis epiléptica.
 - e) Ausencias atípicas.
- crisis epilépticas generalizadas = crisis tónico-clónicas generalizadas:
- fase tónico-clónica = 1 fase tónica + 2 fase vibratoria/transición + 3 fase clónica (se puede morder la lengua)
 - fase recuperación postictal = 2-10min
- por qué las otras no:
- crisis ausencias atípicas = pérdidas de conciencia + inicio/final brusco → sec duración
 - crisis mioclónicas = contracciones involuntarias st en extremidades distales (manos) → frec pacientes caigan o se les caigan objetos manos
 - epilepsia frontal - crisis focales morales = NO pérdida conocimiento
- *correcta: d

. Varón de 19 años que presenta un primer episodio de pérdida del conocimiento seguido de mioclonías en extremidades superiores de menos de 3 minutos de duración, con recuperación rápida. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2017 enero)

- a) Epilepsia parcialmente secundariamente generalizada.
 - b) Crisis generalizada.
 - c) Epilepsia mioclónica.
 - d) Crisis parcial motora.
 - e) Crisis jacksoniana.
- *correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA en relación con la epilepsia? (2021 julio)

- a) La epilepsia de ausencias es una epilepsia generalizada.
- b) En las crisis epilépticas típicas del lóbulo temporal el paciente primero nota el aura y se suele seguir de desconexión del medio con automatismos orales o manuales y en el periodo postcrítico puede haber signos lateralizadores.
- c) En las crisis atónicas puede haber una disminución brusca del tono muscular en músculos flexores y extensores del cuello, tronco o extremidades, provocando a veces caídas al suelo.
- d) Todas son correctas.
- e) Ninguna es correcta.

*correcta: d

. Cal das seguintes afirmacións é VERDADEIRA? (2020 enero)

- a) Nas crises atónicas pode haber unha diminución brusca do ton muscular en músculos flexores e extensores do pescozo, tronco ou extremidades, provocando ás veces caídas ao chan.
- b) A epilepsia de ausencias é unha epilepsia focal.
- c) Nas crises epilépticas típicas do lóbulo temporal o paciente primeiro nota o aura e adóitase seguir de desconexión do medio con automatismos orais ou manuais e no periodo postcrítico ás veces hai signos lateralizadores.
- d) A e C son verdadeiras.
- e) Todas as respostas son verdadeiras.

→ crisis epilépticas generalizadas

- crisis ausencias típicas
- crisis ausencias atípicas

- crisis atónicas = disminución brusca tono muscular flexores/extensores en cuello/tronco/extremidades
 - expresión clínica = caídas + propulsión/retropulsión + cabeceos

→ epilepsia temporal - cronograma crisis lóbulo temporal:

1. aura (crisis parcial simple)
2. desconexión medio + mirada fija + midriasis = crisis parcial compleja
3. periodo postcrítico = signos lateralizadores (Indian lugar crisis) + confusión + desorientación + alt lenguaje

*correcta: d

. Señale la respuesta CORRECTA en relación a las crisis temporales: (2019 enero)

- a) Son crisis de duración muy breve, de pocos segundos.
- b) La clínica más habitual es desconexión del medio con automatismos orales o manuales.
- c) Si aparece una postura distónica, es del lado que origina las crisis.
- d) La clínica habitual es de sacudidas clónicas en el hemicuerpo contralateral.
- e) Las alucinaciones visuales simples (visión de luces de colores) son manifestaciones típicas.

→ epilepsia temporal - crisis parcial compleja = desconexión medio + mirada fija + midriasis → aquí se ven automatismos

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA en relación con la esclerosis mesial temporal? (2021 enero)

- a) El evento inicial puede ser una infección del SNC o convulsiones febriles en los primeros años de vida.
- b) Es el síndrome epiléptico focal más frecuente en el adulto.
- c) El evento inicial puede ser un traumatismo craneoencefálico en los primeros años de vida.
- d) Es un síndrome remediable con cirugía en algunos casos.
- e) Todas son correctas.

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes es cierta en el caso de la esclerosis mesial temporal? (2020 julio)

- a) Es el síndrome epiléptico focal más frecuente en el adulto.
- b) Es un síndrome remediable con cirugía en algunos casos.
- c) El evento inicial puede ser un traumatismo craneoencefálico, una infección del SNC o convulsiones febriles en los primeros años de vida.
- d) Todas son ciertas.
- e) A y C son ciertas.

→ epilepsia temporal - esclerosis mesial temporal:

- sd epiléptico focal (+)frec adulto

- evento inicial infancia = crisis febriles + meningoencefalitis + TCE + hipoxia ligera
- tto = Cx (resección zona afectada - lobectomía temporal)

*correcta: d

. La cirugía de la epilepsia más frecuente y con mejores resultados es: (2019 enero)

- a) La callosotomía.
- b) La hemisferectomía funcional.
- c) La cirugía de las displasias corticales.
- d) El implante de marcapasos vagales.
- e) La esclerosis mesial del lóbulo temporal.

*correcta: e

. Señale a resposta CORRECTA en relación ás crises da orixe temporal mesial: (2020 enero)

- a) Nas crises con orixe no lado esquerdo adoita haber compromiso da linguaxe.
- b) A presentación típica é a aparición de automatismos manuais contralaterais e man distónica ipsilateral á beira de inicio da crise.
- c) Adoitan precederse de aura visual (visión de figuras simples).
- d) É típica a presenza de xiro cefálico forzado durante todo o episodio.
- e) Ao final da crise adoitan aparecer mioclonías nas 4 extremidades.

→ epilepsia temporal - periodo postcrítico = alteración lenguaje

→ área lenguaje en hemisferio dominante que suele ser el izquierdo - si la crisis empieza ahí aparece disfasia

*correcta: a

. Señale la respuesta falsa en relación a las crisis epilépticas del lóbulo frontal: (2020 julio)

- a) Las crisis hipermotoras consisten en movimientos estereotipados y repetitivos.
- b) En las crisis de área motora y premotora puede aparecer una extensión tónica de las extremidades contralaterales.
- c) El paciente puede mantener la consciencia durante el episodio.
- d) En las crisis hipermotoras suele asociarse un período confusional posterior prolongado.
- e) En las crisis del centro oculógiro se observa una versión ocular forzada contralateral.

→ epilepsia frontal:

- recuperación rápida consciencia → a veces conservada

*correcta: d

. Cal das seguintes afirmacións é VERDADEIRA? (2020 enero)

- a) As crises epilépticas do lóbulo frontal adoitan ser breves, con actividade motora prominente e frecuentemente durante o soño.
- b) Signos lateralizadores nas crises epilépticas poden ser o signo do catro ou rascarse o nariz ao final da crise.
- c) O aura epigástrica ascendente adoita ocorrer ao comenzo dunha crise temporal.
- d) A e C son verdadeiras.
- e) Toas as anteriores son verdadeiras.

→ epilepsia temporal - aura = puede ser autonómica/visceral → (+) típica = epigástrica ascendente

→ epilepsia frontal:

- actividad motora prominente
- breve duración
- incidencia frecuente durante sueño

→ signos lateralizadores:

- rascado nariz - final crisis (ipsilateral)
- signo del 4 x lesiones frontales = extiende un brazo + flexiona contralateral
- escupir (hemisferio NO dominante)
- eructar (hemisferio dominante)

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA en relación con las crisis comiciales? (2021 julio) (2021 enero)

- a) En una crisis tónico-clónica generalizada el paciente nunca pierde la consciencia.
- b) Las crisis epilépticas del lóbulo frontal suelen ser breves, con actividad motora prominente y frecuentemente durante el sueño.

- c) El aura epigástrica ascendente suele ocurrir al comienzo de una crisis de origen occipital.
 - d) Un signo lateralizador en las crisis epilépticas de origen temporal es rascarse la nariz al final de la crisis con ambas manos.
 - e) En las crisis parciales complejas el paciente nunca pierde la conciencia.
- *correcta: b

. Sinale a asociación FALSA: (2020 enero)

- a) Crises frontais e versión cefálica e ocular forzadas contralaterais.
 - b) Crises occipitais e parestesias hemicorporais ipsilaterais.
 - c) Crises frontais e clonías contralaterais.
 - d) Crises parietais e dor hemicorporal contralateral.
 - e) Crises temporais e aura de "déjà vu".
- epilepsias por lóbulo cerebral afectado
- epilepsia temporal = aura → déjà vu
 - epilepsia frontal - crisis focales motoras - crisis jacksonianas = colonias contralaterales

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en cuanto a la localización del foco epiléptico? (2019 enero)

- a) Rascarse la nariz con una mano al final de la crisis epiléptica suele ser ipsilateral al foco.
 - b) En el signo del 4, el brazo extendido es contralateral al foco.
 - c) El lenguaje ictal durante una crisis comicial indica que tal crisis se inicia en el hemisferio dominante.
 - d) Si un paciente con crisis epilépticas refiere como síntoma inicial alucinaciones auditivas pensaremos en la región temporal lateral.
 - e) La sensación epigástrica ascendente nos suele orientar hacia un origen de las crisis en estructuras mesiales temporales.
- síntomas objetivos - alteración lenguaje:
- lenguaje/verbalización durante crisis = lenguaje ictal → hemisferio NO dominante
- epilepsia temporal - aura
- sensación autonómica/visceral = epigástrico ascendente (+típica)
 - alucinaciones olfatorias
- signos lateralizadores:
- rascado nariz (final crisis) → ipsilateral
 - signo 4 (x lesiones frontales) → flexiona brazo contralateral

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? (2018 enero)

- a) Para poder decir que un paciente es epiléptico es necesario que presente 2 o más crisis epilépticas no provocadas o reflejas que ocurran con más de 24 horas de diferencia o que tenga al menos 1 crisis epiléptica, con riesgo de recurrencia de un 60% en los siguientes 10 años.
- b) Un claro ejemplo de epilepsia generalizada es la epilepsia temporal mesial.
- c) En las crisis epilépticas típicas del lóbulo temporal el aura se suele seguir de desconexión del medio, automatismos orales o manuales y en el periodo post-crítico a veces hay signos lateralizadores.
- d) Signos lateralizadores en las crisis epilépticas pueden ser el signo del cuatro o rascarse la nariz al final de la crisis.
- e) Las crisis epilépticas del lóbulo frontal suelen ser breves, con actividad motora prominente y frecuentemente durante el sueño.

→ epilepsia temporal = epilepsia FOCAL (+) frecuente

*correcta: b

. En relación coa epilepsia Cal das seguintes afirmacións é VERDADEIRA? (2024 junio)

- a) As crises auditivas como alucinacións simples (siseos ou zumbidos) poden aparecer en lesións occipitais.
 - b) Nas ausencias típicas obsérvanse descargas síncronas no EEG en forma de punta-onda xeneralizadas a 3 Hz.
 - c) Un signo lateralizador nas crises epilépticas de orixe temporal é tocarse o nariz ao principio da crise.
 - d) Nas crises parciais complexas o paciente nunca perde a conciencia.
- crisis epilépticas generalizadas - crisis ausencias típicas = EEG punta-onda 3Hz
- crisis epilépticas focales - crisis parciais complejas = dif simples x pérdida conciencia
- epilepsia x lóbulo cerebral afectado:
- temporal = signos lateralizadores

- occipital = síntomas inicio visual
 - signos lateralizadores
 - rascar nariz al final crisis = ipsilateral
- *correcta: b

6. EPILEPSIAS II

. ¿Cuál es el estudio fundamental para diagnosticar una primera crisis epiléptica? (2020 julio)

- a) Una resonancia magnética con un protocolo de epilepsia.
- b) Un PET cerebral que muestre hipometabolismo en la zona epileptógena.
- c) Una detallada anamnesis, y mejor si se puede realizar con presencia de testigos.
- d) Un vídeoEEG para establecer el riesgo de una segunda crisis.
- e) Un TC cerebral con contraste sería suficiente.

→ epilepsia - dx = Hª clínica detallada → (+) importante + alguien nos tiene que contar lo que pasó

*correcta: c

. Cal das seguintes afirmacións é a CORRECTA? (2020 enero)

- a) No diagnóstico do paciente con crise epilépticas a anmnesis non ten moita importancia clínicamente.
- b) O vídeo-EEG con eléctrodos de superficie é importante para caracterizar e clasificar o tipo ou tipos de crises e para facer o diagnóstico de pseudocrisis.
- c) Os rexistros EEG nas primeiras 24 horas son máis sensibles que os máis tardíos.
- d) Todas as anteriores son correctas.
- e) B e C son correctas.

→ epilepsias - dx:

- Hª clínica detallado = (+) imp
- EEG = registros primeras 24h >sensibles que registros más tardíos
- vídeo- EEG con electrodos superficie = DD pseudo crisis + y eriza/clasifico tipo/s crisis (focales/generalizadas)

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la epilepsia?: (2025 enero)

- a) En la ausencia típica suele encontrarse en el EEG complejos punta-onda a 5 Hz.
- b) Un 20-30% de los pacientes remitidos a una unidad de epilepsia refractaria pueden tener crisis psicógenas no epilépticas.
- c) El vídeo-EEG de superficie nos permite hacer el diagnóstico diferencial entre crisis epiléptica y otros episodios paroxísticos no epilépticos.
- d) Suele ser una indicación de realizar una RM cerebral cuando el paciente tiene crisis focales.

→ crisis epilépticas generalizadas - crisis ausencias típicas ⇒ EEG: punta-onda generalizadas + bilaterales + sincronías a 3Hz (3 ciclos x segundo)

→ epilepsia - estudios neurofisiológicos/neuroimagen:

- EEG - imagen ausencia típica = puntas-ondas 3Hz
- vídeoEEG con electrodos superficie - indicaciones = dx diferencial pseudocrisis
- RNM - indicaciones = dx crisis focales x clínica/EEG

*correcta: a

. Cal dos seguintes NON é un dato a favor de que se trate dunha pseudocrise epiléptica? (2020 enero)

- a) Ollos pechados con forza.
- b) Apnea ictal.
- c) Lembra o episodio con detalle no caso de crises xeralizadas.
- d) "Pelvic thrusting".
- e) Mover a cabeza ou o corpo de lado a lado.

→ DD = crisis epiléptica tónico-clónica generalizada - crisis psicógena NO epilépticas [CPNE] (pesucrisis):

- CPNE subtipo hipermóvio = movimientos pélvicos (balanceo pélvico) + giro cabeza lado a lado + giro tronco sobre su eje
- CPNE subtipo inmóvil = oposición apertura párpados

*recordar el episodio con detalle es típico de pseudo crisis (creo que est Amal redactado o yo comprendo ña mas que regular, bastante probables) y la apnea ictal es típico de crisis epiléptica verdadera.

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta? (2018 enero)

- a) En el diagnóstico del paciente con crisis epilépticas la historia clínica tiene poca importancia.
- b) El vídeo-EEG con electrodos de superficie es importante para caracterizar y clasificar el tipo o tipos de crisis y para hacer el diagnóstico de pseudocrisis.

- c) El tratamiento de elección ante una primera crisis epiléptica es la asociación de 2 fármacos antiepilépticos (biterapia de inicio).
- d) En una mujer en edad fértil el fármaco de elección siempre es el ácido valproico.
- e) En los pacientes ancianos es necesario aumentar la dosis en un 15% y la titulación ha de ser más rápida que en los adultos de edad media.

*correcta: b

. ¿Cuál dos siguientes fármacos antiepilépticos non é un bloqueante das canles do sodio? (2024 junio)

- a) Carbamazepina.
- b) Fenitoína.
- c) Levetiracetam.
- d) Lamotrigina.

→ epilepsia - tto - fármacos bloqueantes canales calcio:

1ª generación = carbamazepina + fenitoína

2ª generación = lamotrigina + oxcarbamazepina

3ª generación = rufinamida + lacosamida + eslicarbamazepina

*correcta: c (levetiracetam = fijación vesícula sináptica SV2A 2ª generación)

. Cal das seguintes afirmacións sobre o tratamento antiepiléptico é VERDADEIRA?: (2024 junio)

- a) Nunha muller en idade fértil está indicada a lamotrigina e débese evitar o ácido valproico.
- b) O tratamento de elección ante unha primeira crise epiléptica é a biterapia.
- c) Nos pacientes anciáns é necesario utilizar doses máis altas.
- d) Todas son correctas.

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA en relación con el tratamiento antiepiléptico? (2021 enero)

- a) En una mujer en edad fértil el fármaco antiepiléptico de elección es siempre el ácido valproico porque es el único que no provoca malformaciones fetales.
- b) El tratamiento de elección ante una primera crisis epiléptica es la monoterapia.
- c) En los pacientes ancianos es necesario aumentar la dosis en un 30% más que en los adultos menores de 55 años cuando se inicia un tratamiento antiepiléptico.
- d) Ninguna es verdadera.
- e) Todas son verdaderas.

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta? (2020 julio)

- a) El tratamiento de elección ante una primera crisis epiléptica es la monoterapia.
- b) En una mujer en edad fértil el fármaco antiepiléptico a evitar es el ácido valproico porque provoca malformaciones fetales.
- c) En los pacientes ancianos es necesario aumentar la dosis en un 30% más que en los adultos menores de 55 años cuando se inicia un tratamiento antiepiléptico.
- d) La A y B son correctas.
- e) Todas son correctas.

→ epilepsia - tto:

- monoterapia (+) recomendado

- mujeres edad fértil → ¡contraindicado! valproato (teratogénico) → tto elección: lamotrigina

- ancianos → usar dosis (-) x: metabolismo (+) lento + (-) filtración renal +

*correcta: d

. Entre los siguientes, ¿qué fármacos recomendaría de primera elección para el tratamiento de una epilepsia focal idiopática? (2015 enero)

- a) Topiramato.
- b) Etoxisimida.
- c) Carbamacepina.
- d) Fenitoína.
- e) Levitiracetan.

→ epilepsia - tto - 1ª línea = levetiracetam + lacosamida + lamotrigina + eslicarbazepina + oxcarbazepina + carbamazepina
*correcta: e (aunq c también podría no?)

. La cirugía de la epilepsia más frecuente y con mejores resultados es: (2019 enero)

- a) La callosotomía.
- b) La hemisferectomía funcional.
- c) La cirugía de las displasias corticales.
- d) El implante de marcapasos vagales.
- e) La esclerosis mesial del lóbulo temporal.

→ esclerosis mesial temporal - tto = sd remediable con Cx

*correcta: e

. ¿En qué tipo de epilepsia estaría indicado el implante de un estimulador del nervio vago? (2018 enero)

- a) Epilepsia catastrófica de la infancia.
- b) Epilepsia refractaria multifocal.
- c) Esclerosis mesial temporal.
- d) Disritmia crónica idiopática.
- e) Ausencias.

→ epilepsia refractarias - tto - otras opciones = estimulador nervio vago / dieta cetogénica / Cx

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes no es un fármaco de elección para el estado de mal convulsivo? (2017 enero)

- a) Propofol.
- b) Lidocaína.
- c) Fenitoína.
- d) Diazepam.
- e) Etosuximida.

→ epilepsia - tto estatus epiléptico (crisis tan prolongadas/repetidas que impiden recuperación entre ellas)

1ª línea = benzodiazepinas IV (diazepam)

2ª línea = antiepilépticos IV → levetiracetam + ácido Valproico + lacosamida + fenitoína => + BZD

3ª línea (status epiléptico refractario) = midazolam + propofol

- etosuximida = uso para crisis de ausencias

*correcta: e

. En un estado de mal convulsivo el fármaco y dosis de elección es: (2015 enero)

- a) 400mg iv de fenobarbital.
- b) 14 mg iv de lorazepam.
- c) 100mg iv de tiopental.
- d) 10mg iv de diazepam.
- e) 400mg vo de valproato.

*correcto: d

. El tratamiento quirúrgico ideal en la epilepsia catastrófica del lactante es: (2016 junio)

- a) Estimulación vagal.
- b) Talamotomía.
- c) Hemisferectomía funcional.
- d) Resección del foco.
- e) La cirugía no está indicada en la infancia.

→ sd devastadores hemisféricos (epilepsia catastrófica lactante) - cx = hemisferectomía funcional

(info sacada de chatGPT)

*correcta: c

7. TRASTORNOS NIVEL CONCIENCIA + TRASTORNOS SUEÑO

(Lo relativo a trastornos del nivel de conciencias no lo he añadido puesto que no se ha visto en clase)

. Señale cuál de las siguientes es una parasomnia del sueño NREM: (2024 junio) (2024 enero)

- a) Sonambulismo.
- b) Síndrome de piernas inquietas.
- c) Narcolepsia.
- d) Insomnio.

. Señale cuál de las siguientes es una parasomnia del sueño NREM: (2021 enero)

- a) Sonambulismo.
- b) Trastorno de conducta del sueño REM.
- c) Síndrome de Klein-Levine.
- d) Narcolepsia.
- e) Síndrome de piernas inquietas.

*correcta: a

. Señale cuál de las siguientes es una parasomnia del sueño NREM:

- a) Terrores nocturnos.
- b) S. Klein-Levine.
- c) Narcolepsia.
- d) Bruxismo.

→ trastornos sueño - clasificación

1. Insomnio = agudo + crónico + sd Familiar letal
2. Trastornos respiratorios relacionados con sueño = SAHOS
3. Hipersomnia origen central = narcolepsia 1/2 + idiopática + recurrentes (sd Klein-Levine)
4. Trastornos ritmos circadianos sueño-vigilia
5. Parasomnias
 - sueño NO REM - trastornos despertar = sonambulismo
 - sueño REM
 - otras
6. Trastornos movimiento relacionados con sueño = sd piernas inquietas + movimiento periódicos piernas + ...

*correcta: a

. Señale cuál de las siguientes es una parasomnia del sueño REM: (2024 junio) (2023 enero)

- a) Parálisis del sueño aislada recurrente.
- b) Sexomnia (conductas sexuales durante el sueño).
- c) Sonambulismo.
- d) Todas son verdaderas.

→ parasomnias - sueño REM:

- trastornos conducta sueño REM
- parálisis sueño aislada recurrente
- pesadillas

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera en el caso del insomnio? (2020 julio)

- a) El insomnio es una patología muy poco frecuente en la población.
- b) Las estrategias farmacológicas son las primeras que tenemos que recomendar a un paciente con insomnio.
- c) La melatonina está indicada en el tratamiento del insomnio.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ insomnio

- trastorno sueño afecta población con (+)frec
- tto - estrategias NO farmacológicas = medidas generales higiénicas + técnicas relajación + terapia cognitivo-conductual
- tto - farmacológicas = 1.melatonina / 2.agonistas receptores BZD / 3.AD / 4.antipsicóticos

*correcta: c (según IA podría ser la e porque la melatonina no está indicada oficialmente para el insomnio crónico)

. En un paciente con insomnio familiar letal... (elegir VERDADERA): (2019 enero)

- a) Es frecuente el patrón periódico en el electroencefalograma.
- b) La prueba de neuroimagen cerebral más informativa es la RM.
- c) La prueba de neuroimagen más informativa es el PET.
- d) No se constaban alteraciones en la polisomnografía.
- e) No deben emplearse benzodiacepinas.

→ [IA]

- patrón ondas periódicas EEG = otra enfermedad priónica → Creutzfeldt-Jakob
- insomnio Familiar Letal - EEG = ralentización difusa
- prueba neuroimagen (+) informativa = PET ⇒ problema = degeneración tálamo → PET con glucosa = hipometabolismo talámico simétrico
- PSG = pérdida progresiva husos sueño + complejo K ⇒ (al final) desaparición total fases del sueño
- benzodiacepinas = aunque NO curan enfermedad + pueden ser poco eficaces xq el "interruptor" sueño (tálamo) está roto ⇒ se pueden usar forma paliativa → NO tto definitivo (que no existe).

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA en el caso de la Narcolepsia? (2025 enero)

- a) En la narcolepsia tipo 1 los pacientes suelen tener episodios de cataplejía
- b) Los niveles de hipocretina-1 en LCR menores de 25 pg/ml permiten hacer el diagnóstico de Narcolepsia.
- c) Representa la entrada de la fase NREM en vigilia.
- d) Todas las anteriores.

→ hipersomnias origen central - narcolepsias

- cataplejía = patognomónico narcolepsia tipo 1
- dx = niveles hipocretina-1 (orexina) en LCR $\leq 100 \text{ pg/mL}$
- representa entrada fase REM en vigilia

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera en el caso de la Narcolepsia? (2024 enero)

- a) Los pacientes pueden tener episodios de cataplejía.
- b) Los ataques de sueño diurnos pueden ocurrir mientras están conduciendo, viendo la TV o descansando y al despertarse se encuentran recuperados.
- c) Representan la entrada de la fase REM del sueño en vigilia.
- d) Todas las anteriores.

. Cal das seguintes afirmacións é VERDADEIRA no caso da Narcolepsia? (2020 enero)

- a) Os pacientes poden ter episodios de cataplejía.
- b) Os ataques de soño poden ocorrer mentres están a conducir, vendo a TV ou charlando con alguén.
- c) Representan a entrada en vixilia da fase NREM do soño.
- d) Todas as anteriores son verdadeiras.
- e) A e B son verdadeiras.

→ hipersomnias origen central - narcolepsia ⇒ clínica:

- ataques sueño irresistibles (conducir, ver TV, comer, ...)
- ensueños diurnos = explica la pronta entrada en fase REM
- cataplejía
- alucinaciones hipnagógicas/hipnopómpicas
- parálisis sueño
- trastornos sueño nocturno
- conducta automática

*cataplejía + alucinaciones + parálisis sueño = fenómenos que ocurren xq cerebro intenta entrar en fase REM cuando debería estar despierto

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera en el caso del Síndrome de Kleine-Levin? (2024 junio)

- a) Es una enfermedad priónica.

- b) Se utilizan hipnóticos para tratar el insomnio que padecen.
- c) Pueden tener hipersexualidad.
- d) Todas las anteriores.

→ hipersomnias recurrentes = sd Kleine-Levin => episodios/brotos con triada:

1. hipersomnia 18h
2. trastornos conducta = bulimia + hipersexualidad (desinhibición sexual)
3. alteración cognitiva = despersonalización

→ otras respuestas justificación:

- enfermedades priónicas = Creutzfeldt-Jakob / Insomnio Familiar Letal
- estos pacientes NO tienen insomnio = tienen hipersomnia (duermen demasiado) -> usar hipnóticos sería contraproducente

*correcta: c

. Señale cuál de la siguientes es VERDADERA en la parasomnia asociada a Ac frente IgLON5: (2025 enero)

- a) Es una parasomnia REM y NREM.
- b) Es una enfermedad neurodegenerativa.
- c) Los pacientes presentan confusión, apneas y somnolencia diurna como síntomas más frecuentes.
- d) Todas las anteriores.

→ parasomnia - asociada a Ac [vs] IgLON5

- provoca parasomnias NREM + REM = confusión + apnea + estridor + somnolencia diurna
- se considera Neuro degenerativa (taupatía atípica)

*correcta: d

	Narcolepsia	Hipersomnia idiopática	Kleine-Levin	Secundaria
sueño	corto + reparador	largo + NO reparador	episodios	depende causa
despertar	despejado	borrachera de sueño	confuso	variable
síntoma *	cataplejía	cefalea / síncope	bulimia / hipersexualidad	antecedente médico (TCE, tumor, ...)

Preguntas que me invento mientras estudio

. ¿Qué trastorno del sueño cuenta con una deficiencia de hipocretina 1 (orexina)?

- a) Narcolepsia.
- b) Insomnio familiar fatal.
- c) Síndrome de Kleine-Levin.
- d) Síndrome de piernas inquietas.

. Paciente de 27 años cuya punción lumbar nos muestra una deficiencia de hipocretina 1?

- a) Insomnio familiar fatal.
- b) Narcolepsia 1.
- c) Narcolepsia 2.
- d) Síndrome de Kleine-Levin.

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio diagnóstico de narcolepsia?

- a) Pérdida tono muscular desencadenada por emociones.
- b) Niveles de hipocretina 1 en LCR $\leq 100\text{pg/mL}$
- c) Latencia media del sueño $\leq 8'$.
- d) Dos o menos entrada en fase REM.

*correcta: d

8. ENFERMEDADES VASCULARES CEREBRO. ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO. ICTUS

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto a la zona de penumbra isquémica? (2016 junio)

- a) Es una región de tejido cerebral hipoperfundido.
- b) Las neuronas presentan una alteración funcional.
- c) Las neuronas mantienen la integridad estructural.
- d) Es una zona estable que no se modifica con el tiempo.
- e) Nos indica la zona de tejido cerebral potencialmente recuperable.

→ penumbra isquémica:

- zona periférica área necrosis = hipoperfundida + neuronas disfuncionales ¡pero! integridad estructural (viabilidad) mantenida
- capaces recuperar si se restablece flujo sanguíneo
- con el tiempo se va muriendo

*correcta:

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la fisiopatología del ictus isquémico es FALSA? (2025 enero)

- a) La zona de penumbra isquémica hace referencia al tejido cerebral isquémico que es potencialmente recuperable.
- b) La activación de los receptores NMDA por el glutamato conlleva la entrada en la célula de agua y sodio, siendo responsable del edema citotóxico.
- c) En la zona de tejido cerebral isquémico se pierde el mecanismo de autorregulación cerebral y el flujo sanguíneo cerebral depende directamente de la presión arterial.
- d) A nivel de la microcirculación cerebral se produce una respuesta inflamatoria mediada por citoquinas que es responsable del edema vasogénico.

→ ictus isquémico - fisiopatología:

- penumbra isquémica = zona hipoperfundida → neuronas disfuncionales ¡pero! mantienen integridad estructural → capaces recuperarse
- neurona NO O₂ = ∴ bomba Na⁺/K⁺ ATPasa = NO ATP ⇒ neurona NO energía = despolariza = libera glutamato → [ON] receptores =
 - AMPA = entrada masiva Na⁺ = arrastra H₂O = edema citotóxico
 - NMDA = entrada masiva Ca²⁺ = [ON] fosfolipasas/endonucleasas/proteinkinasas + radicales libres = muerte neuronal
- isquemia = [ON] respuesta inflamatoria → citoquinas = metaloproteasas 9 → disrupción BHE = paso leucocitos + H₂O → espacio extracelular = edema vasogénico

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA en relación con la fisiopatología del ictus isquémico? (2021 julio) (2021 enero)

- a) Desde el primer momento todo el tejido cerebral isquémico va a originar una lesión irreversible.
- b) Debido a la isquemia se liberan grandes cantidades de noradrenalina que originan un daño excitotóxico.
- c) La isquemia cerebral origina exclusivamente un daño neuronal.
- d) En el tejido cerebral isquémico se pierde la capacidad de autorregulación.
- e) La liberación de glutamato ejerce un papel neuroprotector.

→ isquemia cerebral

- NO proceso estático = tiempo-dependiente → inicialmente zonas hipoperfundidas mantienen viabilidad (penumbra) pero si no se abre oclusión → zona penumbra se va muriendo
- (-)O₂ neuronas = (-) ATP = despolarización neurona = glutamato = [ON] receptores
- AMPA = [IN] Na⁺ = [IN] H₂O = edema citotóxico (intracelular)
- NMDA = [IN]Ca²⁺ = -asas (enzimas) = muerte neuronal (x autodestrucción)
- FSC pierde autorregulación (vasoconstricción/dilatación) = vasoparálisis = FSC depende PA

*correcta: d

. Con respecto a la isquemia cerebral señale la FALSA: (2019 enero)

- a) El área de penumbra significa una zona de tejido potencialmente salvable.
- b) El cerebro dispone de mecanismos de autorregulación para mantener el flujo sanguíneo cerebral.
- c) El cerebro no depende de un aporte de oxígeno constante para mantener su correcto funcionamiento.
- d) El cerebro se ha protegido con redes anastomóticas vasculares.
- e) El concepto de ventana terapéutica se basa en la identificación de tejido en penumbra susceptible de ser rescatado.

→ ictus isquémico:

- cerebro = órgano NO capaz almacenar energía → dependiente aporte continuo O₂ + glucosa
- penumbra = zona periférica área necrosis → hipoperfundida con neuronas disfuncionales que mantienen viabilidad → capaces recuperarse
- en situación normal cerebri capaz autorregulador para mantener flujo sanguíneo cerebral constante a pesar cambios PA
- vascularización cerebro = carótidas + vertebrales ⇒ unión x polígono Willis

*correcta: c

. Señale la afirmación correcta, entre las siguientes, acerca de la amaurosis fugax: (2014 enero)

- a) Consiste en breves episodios de ceguera bilateral.
- b) Se asocia a dolor ocular.
- c) Su causa es isquemia transitoria en el lóbulo occipital.
- d) Puede deberse a estenosis de la carótida.
- e) Se confirma el diagnóstico al observar la palidez retiniana en la oftalmoscopia.

→ carótida interna = arteria oftálmica → ceguera monocular transitoria / amaurosis fugax

*correcta: d

. ¿Que territorio vascular está afectado nun paciente que presenta de forma brusca afasia motora, desviación conxugada da mirada cara á esquerda e trastorno sensitivo e motor do hemicuerpo dereito de predominio facio-braquial? (2024 junio)

- a) Ramas superiores da ACM esquerda.
- b) Ramas inferiores da ACM esquerda.
- c) Ramas profundas da ACM esquerda.
- d) ACP esquerda.

*correcta: a

. Acude al Servicio de Urgencias un varón de 72 años, con antecedentes de fibrilación auricular por presentar de forma brusca pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho y alteración del lenguaje. En la exploración neurológica presenta hemiparesia derecha Facio-braquio-crural, afasia de tipo motor y desviación oculocefálica hacia la izquierda sin alteración visual ni sensitiva. Se realiza TC cerebral urgente que no muestra alteraciones significativas. Según la exploración neurológica, ¿qué territorio vascular estaría afectado? (2018 enero)

- a) Arteria cerebral anterior izquierda.
- b) Ramas superiores de arteria cerebral media izquierda.
- c) Ramas inferiores de arteria cerebral media izquierda.
- d) Arteria cerebral posterior.
- e) Arteria basilar.

→ ACM - afectación ramas superiores:

- motor/sensitivo → cara + miembro superior → contralateral
- desviación oculocefálica lado lesión
- afasia motora/Broca (si afecta hemisferio dominante)

*correcta: b

. ¿Qué territorio vascular está afectado en un paciente que presenta de forma brusca pérdida de fuerza y sensibilidad en extremidad inferior derecha? (2021 julio)

- a) Arteria cerebral anterior izquierda.
- b) Arteria cerebral media izquierda.
- c) Arteria cerebral posterior izquierda.
- d) Arteria vertebral izquierda.
- e) Arteria basilar.

→ ACA = irriga cara interna hemisferios cerebrales

- corteza motora primaria MI
- corteza sensitiva primaria MI

→ ACA ⇒ ramas distales : (= debilidad + afectación sensitiva miembro inferior contralateral (predominio distal)

*correcta: a

. Ante una clínica de ictus cursando con hemianopsia homónima derecha y trastorno sensitivo en hemicuerpo derecho ¿cuál es la arteria que está afectada? (2025 enero)

- a) Arteria cerebral anterior izquierda.
- b) Ramas superiores de arteria cerebral media izquierda.
- c) Arteria cerebral posterior izquierda.
- d) Arteria basilar.

→ ACP - vascularización

- lóbulo occipital → corteza occipital = corteza visual → síntomas = hemianopsia/cuadranopsia homónima contralateral
- lóbulo temporal → memoria → sd amnésico con fabulación
- ramas profundas = tálamo perforantes + tálamo geniculadas → tálamo = sensibilidad → perfidia sensibilidad contralateral

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes entidades no constituye una fuente cardioembólica mayor de ictus isquémico? (2015 junio)

- a) Fibrilación auricular paroxística.
- b) Dilatación de aurícula izquierda.
- c) Trombo auricular izquierdo.
- d) Prótesis valvular mecánica.
- e) Infarto agudo de miocardio.

→ ictus cardioembólico - fuentes mayores de origen trombótico:

- trombo en AI/VI
- FA + FA paroxística
- sd seno enfermo
- flutter auricular sostenido
- IAM<1mes
- enfermedad valvular reumática mitral/aórtica
- prótesis valvular mecánica/biológica
- IM crónico Fe<28%
- IC FE<30% miocardiopatía dilatada
- endocarditis trombótica NO bacteriana

*correcta: b

. ¿Cuál es la causa más frecuente de ictus de tipo cardioembólico? (2024 junio) (2021 julio)

- a) Endocarditis infecciosa.
- b) Mixoma auricular.
- c) Foramen oval permeable.
- d) Fibrilación auricular.
- e) Acinesia apical.

→ ictus isquémicos - ictus cardioembólico ⇒ causa (+) frec = fibrilación auricular

*correcta: d

. Con respecto al ictus de origen cardioembólico señale la FALSA: (2019 enero)

- a) La fibrilación auricular es la causa más frecuente de ictus cardioembólico (50% de casos).
- b) El ictus embólico ocurre en el 2-4% de los pacientes con IAM.
- c) En el caso de IAM el periodo de mayor riesgo para la aparición de un ictus es el primer mes tras el IAM, pero persiste hasta el sexto mes, reduciéndose posteriormente, excepto en los casos de trombo mural persistente, acinesia o aneurisma.
- d) La insuficiencia cardíaca congestiva no aumenta el riesgo de ictus.
- e) En el caso de las endocarditis infecciosas el riesgo embólico es mayor en los primeros días, cuando las vegetaciones son grandes y móviles.

→ ictus cardioembólico - causas:

- FA = (+)frec = 50% casos
- IAM = 2-4% → (+) riesgo 1er mes - persiste 6º lexcepto!
- ICC = x5 riesgo ictus cardioembólico
- endocarditis infecciosa = (+) riesgo 1º días xq vegetaciones (+)grandes/móviles

*correcta: d

. Varón de 73 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes que acude por cuadro brusco de pérdida de fuerza en extremidades derechas e imposibilidad para la emisión del lenguaje. Se realiza TC cerebral urgente que no muestra alteraciones. Un ECG muestra ritmo sinusal. Se realiza dúplex de troncos supraaórticos que muestra una placa de ateroma que origina una estenosis entre 50-70% de carótida interna izquierda, siendo el resto del estudio normal. Un eco-

cardiograma muestra ligera hipertrofia ventricular sin otras alteraciones. ¿Cuál es el diagnóstico etiológico de este paciente? (2016 junio)

- a) Infarto lacunar.
- b) Infarto cardioembólico.
- c) Infarto aterotrombótico.
- d) Infarto indeterminado.
- e) Infarto por disección carotídea.

→ ictus aterotrombótico:

- criterios TOAST = estenosis >50% (ipsilateral lesión)

→ descartamos otras:

- afasia = clínica cortical = NO lacunar
- ECG sinusal + ecocardio hipertrofia ventrículo sin alteraciones = NO cardioembólico
- no +FA / no pruebas negativas = NO indeterminado
- disección carotídea = típico jóvenes / post trauma

*correcta: c

. Paciente de 68 años, con antecedentes de hipertensión arterial que acude a Urgencias por cuadro brusco de pérdida de fuerza en hemicuerpo derecho. Realízase TC cerebral que no muestra alteraciones. Realízase angioTC de TSA que no muestra placas de ateroma, ECG en ritmo sinusal e Rx tórax sin alteraciones. Durante el ingreso realizase holter ECG que no muestra arritmias embolígenas, Ecocardiograma que descarta cardiopatía estructural e RM cerebral que muestra lesión isquémica aguda en cápsula interna izquierda de 15 mm de diámetro. ¿Cuál es la etiología del ictus? (2024 junio)

- a) Aterotrombótico.
- b) Cardioembólico.
- c) Lacunar.
- d) Indeterminado.

*correcta: c

. Varón de 67 años, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus que de forma brusca sufre un episodio de pérdida de fuerza en extremidades derechas. Se realiza RM cerebral de difusión que muestra lesión isquémica aguda en cápsula interna derecha (12mm). El dúplex de troncos supraaórticos muestra ateromatosis difusa con placas de ateroma en ambas carótidas internas que no originan repercusión hemodinámica. El electrocardiograma muestra ritmo sinusal y el ecocardiograma no evidencia alteraciones. ¿Cuál es el diagnóstico etiológico en este paciente? (2015 enero)

- a) Ictus cardioembólico.
- b) Ictus aterotrombótico.
- c) Ictus lacunar.
- d) Ictus indeterminado por estudio negativo.
- e) Ictus indeterminado por doble causa.

→ ictus lacunar:

- localización profunda = cápsula interna
- tamaño pequeño = <15mm diámetro
- oclusión arteria perforante = arterias lentículo-estriadas (ACM) → irrigan capsula interna (+ ganglios basales)
- ppl factores riesgo = HTA → lipohialinosis

→ descartamos otros ictus:

- cardioembólico = ECG ritmo sinusal (NO FA) + ecocardio normal
- aterotrombótico = ¡cuidado! placas en carótidas ¡pero! NO repercusión hemodinámica → para que placa sea culpable debe producir estenosis >50%
- indeterminado = NO estudio negativo (causa lacunar) + NO doble causa (xq placa carótida no llega umbral 50%)

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes características nos hace pensar en un ictus de origen aterotrombótico? (2021 enero)

- a) Inicio durante periodos de actividad.
- b) Presencia de un AIT en el mismo territorio en los días previos.
- c) Presencia de transformación hemorrágica.
- d) Lesiones en diferentes territorios vasculares.
- e) Presencia de convulsiones al comienzo.

→ AIT = ataque isquémico transitorio - etiología = aterotrombóticos 40%.

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes no se considera un síndrome lacunar? (2018 enero)

- a) Afasia motora aislada.
- b) Hemiparesia pura.
- c) Hemihipoestesia pura.
- d) Hemiparesia y hemihipoestesia ipsilateral.
- e) Disartria - mano torpe.

. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas no corresponden a un síndrome lacunar? (2015 enero)

- a) Afasia motora aislada.
- b) Hemiparesia derecha aislada.
- c) Hemihipoestesia izquierda aislada.
- d) Hemiparesia e hipoestesia derechas.
- e) Disartria y torpeza en mano derecha.

→ ictus lacunar:

- infarto subcorticales de pequeño tamaño → afectación profunda - NO afectación cortical = NO síntomas corticales: afasia + hemianopsia + negligencia
- sd clásicos = hemiparesia motora pura + sensitivo puro + sensitivo-motor + disartria-mano torpe

*correcta: a

. Un paciente acude a la consulta de Neurología tras sufrir un ictus isquémico 3 meses antes. Señale la respuesta CORRECTA respecto a la exploración neurológica de este paciente: (2020 enero)

- a) En caso de que la lesión se localice a nivel de la corteza frontal premotora se observará con frecuencia paratonía de la extremidad contralateral.
- b) En caso de que la lesión se localice en el troncoencéfalo, como consecuencia podría sufrir una diplopía monocular.
- c) En caso de que la lesión se localice a nivel cortical lo habitual es que presente un síndrome cruzado, con datos de afectación de las vías largas de un lado y los pares craneales del otro lado.
- d) Dado que se trata de una patología del sistema nervioso central lo habitual es que el tono muscular de las extremidades contralaterales a la lesión esté disminuido.
- e) En caso de que la lesión afecte a la vía corticoespinal objetivaremos la presencia de un reflejo cutáneo-plantar flexor contralateral a esta.

→ Ictus isquémico - ACA - sintomatología afectación ramas distales:

- paratonía (rigidez paratónica) = (+) tono muscular x NO poder relajar voluntariamente extremidad

→ explicación otras opciones:

- diplopía x lesión TE = binocular (visión doble en ambos ojos que desaparece al tapar uno) → *diplopía monocular suele ser problema ojo (NO sistema nervioso)
- Sd cruzado = ocurre exclusivamente en troncoencéfalo
- tono muscular disminuidos = característico ictus agudo ¡pero! han pasado 3 meses
- reflejo cutáneo-plantar extensor (babinski) = aparece si afecta vía corticoespinal (piramidal)

*correcta: a

. Con respecto al ataque isquémico transitorio (AIT) señale la verdadera: (2019 enero)

- a) Se trata de un déficit focal neurológico de comienzo brusco, de menos de una hora de duración, secundario a una disminución o ausencia de vascularización cerebral, que no produce isquemia posterior.
- b) Se trata de un déficit focal neurológico de comienzo brusco, de menos de 24 horas de duración, secundario a una disminución o ausencia de vascularización cerebral, que no produce isquemia posterior.
- c) Se trata de un déficit focal neurológico de comienzo brusco, de menos de 15 minutos de duración, secundario a una disminución o ausencia de vascularización cerebral, que no produce isquemia posterior.
- d) El riesgo de sufrir un infarto cerebral en el primer mes es del 90%.
- e) No han de estudiarse los pacientes con AIT, con antiagregarlos es suficiente.

→ ataque isquémico transitorio (AIT) = déficit neurológico focal - comienzo brusco - <1h duración - 2º disminución/ausencia vascularización cerebral → se recupera + NO deja síntoma/lesión estructural

*correcta: a

. Varón de 67 años hipertenso y fumador. Presenta un episodio de 12 minutos de duración de afasia motora y desviación de la comisura bucal. En las pruebas complementarias presenta una TC cerebral normal, un ECG normal y un Doppler que evidencia una estenosis carotídea izquierda superior al 70%. ¿Cuál es el riesgo que presente un infarto cerebral? (2017 enero)

- a) 5% en el primer mes.
- b) 10% en el primer año.
- c) > 10% en el primer mes.
- d) < 20% en los 5 primeros años.
- e) No significativo.

→ AIT:

- déficit neurológico focal → ACM superior = afasia motora + parálisis facial derecha
- comienzo brusco de <1h = dura 12'
- 2º ausencia/disminución vascularización cerebral = estenosis carotídea
- NO deja síntomas / lesión estructural = TC normal

→ AIT - pronóstico:

- 4-8% sufrir infarto en 1mes ⇒ 12% 1a ⇒ 25% 5a
- mayor riesgo en estenosis carotídea (>70%)

*correcta: a

*. El embolismo paradójico es: (2015 junio)

- a) Presencia de émbolos grasos en arterias retinianas.
- b) Presencia de embolias de naturaleza venosa en el territorio arterial por un cortocircuito arteriovenoso.
- c) Presencia de trombos arteriales en territorio venoso por un cortocircuito izquierda-derecha a nivel cardíaco.
- d) Embolismos arteriales que se lisan espontáneamente antes de producir infarto.
- e) Émbolos de aire producidos por microburbujas formadas en la circulación sistémica.

→

*correcta: b

9. DIAGNÓSTICO ICTUS ISQUÉMICO

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con el TC cerebral en la fase aguda del ictus? (2021 enero)

- a) Permite diferenciar entre isquemia y hemorragia.
- b) Una TC cerebral normal en la fase aguda excluye lesión isquémica.
- c) Se debe realizar de urgencia.
- d) El signo de la arteria cerebral media hiperdensa sugiere un trombo en dicha localización.
- e) La presencia de pérdida de diferenciación entre sustancia gris y sustancia blanca sugiere una lesión isquémica en dicha localización.

→ ictus - dx - TC:

- lesión isquémica = edema → hipodenso
 - signo indirecto = arteria cerebral media hiperdensa → trombo = estasis sanguíneo = coágulo + plaquetas + fibrina = (+) denso (blanco) > sangre circula
 - signos precoces = pérdida contraste sustancias blanca-gris
- lesión hemorrágica = sangre → hiperdensa
- diferencia ictus isquémico 1ª fases TC normal [VS] ictus hemorrágico 1er momento zona hiperdensa
- TC normal = descarta hemorragia cerebral

*correcta: b

. Na TC cerebral de perfusión que rexión indica unha zona de fluxo sanguíneo cerebral diminuído con volume sanguíneo cerebral normal? (2024 junio)

- a) Zona de penumbra isquémica.
- b) Infarto cerebral establecido.
- c) Hemoraxia cerebral.
- d) Trombose de seos venosos.

→ TAC perfusión ⇒ TTM (+) + FSC (-) + VSC (N) = zona isquémica (sangre llega, pero llega con dificultad)

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA en relación con la resonancia magnética en el diagnóstico del ictus isquémico? (2021 enero)

- a) Una lesión hiperintensa en secuencia de difusión nos marca la zona de penumbra isquémica.
- b) La secuencia de perfusión nos identifica la zona de infarto establecido.
- c) La secuencia de difusión identifica lesión isquémica aguda.
- d) Con la secuencia FLAIR podemos diferenciar una lesión isquémica aguda de una crónica.
- e) La angiorresonancia no es útil para valorar oclusiones arteriales de gran vaso.

→ ictus - dx - RNM

- FLAIR = lesión aguda NO resalta → lesión crónica SÍ ⇒ agua edema hiper intensa
- Difusión = marca zona necrótica
- Perfusión (DWI) = marca zona isquémica (zona penumbra)
- difusión + perfusión = identifica zona tejido cerebral salvable

*correcta: c (yo tb pensaba d cómo correcta)

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las pruebas de neuroimagen en el ictus/isquémico es CORRECTA? (2025 enero)

- a) La tomografía computarizada es más sensible que la resonancia magnética para detección de infartos lacunares
- b) En la secuencia de difusión de resonancia magnética las lesiones isquémicas agudas se identifican por ser lesiones hipointensas.
- c) Una tomografía computarizada normal realizada de forma precoz excluye el diagnóstico de ictus isquémico.
- d) La TC de perfusión es útil para identificar la zona de penumbra isquémica.

→ ictus isquémico - dx:

- TAC simple = ictus fase muy aguda (1º min post oclusión arteria) = NO tiempo [enough] cambios parénquima cerebral = TAC normal
- TAC perfusión = TTM (+) + FSC (-) + VSC (N) = zona isquémica (penumbra) [*VS (-) = zona necrosis → infarto establecido]
- RNM difusión = marca zona necrótica → lesión brilla (hiperintensa) de forma precoz
- RNM perfusión = marca zona isquémica → permite estimar zona penumbra

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias debemos realizar de manera urgente ante un paciente con ictus isquémico agudo? (2025 enero)

- a) Electrocardiograma.
- b) Ecocardiograma.
- c) Holter de 24 horas.
- d) Arteriografía convencional.

*correcta: a

. Cales dos seguintes procedimentos non é necesario de maneira urxente nun paciente cunha hemorraxia cerebral a tratamento con acenocumamol? (2020 enero)

- a) Unha exploración física e neurolóxica completa.
- b) A toma de tensión arterial.
- c) Un TC cerebral.
- d) Un estudo de coagulación don determinación de INR.
- e) Un TC de tórax urgente.

→ ictus - pruebas complementarias de urgencia:

- neuroimagen (TC/RNM cerebral)
- ECG
- Rx tórax
- estudio lab
- estudio vasos cerebrales + TSA

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias no es imprescindible realizar durante la fase aguda del ictus? (2018 enero)

- a) Neuroimagen (TC o RM).
- b) Electrocardiograma.
- c) Holter ECG.
- d) Radiografía de tórax.
- e) Duplex de troncos supraaórticos.

→ ictus - Dx - pruebas complementarias

- de urgencia = TC/RNM cerevral + ECG + Rx tórax + lab + estudio vasos (angioTAC/RNM)
- diferidas = ecocardio + otras lab + holter ECG + arteriografía convencional +

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias es imprescindible hacer de manera urgente en un paciente con un ictus isquémico agudo? (2016 junio)

- a) Electrocardiograma.
- b) Arteriografía convencional.
- c) TC cerebral con contraste.
- d) Ecocardiograma.
- e) Holter ECG.

→ Icuidadol te has lanzado a por la c pero el TC es imprescindible sin contraste

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes no es una prueba que forma parte del protocolo de urgencias para el diagnóstico del ictus? (2014 enero)

- a) Neuroimagen (TC o RM).
- b) Estudio de laboratorio.
- c) Electrocardiograma.
- d) Ecocardiograma transtorácico.
- e) Estudio ultrasonográfico.

→ te has liado y has puesto e porque no sabías ni a lo que se refería

- estudio ultrasonográfico = doppler
- creo que ha ida de hoy el eco-transesofagico si que entraría pero no se si con más o menos urgencia

*correcta: d

. Con respecto a las técnicas de imagen para el diagnóstico del ictus isquémico, señale la VERDADERA: (2019 enero)

- a) La RM encefálica es la prueba inicial a realizar, debido a su amplia disponibilidad en todos los centros asistenciales, la mejor visualización de infartos de territorio posterior y la escasa existencia de falsos negativos en secuencias de DWI.
- b) La neuroimagen multimodal en fase aguda nos ayuda a identificar el ictus isquémico, la existencia de un vaso cerrado y el tejido hipoperfundido susceptible de ser rescatado.
- c) Un TAC simple sin contraste NO es suficiente para la administración de tPA intravenoso una vez excluido la existencia de hemorragia cerebral.
- d) Se debe realizar una arteriografía en todos los pacientes con ictus isquémico.
- e) La realización de Doppler carotídeo es suficiente para el diagnóstico de ictus isquémico en urgencias y permite la administración directa de tPA.

→ ictus - dx

- prueba inicial = TAC → (+) disponible/rápido centros
- RNM - DWI (perfusión) [neuroimagen multimodal] = marca zona isquémica → difusión + perfusión = identifica tejido cerebral salvable
- arteriografía = prueba invasiva reservada casos concretos (trombosis venosas + vasculitis + malformaciones vasculares)

→ explicación otras [IA]

- TAC simple = descarta hemorragia → admin tPA (trombolítico) inmediatamente (sin esperar otras pruebas)
- para poner tPA [need] imagen parénquima cerebral (TC/RNM) excluyan hemorragia - NO vale con Doppler

*correcta: b

. No diagnóstico etiológico do ictus, en que situacións o ecocardiograma tranesofágico é máis útil que o transtorácico na detección de fontes cardioembólicas? (2024 junio)

- a) Arritmias embolíxenas.
- b) Defectos do tabique interauricular.
- c) Miocardiopatía dilatada.
- d) Zona de acinesia.

→ ictus isquémico - pruebas complementarias ⇒ ecocardiograma tranesofágico → (+) sensible > ecocardiograma transtorácico:

- anormalidades septo interauricular (aneurismas, foramen oval permeable)
 - trombos aurícula izquierda
 - lesiones ateroscleróticas de aorta ascendente
- eco transtorácico permite mejor visualización: orejuela AI + tabique interauricular + válvula mitral + aorta descendente

*correcta: b (corregida, gracias Manu :)

10. TRATAMIENTO ICTUS

. ¿Cuál de las siguientes situaciones tiene mayor probabilidad de tener una respuesta favorable a la administración de fibrinólisis con rtPA intravenoso? (2021 julio)

- a) Trombo fresco a proximal en ACM izquierda (a nivel de M1).
- b) Oclusión carotídea a nivel cervical de causa aterotrombótica.
- c) Oclusión de una arteria perforante en territorio lenticuloestriado.
- d) Oclusión distal en ACM derecha (a nivel de M2) de origen cardioembólico.
- e) Oclusión de carótida interna intracraneal.

→ fibrinólisis intravenosa - factores influyen recanalización - localización trombo:

- vasos distales = calibre (+) pequeño = trombo (+) pequeño = (+) fácil romper
- M2 cerebral media distal = consigue recanalización adecuada 44% casos
- M1 cerebral media proximal = 22%
- TICA carótida interna intracraneal = <10%

*¡cuidado! q por dárteles de lista ibas a poner las lenticuloestriadas, "las mas chicas las mas fáciles", pero chochete las lenticuloestriadas suelen producir isquemia x ictus lacunar, el mismo que se forma por lipohialinosis engrosando pared y la fibrinólisis le sirve de poco.

*correcta: d

. Paciente de 84 años que hace una hora sufre debilidad de extremidades izquierdas de inicio brusco. ¿Cuál de las siguientes sería una contraindicación absoluta para la realización de fibrinólisis intravenosa?: (2020 julio)

- a) Un TC cerebral sin contraste normal.
- b) Una medición de tensión arterial a su llegada a urgencias de 190/90 mmHg que se corrige de forma espontánea a valores de 150/80 mmHg.
- c) Un valor de INR de 2.
- d) Un antecedente de cáncer de próstata tratado hace tres años con cirugía y radioterapia, con revisiones posteriores sin recidiva.
- e) Una glucemia de 95 mg/dl.

→ fibrinólisis intravenosa - criterios exclusión:

- HTA mantenida a pesar tto (>185/105mmHg)
- diatesis hemorrágica = INR>17
- Cx mayor / traumatismo importante en los últimos 14 días

*TC se necesita hacer para desbaratar hemorragia

*correcta: c

. Es una contraindicación absoluta para la administración de fibrinólisis intravenosa: (2019 enero)

- a) Edad mayor de 80 años.
- b) Toma de un comprimido de acenocumarol 48 horas antes de la asistencia a urgencias con un INR de 1,3.
- c) Presencia de una hemorragia subaracnoidea perimesencefálica en el TC cerebral.
- d) Toma de antiepilépticos previa a la asistencia a urgencias.
- e) Glucemia de 85 mg/dl.

→ fibrinólisis intravenosa (rtPA) - criterios exclusión = hemorragia intracraneal (ej: HSA)

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes NO es criterio de exclusión para la administración de tPA intravenoso? (2019 enero)

- a) Tiempo de evolución de los síntomas desconocido.
- b) Paciente anticoagulado con Sintrom y con INR de 1,2 a su llega a urgencias.
- c) Imposibilidad de control de la TA, con cifras de TAS de 220 mmHg.
- d) Presencia de hemorragia en el estudio de TAC basal.
- e) Plaquetas por debajo de 100.000.

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de exclusión para el tratamiento fibrinolítico sistémico en el ictus isquémico? (2017 junio)

- a) Plaquetas <100.000/mm³.
- b) Glucemia > 220 mg/dL.

- c) Historia previa de hemorragia intracerebral.
 - d) Heparina en las 48h previas.
 - e) NIHSS > 25 en pacientes con infarto del territorio carotideo.
- tto fibrinolítico - criterios exclusión = heparina sódica últimas 24h

*correcta: d

→ deo mi fallo para aprender = "Heparina en dosis terapéuticas con TTPa elevado"

- si paciente ha recibido heparina (hace 24 o 48 horas) y su TTPa (tiempo de coagulación) sigue prolongado, NO se le puede dar rtPA = por tanto, la toma de heparina se considera criterio de exclusión potencial/absoluto dependiendo del laboratorio.
- hiper glucemia NO criterio exclusión → protocolo dice: "Administre insulina y proceda con el rtPA"

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de exclusión para tratamiento trombolítico intravenoso en un ictus isquémico? (2017 enero)

- a) Crisis comicial al inicio con hiperseñal en DWI en el territorio superficial de la arteria cerebral media.
- b) 75,000 plaquetas/mm³.
- c) INR 2.
- d) NIHSS 30.
- e) Fractura de cadera hace 37 días.

*correcta: e

. Mujer de 79 años, de 70 kg de peso, con antecedentes de fibrilación auricular por lo que recibía tratamiento anticoagulante con acenocumarol. Presenta de forma brusca pérdida de fuerza y sensibilidad en extremidades izquierdas, hemianopsia homónima izquierda y disartria. La paciente llega a Urgencias con 1 hora y 45 minutos desde el inicio de los síntomas. En ese momento su temperatura era de 36.3°C, su TA 193/105 mmHg y su glucemia 128mg/dl. En 40 minutos desde su llegada a Urgencias se dispone del resultado de la TC cerebral, que no muestra alteraciones, EKG que muestra fibrilación auricular a 93 lpm y estudio de laboratorio en el que destaca un INR de 1.83. ¿Cuál es el tratamiento más eficaz para este paciente?

(2016 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Tratamiento trombolítico con 6 mg de rtPA en bolo seguido de 57 mg en perfusión continua durante 1 hora.
- b) 10 mg de labetalol intravenoso en bolo.
- c) 6 UI de insulina rápida subcutánea.
- d) 1 gr de paracetamol intravenoso
- e) Suero glucosado.

→ para poder administrar rtPA [need] HTA<185/105

*correcta: b

. En pacientes con ictus del despertar es necesario tener en cuenta para la indicación de una trombectomía mecánica que: (2020 julio)

- a) Exista una zona de tejido cerebral en penumbra isquémica que determinaremos mediante una técnica de imagen cerebral multimodal (TC perfusión o RMN cerebral).
- b) Las enzimas hepáticas sean normales.
- c) El paciente no haya tomado antiagregantes previamente.
- d) Exista una oclusión de un gran vaso cerebral (arteria carótida interna, porción M1 de la arteria cerebral media o oclusión de la arteria basilar).
- e) Las respuestas A y D son correctas.

→ ictus al despertar - estudio wake-up = aplicar fibrinólisis IV pacientes con lesiones sugestivas en FLAIR/difusión (difusión = hiperdensidad = lesión isquémica)

- ¡cuidado! vas de cabeza a por la a lperoooooooo dice trombectomía mecánica → oclusión proximal circulación anterior (carótida interna intracraneal / ACM proximal)

*correcta: e

. ¿Qué debemos hacer ante un paciente que sufrió un ictus isquémico al que estamos realizando fibrinólisis intravenosa que comienza con cefalea y vómitos? (2021 julio) (2021 enero) (2020 julio) (2020 enero)

- a) Administrar manitol intravenoso.
- b) Descartar una crisis hipertensiva.
- c) Realizar un control de cifras de glucemia.
- d) Suspender infusión de rtPA y realizar un TC cerebral urgente.

e) Administrar paracetamol por vía oral.

→ ictus fase aguda - manejo complicaciones:

- si estamos dando rtPA intravenoso y durando hora infusión paciente empeora = [STOP] infusión + TAC craneal → ver si hemorragia (= compresión estructuras + deterioro neurológico)

*correcta: d

. Mujer de 73 años, sin antecedentes de interés que presenta de forma brusca pérdida de fuerza en extremidades derechas, afasia global y hemianopsia homónima derecha. Acude a Urgencias con 5 horas de evolución desde el inicio de los síntomas. Se realiza un TC cerebral que no muestra datos de patología intracraneal aguda, y TC cerebral de perfusión que muestra oclusión proximal de la ACM izquierda y extensa área de penumbra con pequeña. En el ECG se detecta una fibrilación auricular. Se obtiene el estudio completo a los 55 minutos de su llegada a Urgencias. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado durante la fase aguda? (2021 julio) (2021 enero)

a) Heparina sódica intravenosa.

b) Inicio de anticoagulación con acenocumarol.

c) Aspirina.

d) Fibrinólisis intravenosa con rtPA a dosis de 0,9 mg/kg de peso.

e) Trombectomía mecánica.

→ ictus - manejo fase aguda - 4'5-6h = angioTC → oclusión proximal = trombectomía mecánica

- para fibrinólisis i.v. = <4'5h

*correcta: e

. Paciente de 83 años, con vida previa independiente y antecedentes de fibrilación auricular por lo que está recibiendo anticoagulación crónica con apixaban. Acude a Urgencias por cuadro brusco de debilidad en extremidades derechas, afasia global y hemianopsia derecha. Se realiza TC cerebral que no muestra alteraciones y se completa estudio con angioTC que evidencia oclusión proximal de ACM izquierda. Disponemos de todas las pruebas complementarias en 2 horas y media desde el inicio de los síntomas. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado para este paciente? (2025 enero)

a) Fibrinólisis intravenosa con rtPA.

b) Trombectomía mecánica.

c) Fibrinólisis intravenosa seguida de trombectomía mecánica.

d) Heparina sódica intravenosa.

→ uso ACOD TTPA alargado = NO rtPA

→ arteria proximal + <6h = trombectomía mecánica

*correcta: c

. Paciente de 68 años, con antecedentes de fibrilación auricular que presenta un cuadro brusco de pérdida de fuerza en extremidades derechas, afasia global y hemianopsia homónima derecha. Acude a Urgencias con 5 horas de evolución desde el inicio de los síntomas. Realizase TC cerebral que no muestra datos de patología intracraneal aguda, y TC cerebral de perfusión que muestra oclusión proximal de ACM izquierda y extensa área de penumbra. Obtense el estudio completo a los 55 minutos de su llegada a Urgencias. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado durante la fase aguda? (2020 enero)

a) Heparina sódica intravenosa

b) Inicio de anticoagulación con sintrom.

c) Aspirina.

d) Fibrinólisis intravenosa con rtPA a dosis de 0,9mg/kg de peso.

e) Trombectomía mecánica.

→ María contriles si pone 5 horas no le des rtPA - es que entre que te dice arteria proximal + 4'5-6h = lleva cartel de trombectomía

*correcta: e

. ¿En qué paciente nos podemos plantear la realización de una trombectomía mecánica en el caso de un ictus agudo? (2020 enero)

a) Paciente de 65 años con ictus en arteria cerebral media izquierda de 3 horas de evolución con oclusión a nivel de M1 izquierda sin mejoría tras realizar fibrinólisis intravenosa.

b) Paciente de 70 años con una fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol con un INR de 2,1 con una oclusión completa de la arteria basilar de inicio 2 horas antes de llegar a Urgencias.

- c) Paciente de 55 años que es encontrado por la mañana en su domicilio (nadie lo había visto el día anterior) con un cuadro de hemiplejía izquierda, una oclusión de arteria cerebral media derecha y una hipodensidad en el hemisferio derecho compatible con un infarto establecido en la totalidad del territorio de la arteria cerebral media derecha.
- d) Paciente de 81 años con un cuadro de parálisis facial inferior izquierda y un TC normal con un angioTC normal (permeabilidad de todas las arterias intra y extracraneales).
- e) Las respuestas A y B son correctas.

→ caso x caso

- a: gran vaso <6h + rtPA NO funciona => trombectomía
- b: gran vaso <6h + NO puede rtPA (x estar anti coagulado con INR>1,7) => trombectomía
- c: hipodensidad compatible con infarto establecido (tejido muerto) => por mucho que abramos no recuperamos nada
- d: necesitamos angioTC con trombo en arteria proximal => angioTAC normal no hay trombo que sacar

*correcta: e

. Paciente de 64 años con antecedentes de pancreatitis crónica, hipertensión arterial y hemorragia cerebral intraparenquimatosa en 2009, de probable origen amiloideo y recuperada sin secuelas. Vida previa activa e independiente. Según el acompañante inicia un cuadro presenciado por él a las 14:00 horas con hemiparesia derecha y afasia (NIHSS 23 puntos). Llega a urgencias a las 19:00 horas ¿Cuál será la actitud a seguir?: (2020 julio)

- a) Realizar un TC cerebral simple y si es normal realizar fibrinólisis intravenosa lo antes posible.
- b) Iniciar tratamiento con heparina intravenosa.
- c) Realizar TC cerebral y angioTC. Si se confirma oclusión de gran vaso, evaluar la realización de trombectomía mecánica.
- d) No realizar ningún tratamiento e ingreso directo en la Unidad de ictus.
- e) La A y C son correctas.

→ te has ido a por la "a" pero la "c" es más correcta para poder buscar si la oclusión es de una arteria proximal y podemos plantear trombectomía.

Vale, para más inri la [IA] me dice que cuando hablamos de criterios de exclusión de la rtPA el criterio de hemorragia intracraneal es en cualquier momento de su vida, por lo que esta paciente no puede recibir rtPA

*correcta: c

. ¿Qué parámetros debemos controlar durante la fase aguda en un paciente con ictus isquémico en territorio de ACM derecha al cual no le hemos realizado fibrinólisis intravenosa?: (2020 julio)

- a) Glucemia.
- b) Temperatura.
- c) Tensión arterial.
- d) Todos los anteriores.
- e) Ninguno de los anteriores.

→ ictus - tto - manejo fase aguda - control homeostasis:

- único mecanismo terapéutico neuroprotector
- corrección: tensión arterial + glucemia + Tª

*correcta: d

. Mujer de 75 años, con antecedentes de fibrilación auricular, anticoagulada con sintrom, que presenta un ictus isquémico cursando con hemiplejía y hemianestesia izquierdas, desviación oculocefálica hacia la derecha y hemianopsia homónima izquierda. En la exploración general presenta una tensión arterial de 220/110 mmHg, una frecuencia cardíaca de 85 lpm y una temperatura de 36,3°C. En estudios de laboratorio se evidencia un INR de 2,4 y una glucemia de 110mg/dl. Se realiza TC cerebral urgente que no muestra alteraciones. Se dispone del estudio completo en 2 horas y media desde el inicio de los síntomas. ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado para esta paciente? (2018 enero)

- a) Realización de fibrinólisis intravenoso con una dosis de rtPA ajustada por peso de 0,9 mg/kg.
- b) Administración de heparina sódica en perfusión continua.
- c) Administración de IECA intravenoso.
- d) Administración de paracetamol intravenoso.
- e) Administración de insulina subcutánea.

→ ictus tto - control homeostasis = TA → tto si >220/110

→ ictus prevención - HTA - prevención secundaria = fármacos: IECA + diuréticos

*correcta: c

. ¿Qué CHADS2 presenta un paciente de 79 años con antecedente de un ictus hace 2 años y a tratamiento con losartán? (2017 enero)

- a) 1.
- b) 2.
- c) 3.
- d) 4.
- e) 5.

→ ictus - prevención primaria - FA

- valvular = anticoagular

- NO valvular => CHA2DS2-VASc = 0 no anticoagular / 1 pienso si AAS / >2 anticoagulantes

→ CHA2DS2-VASc =

- C -> IC congestiva

- H -> hipertensión = 1pt

- A -> age >75 = 2 puntazos

- S2 -> stroke (historia ictus/AIT) = 2 puntazos

*correcta: e

. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado en prevención secundaria ante un paciente con ataque isquémico transitorio cursando con hemiparesia derecha y dificultad para la emisión del lenguaje en el que se evidencia una estenosis carotídea izquierda del 50%? (2025 enero)

- a) 100 mg al día de ácido acetilsalicílico.
- b) 500 mg al día de ácido acetil salicílico.
- c) Anticoagulación con acenocumarol manteniendo INR entre 2 y 3.
- d) Angioplastia sobre carótida interna izquierda.

→ ictus - prevención secundaria - antitrombótico => ictus/AIT NO cardioembólico = AAS 100mg/día (xq de 75 no se comercializa en España)

*correcta: a

. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado en prevención secundaria de ictus nun paciente de 72 anos que presenta unha fibrilación auricular? (2024 junio)

- a) Aspirina 300 mg/día.
- b) Clopidogrel 75 mg/día.
- c) Aspirina 100 mg/día asociada a clopidogrel 75 mg/día.
- d) Acenocumarol con obxectivo de INR entre 2-3.

*correcta: d

. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado en prevención secundaria de ictus en un paciente de 72 años que presenta una fibrilación auricular? (2021 julio)

- a) Aspirina 100 mg/día.
- b) Aspirina 300 mg/día.
- c) Clopidogrel 75 mg/día.
- d) Aspirina 100 mg/día asociado a clopidogrel 75 mg/día.
- e) Acenocumarol con objetivo de INR entre 2-3.

→ ictus isquémico - prevención secundaria - tto antitrombótico:

- ictus cardioembólico - FA => anticoagulantes = AVK -> acenocumarol (sintrom) con control INR 2-3

*correcta: e

. Cal dos seguintes tratamentos é o menos indicado en prevención secundaria de itus nun paciente de 76 anos con fibrilación auricular non valvular? (2024 junio)

- a) Dabigatran 150 mg/12 horas.
- b) Apixaban 5 mg/12 horas.
- c) Acenocumarol mantendo INR entre 2-3.
- d) Acedo acetilsalicílico 100 mg/24 horas.

*correcta: d

. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado en prevención secundaria ante un paciente de 63 años, con antecedentes de hipertensión arterial con buen control, que sufre un ictus isquémico cursando con afasia motora aislada en el que se detecta una fibrilación auricular no conocida pre-viamente?: (2020 julio)

- a) Aspirina 100 mg/d.
- b) Aspirina 300 mg/d.
- c) Clopidogrel 75 mg/d.
- d) Aspirina 100 mg/d asociado a clopidogrel 75 mg/dl.
- e) Acenocumarol manteniendo INR entre 2 y 3.

*correcta: e

El tratamiento de elección para un paciente de 75 años, hipertenso bien controlado con 50 mg de losartan y con fibrilación auricular crónica no valvular, que sufrió un ataque isquémico transitorio con afasia motora y hemiparesia, es: (2016 junio) (2014 enero)

- a) Aspirina, 300 mg/día.
- b) Clopidogrel 75 mg/día.
- c) Acenocumarol ajustando el INR entre 2 y 3.
- d) Aspirina entre 1.000 mg y 1.500 mg/día.
- e) Cardioversión eléctrica urgente.

→ ictus prevención - tto antirombótico - ictus cardioembólico = anticoagulantes

- FA no valvular = ACOD > sintrom

*correcta: c

. Un paciente de 65 años, con antecedentes de HTA e hipercolesterolemia, sufre un accidente isquémico transitorio en territorio carotídeo derecho. La valoración clínica y el ECG no muestran evidencia de cardiopatía. Se realiza un dúplex de troncos supraaórticos y trasncraneal que muestra una estenosis de la arteria carótida interna derecha del 30%. ¿Qué medida terapéutica estará indicada en este paciente?: (2016 junio) (2014 enero)

- a) Anticoagulación.
- b) Endarterectomía carotídea.
- c) Angioplastia carotídea.
- d) Antiagregantes plaquetarios.
- e) Ninguna.

→ ictus - prevención secundaria

1. tto antitrombótico - ictus NO cardioembólico = antiagregantes → AAS / clopidogrel

2. tto etiológico estenosis carotídea = endarterectomía / angioplastia → estenosis >70% / 50-70% pacientes seleccionados (<50% NO indica Cx)

*correcta: d

. En la prevención secundaria de pacientes con ictus ateroembólico no suele utilizarse de forma habitual: (2015 junio)

- a) Clopidogrel.
- b) Warfarina.
- c) Ácido acetilsalicílico.
- d) Atorvastatina.
- e) Angioplastia con stent.

→ ictus - prevención secundaria - tto antitrombóticos:

- ictus NO cardioembólico = antiagregación

- ictus cardioembólico = anticoagulación

*correcta: b

. En la prevención secundaria de pacientes con ictus cardioembólico no suele utilizarse de forma habitual: (2015 junio)

- a) Acenocumarol.
- b) Warfarina.
- c) Apixaban.
- d) Atorvastatina.
- e) Dabigatrán.

*correcta: d

. En cal das seguintes situacións estaría indicada a realización dunha angioplastia carotídea nun paciente que sufriu un ictus isquémico en territorio de ACM esquerda con afasia global e hemiplexia dereita residual? (2024 junio)

- a) Estenose da carótida interna esquerda >70%.
- b) Estenose da carótida interna esquerda entre 50-70%.
- c) Estenose da carótida interna dereita >90%.
- d) En ningún caso.

→ ictus isquémico - tto etiológico = endarterectomía/angioplastia - indicacións revascularización carotídea:

- estenosis >70% = SÍ Iperol sin déficit neurológico importante + ictus recente (<6 meses) NO muchas secuelas
- estenosis 50-70% = casos seleccionados
- estenosis <50% = NO

*te duce que tiene afasia global + hemiparesia dereita REISUDAL = secuelas impiden tto etiológico

*correcta: e

*. Cal dos seguintes fármacos é o máis adecuado para o control da tensión arterial nun paciente que sufriu un ictus isquémico? (2020 enero) (2018 enero)

- a) Antagonista do calcio.
- b) Betabloqueante.
- c) Alfabloqueante.
- d) Nitroprusiato.
- e) ARA II.

→ [este año] prevención ictus - HTA - prevención 2ª => fármacos: IECA + diurético / ARAII

→ [IA] fármaco de elección = Labetalol

- segun protocolos manejo hipertensión en ictus agudo = Labetalol → fármaco 1ª línea
- permite control rápido/seguro PA sin (+)PIC / descenso bruscos TA (dañan área penumbra)

→ Nitroprusiato = hipertensión arterial grave/refractaria (TAD > 140 mmHg) NO responde outros tto

- riesgo = potente vasodilatadores = (+)PIC → [need] monitorización estrecha l'd cuidados críticos

*correcta: b

. Home de 73 anos, sen antecedentes de interese que acode ao Servizo de Urxencias por presentar un cadro brusco de perda de forza en hemicuerpo esquerdo. Na exploración neurolóxica evidénciase unha hemiplejía esquerda, hipoestesia hemicorporal esquerda, hemianopsia homónima esquerda e diartria. Realízase TC cerebral que non mostra alteracións a nivel de parénquima cerebral. Na analítica de urxencias destaca unha glucemia de 145mg/dL, INR 1,01 e 60.000 plaquetas. No electrocardiograma evidénciase fibrilación auricular con resposta ventricular a 130lpm. A tensión arterial é 165/85mmHg e a temperatura 36,8°C. Dispoñemos do estudo completo ás 3 horas despois do inicio dos síntomas. ¿Cal dos seguintes fármacos é o máis adecuado? (2020 enero)

- a) rtPA intravenoso a dose de 0,9mg/Kg de peso.
- b) Insulina subcutánea.
- c) Digoxina intravenosa.
- d) Enalapril oral.
- e) Paracetamol intravenoso.

→ FA + taquicardia = taquiarritmia → digoxina = tto control FC en FA

- TC normal + plaquetas <100.000 = NO rtPA

- insulina para glucemia >155

- HTA tto si >220/120 ó 185/110 sí tto rtPA

- paracetamol si fiebre (>37,5°C)

*correcta: c

S4. EL MANEJO DEL PACIENTE CON ICTUS AGUDO

. ¿Cuál es la escala clínica más empleada para la evaluación clínica de los ictus isquémicos (para evaluar gravedad del ictus y comparar la situación de los pacientes a lo largo del tiempo)? (2020 julio) (2020 enero)

- a) GCS (Glasgow Coma Scale).
 - b) mRS (modified Rankin scale).
 - c) Escala de Barthel.
 - d) NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale).
 - e) ICH score (Intracerebral Hemorrhage Score).
- escalas neurología vascular - valorar pacientes:
- escala de Rankin modificada = mide funcionalidad (dependencia)
 - escala de Ictus National Institute of Health (NIHSS) = mide gravedad ictus (+usada)

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes fármacos no debemos administrar durante las primeras 24 horas tras la realización de una fibrinólisis intravenosa? (2020 enero) (2016 junio)

- a) Enalapril.
 - b) Insulina.
 - c) Paracetamol.
 - d) Haloperidol.
 - e) Heparinas de bajo peso molecular.
- ictus - prevención secundaria - tto antitrombótico
- cuándo realizamos fibrinólisis IV → esperar 24h para tto antitrombótico x riesgo sangrado

*correcta: e

11. TROMBOSIS VENOSAS CEREBRALES + HEMORRAGIAS CEREBRALES

TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL

. Una paciente de 31 años presenta al cabo de 15 días de un parto, un cuadro de instauración aguda de cefalea holocraneal, asociada a náuseas, desorientación y confusión. En la exploración se observa un papiledema bilateral. Ante la sospecha clínica de trombosis venosa cerebral, cuál de las siguientes localizaciones será la primera opción: (2021 julio)

- a) Seno petroso superior.
- b) Seno longitudinal superior.
- c) Seno transverso.
- d) Seno cavernoso.
- e) Seno esfenoparietal.

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes senos venosos es el más frecuentemente afectado en la trombosis venosa cerebral? (pregunta clase)

- a) Seno cavernoso.
- b) Seno recto.
- c) Seno longitudinal superior.
- d) Seno occipital.

→ senos durales = longitudinal superior => deja (>)sangr cerebro + (+)frec afecta x trombos.

. Las causas más frecuentes de trombosis venosa cerebral del seno longitudinal superior son: (2021 julio)

- a) Infecciones en la proximidad (otitis, sinusitis).
- b) Alteraciones de la coagulación (estados protrombóticos, alteraciones hereditarias de la coagulación).
- c) Alteraciones del flujo cerebral (fístulas arteriovenosas).
- d) Causa indeterminada.
- e) Cardiopatías congénitas o adquiridas.

*correcta: b

. Las causas más frecuentes de trombosis venosa cerebral son: (2021 enero)

- a) Infecciones en la proximidad (otitis, sinusitis).
- b) Alteraciones de la coagulación (estados protrombóticos, alteraciones hereditarias de la coagulación).
- c) Alteraciones del flujo cerebral (fístulas arteriovenosas).
- d) Causa indeterminada.
- e) Cardiopatías congénitas o adquiridas.

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes no es un factor predisponente para la trombosis venosa cerebral? (pregunta clase)

- a) Embarazo y puerperio.
- b) Anticonceptivos orales.
- c) Trastornos de la coagulación.
- d) Déficit de vitamina B12.

→ TVC - etiología:

- infección (>niños) = sinusitis paranasal + infecciones intracraneales (abscesos, meningitis, ...)
- traumatismo = TCE + NeuroCx + infección catéter yugular interno
- condiciones med/Cx
 - deshidratación / TEP
 - mujeres = embarazo / puerperio
 - trastornos coagulación
 - trastornos hematológicos
 - enfermedades autoinmunes
- medicación = anticonceptivos orales (ACOs) + terapia remplazo hormonal

*correcta: d

. El mecanismo fisiopatológico principal de la trombosis venosa cerebral es que: (pregunta clase)

- a) Disminuye la presión intracraneal.
- b) Aumenta el drenaje venoso colateral.
- c) Se obstruye el retorno venoso con congestión y edema citotóxico.
- d) Hay una activación simpática secundaria.

→ TVC - fisiopatología:

- agente fibrinolítico insuficientes para deshacer trombo = obstruye flujo venoso
- obstrucción flujo venoso = líquido sale vaso = edema vasogénico
- obstrucción flujo venoso = (-) reabsorción LCR = (+) PIC > PPC = edema citotóxico (edema intracelular + necrosis + salida líquido intersticio)

*correcta: c

. Cal dos seguintes síntomas poden producirse ante unha trombose de seos venosos cerebrais? (2020 enero)

- a) Cefalea.
- b) Edema de papila.
- c) Convulsiones.
- d) Déficit neurológico focal.
- e) Todas as respostas son correctas.

*correcta: e

. El síntoma más frecuente de la trombosis venosa cerebral es: (pregunta clase)

- a) Hemiparesia.
- b) Cefalea.
- c) Convulsiones.
- d) Diplopía.

→ TVP - clínica = síntomas típicos (+ → -)

1. cefalea (ppl síntoma presentación)
2. crisis comiciales
3. náuseas + vómitos
4. déficits focales

*correcta: b

. Ante un paciente con diplopía, quémosis y proptosis, debería pensar: (2015 junio)

- a) Trombosis del seno cavernoso ipsilateral.
- b) Trombosis del seno cavernoso contralateral.
- c) Trombosis del seno petroso ipsilateral.
- d) Trombosis de la gran vena de Galeno.
- e) Trombosis del seno sigmoide ipsilateral.

→ TVC - manifestaciones clínicas ⇒ 4 patrones presentación:

1. Sd focal = cefalea + signos focales / crisis
 2. Hemorragia intracraneal = cefalea + náuseas + vómitos + papiledema
 3. Encefalopatía aguda difusa = en vasos afectación seno venoso profundo → alteración estado mental
 4. Sd seno cavernoso = oftalmoplejia dolorosa x afectación PC III/IV/VI + quémosis (falta retorno venoso) + proptosis
- TVC [IA] → síntomas [start] lado está trombo (ipsilateral)

*correcta: a

. El estudio de imagen para poder confirmar el diagnóstico de la trombosis es: (pregunta clase)

- a) TAC simple craneal.
- b) RMN en fase venosa/Angiografía.
- c) Radiografía.
- d) Eco-doppler.

→ TVC - dx ⇒ prueba inicial imagen = TC craneal *iperoool No pide la inicial pide la que confirma

→ [IA]

- TAC simple = muy poco sensible para ver trombo dentro vena ⇒ "signo de la cuerda" = ocurre 25% casos → NO descarta trombosis venosa.
- estudio confirmación (Gold Standard) → para confirmar vena/seno venoso obstruido [need] ver flujo sanguíneo:

1. Angio-RM venosa (fase venosa): (+) utilizada -> ve falta señal seno trombosado
 2. Angio-TAC con contraste (fase venosa): "signo del delta vacío" (contraste rodea trombo prensa herófilo, punto hipodenso centro)
 3. Arteriografía (Angiografía por sustracción digital): (+) exacta lperol invasiva -> reservada para casos dudosos.
- > resumen:
- prueba inicial - paciente con cefalea brusca + déficit = TAC simple (para descartar hemorragia)
 - prueba confirmar trombosis = técnica incluya estudio vascular venoso (Angio-RM venosa / Angio-TAC venoso).
- *correcta: b (si hubiese opción TAC con contraste pondríamos esa x ser más accesible)

. ¿Cuál de los siguientes signos radiográficos no es típico de la trombosis de senos venosos? (2015 junio)

- a) En la TC con contraste, el signo del delta vacío.
- b) En la TC simple, el signo del delta lleno.
- c) En la TC simple, el signo de la cuerda.
- d) En la TC simple, el borramiento del contraste entre la sustancia blanca y la sustancia gris.
- e) En la RM craneal (secuencia FLAIR) la hiperseñal del seno longitudinal superior.

-> TVC - pruebas imagen

- TC simple = signo cuerda densa
- TC contraste = signo delta vacío
- RNM

-> [IA]

- Signo delta lleno => TC simple = trombo reciente hiperdenso (blanco) y rellena el seno antes de poner contraste.
- Hiperseñal RM => FLAIR/T1 = flujo normal sangre se ve oscuro (vacío de señal). Si hay un trombo, aparece una señal brillante (hiperseñal) donde debería haber vacío.

-> borramiento contraste sustancia gris-blanca = ictus isquémico

*correcta: b

. Con respecto al tratamiento de la trombosis venosa cerebral, indicar cual de las siguientes afirmaciones es correcta: (2021 julio)

- a) El tratamiento de elección es la antiagregación con AAS o Clopidogrel.
- b) El tratamiento de elección es la anticoagulación con Heparina Na.
- c) El tratamiento trombolítico está indicado cuando se diagnostica en las 3 primeras horas.
- d) Los pacientes con trombosis venosa deben ser anticoagulados o antiagregados durante al menos 10 años.
- e) En la mayoría de los casos no se precisa realizar tratamiento con anticoagulantes o antiagregantes ya que esta forma de trombosis se resuelve espontáneamente.

*correcta: b

. Muller de 35 años, fumadora, a tratamiento con anticonceptivos orales, que presenta cuadro de cefalea de 3 días de evolución, de intensidad creciente. Na exploración neurológica evidenciase un edema de papila bilateral. Realizase TC cerebral con administración de contraste que evidencia un defecto de repleción de seno longitudinal superior. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado? (2020 enero)

- a) Aspirina.
- b) Heparina sódica IV.
- c) rtPA IV.
- d) Fenitoína IV.
- e) Corticoides IV.

*correcta: b

. El tratamiento inicial más recomendado en la trombosis venosa cerebral (TVC), incluso en presencia de hemorragia venosa asociada, es: (pregunta clase)

- a) Anticoagulación con heparina.
- b) Trombolisis sistémica.
- c) Antibióticos de amplio espectro.
- d) Corticoides en altas dosis.

-> TVC - tto = anticoagulación:

- fase aguda = HBPM
- fase crónica = AVK (6-12 meses)

*correcta: a

. Respecto al manejo de la TVC, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta? (pregunta clase)

- a) La anticoagulación reduce recurrencias y complicaciones.
- b) El tratamiento puede mantenerse con anticoagulantes orales por 3-12 meses.
- c) La hemorragia intracerebral contraindica absolutamente la anticoagulación.
- d) En casos refractarios puede considerarse trombectomía mecánica.

→ se anticoagula aunque haya hemorragia intracerebral

→ TVC - tto = terapia endovascular → terapia rescate en pacientes con gran deterioro neurológico (graves/coma) a pesar tto anticoagulante óptico

*correcta: c

HEMORRAGIAS CEREBRALES

. ¿Cuál es la localización más frecuente de la hemorragia intracerebral hipertensiva? (pregunta clase)

- a) Lóbulo frontal.
- b) Ganglios basales.
- c) Lóbulo occipital.
- d) Cerebelo.

→ hemorragia cerebral - etiología (+) frec = HTA → Localizaicon suele ser sub cortical = profunda (ganglios basales, tálamo, caudado, protuberancia, cerebelo, ...)

*correcta: b

. En relación con las hemorragias cerebrales, señale la VERDADERA: (2025 enero)

- a) La angiopatía amiloide es la causa más frecuente de hemorragia profunda en sujetos jóvenes.
- b) Las malformaciones vasculares arterio-venosas son la causa más frecuente de hemorragia en sujetos de más de 70 años.
- c) La diabetes es de forma global el factor de riesgo más frecuente.
- d) La hipertensión arterial es de forma global el factor de riesgo más frecuente.

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la hemorragia intracerebral de causa hipertensiva? (2021 enero)

- a) La HTA es la causa más frecuente de hemorragia intracerebral.
- b) La localización más frecuente es el núcleo lenticular.
- c) La necrosis fibrinoide y los microaneurismas son las lesiones patológicas responsables de la rotura de las arterias.
- d) Cuando se localizan en los lóbulos cerebrales siempre se asocian a malformaciones vasculares.
- e) Todas son correctas.

→ hemorragias cerebrales - etiología

- (+) frec = HTA → localización profunda (núcleo lenticular)

- HTA - consecuencias:

- hiperplasia intimal
- lipohialinosis (deposito fibrinoide → engruesa pared)
- necrosis fibrinoide
- microaneurismas Charcot-Bouchard (tienden a romper)

- (+)frec jóvenes (<40a) ⇒ malformaciones vasculares → hemorragia depende localización malformación

- (+)frec ancianos (>70a) ⇒ angiopatía amiloide → (+) frec produzcan = hemorragias lobares

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación a las hemorragias cerebrales?: (2020 julio) (2020 enero)

- a) Son más frecuentes que los ictus isquémicos.
- b) Las hemorragias hipertensivas suelen tener una localización cortical.

- c) La causa más frecuente de hemorragia cerebral espontánea es la hipertensión arterial.
- d) Son menos frecuentes en personas de edad avanzada.
- e) Los microaneurismas de Charcot-Bouchard son más frecuentes en las hemorragias de tipo amiloide.

→ hemorragias cerebrales:

- epidemiología = suponen el 20% ingresos Ud ictus (80% son ictus isquémicos)
- etiología (+) frec = HTA → hemorragias localización profunda (arterias perforante)
- FR NO modificables = edad avanzada
- HTA = microaneurismas Charcot-Bouchard = rompen = hemorragia profunda

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con la hemorragia cerebral es FALSA? (2019 enero) (2018 enero)

- a) La HTA es la causa más frecuente de hemorragia cerebral no traumática.
- b) La angiopatía amiloide es la causa más frecuente de hemorragia cerebral en pacientes mayores de 80 años.
- c) Las malformaciones vasculares son causa frecuente de hemorragia en pacientes jóvenes.
- d) En la hemorragia cerebral de causa amiloide se producen microaneurismas y necrosis fibrinoide en las arterias cerebrales.
- e) La hemorragia cerebral representa el 20% de los ictus.

*correcta: d

. ¿Cuál es la causa más frecuente de hemorragia cerebral no traumática en pacientes menores de 40 años? (2017 junio)

- a) Malformaciones vasculares.
- b) Angiopatía amiloide.
- c) Hipertensión arterial.
- d) Anticoagulantes orales.
- e) Asociadas a tumores.

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes complicaciones es más frecuente en la hemorragia intracerebral? (pregunta clase)

- a) Hipoglucemia grave.
- b) Herniación cerebral.
- c) Infección urinaria.
- d) Trombosis venosa profunda.

→ hemorragia cerebral - complicaciones = hidrocefalia → herniación

*correcta: b

. Presentación clínica. Un paciente con hemorragia intracerebral profunda presenta típicamente: (pregunta clase)

- a) Déficit neurológico súbito y cefalea intensa.
- b) Alteraciones visuales progresivas sin focalidad.
- c) Crisis epiléptica parcial aislada.
- d) Síndrome meníngeo puro.

→ hemorragia cerebral - clínica = déficit neurológico focal aparición brusca (como ictus)

- datos orientan hemorragia = cefalea inicio cuadro (x aumento súbito PIC)

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las hemorragias cerebrales es falsa? (2017 enero)

- a) Las manifestaciones clínicas dependen de la localización.
- b) Clínicamente no se puede diferenciar una hemorragia cerebral de un ictus isquémico.
- c) Pueden asociar cefalea.
- d) La presencia de bajo nivel de consciencia es patognomónico de las hemorragias cerebrales.
- e) Una hemorragia de pequeño tamaño localizada en el territorio profundo se puede manifestar como un síndrome lacunar.

→ hemorragias cerebrales - clínica:

- presentación brusca = varía en función localización sangrado
- paciente llega urgencias clínica: déficit neurológico focal de aparición brusca → inicialmente NO podemos saber su isquemia / ruptura arterial → hacemos TAC

- datos orientas hemorragia = HTA + cefalea + vómitos + crisis comiciales + descenso nivel conciencia + rigidez nuca (meningitis vírica)
 - localización hemorragia define clínic:
 - hemorragias profundas -> causadas x HTA + lipohialinosis + microaneurismas C-B = sd lacunares
- *correcta: d

. La prueba de elección para el diagnóstico de la hemorragia subaracnoidea es: (2019 enero)

- La tomografía computarizada (TC).
- La resonancia magnética.
- La angiografía cerebral.
- PET.
- El electrocardiograma.

. ¿Cuál es la prueba de elección inicial en la sospecha de hemorragia cerebral aguda? (pregunta clase)

- Resonancia magnética.
- Electroencefalograma.
- Tomografía computarizada (TC) sin contraste.
- Angiografía cerebral.

-> hemorragia cerebral - dx = TAC cerebral simple

*correcta: c

. En un paciente con hemorragia cerebral aguda, la medida inicial más importante es: (pregunta clase)

- Administrar anticoagulantes.
- Control estricto de la presión arterial.
- Iniciar terapia trombolítica.
- Dar glucocorticoides a dosis altas

-> hemorragia cerebral - tto => (+) importante = manejo intensivo TA

*correcta: b

. En relación con el tratamiento de las hemorragias cerebrales en fase aguda, señale la opción FALSA: (2025 enero)

- NO está indicada la profilaxis con fármacos anticrisis.
- Las hemorragias suelen crecer durante las primeras horas provocando empeoramiento clínico.
- La craneotomía con evacuación quirúrgica del hematoma es la técnica de elección en caso de hemorragias profundas.
- El manejo intensivo de la tensión arterial es una de las medidas más eficaces para evitar el deterioro neurológico precoz.

-> hemorragias cerebrales:

- fisiopatología = crecimiento hematoma -> 50% pacientes ocurre durante 1ª 48h
- tto (+) importante = manejo intensivo TA
- tto = profilaxis antiepilépticos para evitar crisis comiciales NO indicado
- tto - Cx => craneotomía en hemorragia cerebral = indicada si: deterioro neurológico precoz + hemorragias lobares corticales muy próximas superficie (>1mm)

*correcta: c

. El factor más asociado a mal pronóstico en TVC es: (pregunta clase)

- Cefalea aislada.
- Diagnóstico precoz.
- Coma al ingreso.
- Anticoagulación temprana.

-> hemorragia cerebral - factores mal pronóstico:

- descenso escala Glasgow
- anticoagulación previa (st con AVK)

*correcta: c

12. INFECCIONES DEL SNC: MENINGITIS BACTERIANAS AGUDAS

. La aparición de una romboencefalitis es una complicación que se relaciona con la meningitis por: (2021 julio) (2021 enero)

- a) Staphilococo Aureus.
- b) Streptococo Neumoniae.
- c) Neisseria meningitidis.
- d) Hemophilus influenzae.
- e) Listeria Monocytogenes.

→ meningitis bacteriana aguda - variaciones clínicas y orientación etiológica:

- listeria = meníngeo encefalitis con tropismo de tronco (inflamación alrededor 4º ventrículo = muy específico)

*romboencefalitis = inflamación tronco encéfalo (mesencéfalo-protuberancia-bulbo raquídeo) + cerebelo

*correcta: e

. A un paciente que acude con cefalea, fiebre y alteración del estado de conciencia y que presenta signos de irritación meníngea en la exploración, ¿qué estudios indicariamos y en qué orden? (2018 enero)

- a) LCR-TC-análisis de sangre.
- b) Análisis de sangre-LCR-TC.
- c) Gasometria-LCR-análisis de sangre.
- d) Análisis de sangre-TC-LCR.
- e) Gasometria-LCR-análisis de sangre.

→ meningitis bacteriana aguda - dx:

1. sospecha clínica = cefalea intensa + fiebre + alteración estado mental (+ rigidez nuca)
2. hemocultivos (before) ATB)
3. tto = ATB + dexametasona
4. PL

- indicaciones TAC (before) PL = alteración nivel conciencia

*correcta: d

. Paciente de 45 años en estudio por posible meningitis, con fiebre, cefalea y vómitos de 2 días de evolución. Le realizan una RM cerebral y una punción lumbar. Veinte horas después, al levantarse para ir al baño, se queja de cefalea intensa, muy marcada al incorporarse pero que desaparece al tumbarse. Ya no presenta fiebre ni vómitos. No puede caminar. ¿Cuál es con más probabilidad el origen de esta cefalea? [MIR 2015]

1. La meningitis sigue siendo la causa fundamental de su cefalea, pues es el mismo tipo de cefalea que al inicio de los síntomas.
2. Es una cefalea post-punción lumbar.
3. Hay que buscar una causa diferente a esta cefalea, pues no es típica del síndrome post-punción lumbar ni de la meningitis.
4. Lo más probable es que no fuera una meningitis viral, sino una hemorragia subaracnoidea. Por este motivo, la cefalea inicial desaparece casi completamente al tumbarse.

→ cefalea post-punción lumbar = dolor al levantarse pero tumbado está bien (típico gente joven)

*correcta: 2

. En las infecciones del SN una de las siguientes afirmaciones es falsa: (2014 enero)

- a) La mayoría son enfermedades agudas.
- b) El diagnóstico de certeza solamente se consigue al aislar el germen en LCR.
- c) El LCR de meningitis meningocócica se caracteriza por pleocitosis mononuclear.
- d) La clínica es semejante a pesar del agente etiológico.
- e) La meningitis meningocócica es endémica con pequeños brotes epidémicos.

→ meningitis bacteriana aguda - LCR = pleocitosis PMN

*correcta: c

. Un paciente de 48 años presenta un cuadro de cefalea y fiebre asociado a signos meníngeos. La punción lumbar muestra un LCR con presión de apertura de 30 cm, 5400 células de predominio polimorfonuclear, 440 mg/dl de proteínas, 28 mg/dl de glucorraquia. La primera opción diagnóstica será: (2021 julio)

- a) Meningoencefalitis herpética.
- b) Meningitis neumocócica.

- c) Meningitis por enterovirus.
- d) Meningitis criptocócica.
- e) Meningitis por Toxoplasma.

→ meningitis bacteriana aguda - LCR:

- presión apertura = >18cm/H2O
- aspecto = turbio
- células = >1000/mm⁴ (predominio PMN)
- proteínas = >50mg/dL (>150mg/dL → meningitis vírica <150)

*correcta: b

. En la tinción de Gram del líquido cefalorraquídeo de un paciente inmunodeprimido con sospecha de meningitis, se observan abundantes células polimorfonucleares y escasos bacilos Gram positivos de pequeño tamaño. Indique el posible microorganismo responsable de la infección: [MIR 2018]

1. Neisseria meningitidis.
2. Haemophilus influenzae.
3. Streptococcus agalactiae.
4. Listeria monocytogenes.

→ meningitis bacteriana aguda - dx - tinción gram (+) = cocos + listeria (bacilo)

*correcta: 4

*. Un paciente presenta un cuadro clínico de síndrome meníngeo de 24 horas de evolución. El LCR que se obtiene en la punción muestra una presión de apertura de 28 cm de agua, 300 células de predominio polimorfonuclear, proteínas 90 mg/dL y glucosa 35 mg/dL (glucemia simultánea 98 g/dL). La tinción de GRAM es negativa. El agente infeccioso más probable será: (2025 enero)

- a) Neisseria Meningitidis.
- b) Streptococcus pneumoniae.
- c) Stafilococo Aureus.
- d) Puede ser todos los anteriores.

→ meningitis bacteriana aguda - dx - tinción gram (-) = bacilos + meningococo

*correcta: a

. ¿Qué régimen de antibioterapia debemos elegir para una paciente de 28 años, sin antecedentes relevantes y con sospecha de meningitis bacteriana? (2019 enero)

- a) Cefalosporina de tercera generación y penicilina.
- b) Ampicilina y gentamicina.
- c) Metronidazol, vancomicina y ceftriaxona.
- d) Cefotaxima y vancomicina.
- e) Cefotaxima, vancomicina y ampicilina.

→ meningitis bacteriana - tto => adultos (<50a) = ceftriaxona/cefotaxima +/- vancomicina

*correcta: d

. Un paciente de 21 años, sin antecedentes relevantes, presenta un cuadro febril de 3 días de evolución, acompañado de cefalea, vómitos y visión doble. En la exploración neurológica se aprecia una parálisis del VI par izquierdo, moderada rigidez de nuca y presencia del signo de Kernig. Se le realiza un estudio de TAC cerebral, que resulta normal. El análisis de LCR demuestra 245 c/mm³ (80% polimorfonucleares neutrófilos), glucorraquia de 45 mg/dl (glucemia simultánea de 95 mg/dl) y proteinorraquia de 106 mg/dl. ¿Qué tratamiento antibiótico debemos indicar? (2018 enero)

- a) Amoxicilina, ya que la parálisis del VI par indica romboencefalia, y lo más probable es una meningitis por Listeria monocytogenes.
- b) Cefotaxima y vancomicina.
- c) Cefotaxima, metronidazol y amoxicilina.
- d) Cefotaxima, vancomicina y ampicilina.
- e) Deberíamos esperar a tener el resultado del cultivo del LCR.

*correcta: b

. Varón de 34 años diagnosticado de otitis media 5 días antes, sin otros antecedentes, que comienza con fiebre de 39 °C, cefalea y rigidez de nuca. Se realiza una punción lumbar que es sugerente de meningitis bacteriana. Decide iniciar

tratamiento empírico hasta recibir el cultivo y los resultados del antibiograma. ¿Cuál de los siguientes sería el mejor tratamiento?: [MIR 2022]

1. Ceftriaxona más vancomicina.
2. Cefotaxima más ampicilina.
3. Moxifloxacino más vancomicina.
4. Meropenem más ampicilina.

*correcta: 1

. Una paciente de 56 años presenta un cuadro febril de 4 días de evolución, acompañado de cefalea, vómitos y visión doble. En la exploración neurológica se le aprecia una parálisis del VI par izquierdo, además de moderada rigidez de nuca y signo de Kernig. Se le realiza un estudio de TC cerebral, que resulta normal. El análisis del LCR muestra: 245 células/mm³ (80 % polimorfonucleares neutrófilos), glucorraquia de 45 mg/dl (glucemia simultánea de 95 mg/dL) y proteinorraquia de 106 mg/dl. Escoger la respuesta verdadera: (2017 enero)

- a) Debemos tratar a los convivientes con una dosis de ceftriaxona intramuscular.
- b) Cefotaxima y vancomicina serán los antibióticos a administrar.
- c) Cefotaxima, metronidazol y amoxicilina serán los antibióticos a administrar.
- d) Cefotaxima, vancomicina y ampicilina serán los antibióticos a administrar.
- e) Deberíamos esperar a tener el resultado del cultivo del LCR.

*correcta: d

. ¿En que situación clínica emplearíamos un tratamiento antimicrobiano combinado? [MIR 2014]

1. En una faringoamigdalitis aguda en un niño.
2. En una neumonía comunitaria por *Mycoplasma pneumoniae* en un adolescente.
3. En una meningitis aguda en un paciente anciano.
4. En una paciente postmenopáusica con una infección urinaria recidivante.
5. En un absceso cutáneo en una paciente joven.

→ meningitis bacteriana aguda - tto:

- dexametasona
- ATB = ceftriaxona + Vancomicina (según resistencias hospital) → >50a + ampicilina (x listeria)

*correcta: 3

. ¿Qué régimen de antibioterapia debemos elegir para un paciente con diabetes tipo I de 28 años con sospecha de meningitis bacteriana? (2016 junio)

- a) Cefalosporina de tercera generación y penicilina.
- b) Ampicilina y gentamicina.
- c) Metronidazol, vancomicina y ceftriaxona.
- d) Ceftriaxona y vancomicina.
- e) Cefotaxima, vancomicina y ampicilina.

→ meningitis bacteriana aguda - tto

- >50a/ inmunodeprimidos/enolismo = ceftriaxona/cefotaxima + ampicilina +/- vancomicina

*diabetes = estado inmunosupresión

*correcta: e

. Sobre la *Listeria monocytogenes*, señale la afirmación INCORRECTA: [MIR 2019]

1. Es un bacilo grampositivo, catalasa positivo.
2. Está ampliamente distribuida en el suelo, aguas residuales y vegetación en descomposición.
3. El hombre y los animales pueden ser portadores asintomáticos.
4. El tratamiento de elección de la meningitis por *L. monocytogenes* es una cefalosporina.

→ meningitis bacteriana aguda - tto - listeria = ampicilina

*correcta: 4

. En las infecciones del SN: (2015 junio)

- a) Todas son enfermedades agudas.
- b) La clínica es distinta y depende del agente etiológico.
- c) El LCR siempre es purulento.
- d) En las meningitis bacterianas agudas, las convulsiones son raras en los adultos.

e) La duración del tratamiento en la M. por Listeria es de 8 a 10 días.

→ meningitis

- agudas / subagudas / crónicas

- clínica = síndrome meníngeo común (cefalea + fiebre + rigidez de nuca)

- convulsiones = (+) en meningitis edad pediátrica

- LCR = purulento en bacterianas agudas / caldo en bacterianas subagudas y crónicas

- listeria - tto = ampicilina/penicilinaG durante >21d

*correcta: b

. En un paciente con meningitis bacteriana aguda es motivo de ingreso en UCI: (2015 junio)

a) Presencia de fiebre elevada.

b) Coagulación intravascular diseminada.

c) Presencia de una otitis o mastoiditis.

d) Hemiparesia.

e) Edema de papila.

→ meningitis bacteriana aguda

- clínica => exantema meningocócico -> puede derivar complicación muy grave = sd Waterhouse Friderichsen (sepsis fulminante con CID + insuficiencia suprarrenal/cardiovascular)

- pronóstico => complicaciones sistémicas (shock + fracaso renal + CID) + complicaciones cerebrales (ventriculitis + vasculitis + abscesos)= determinantes desenlace

*correcta: b

. ¿Cuál es la complicación evolutiva más frecuente en las meningitis bacterianas en la edad pediátrica? [MIR 2014]

1. Hipoacusia.

2. Epilepsia residual.

3. Retraso mental.

4. Hidrocefalia.

5. Defectos valvulares.

→ meningitis bacteriana aguda - secuelas a largo plazo => sordera = (+)frec x laberintitis purulenta)

*correcta: 1

*. Con respecto a la meningitis bacteriana grave por *Streptococcus pneumoniae*, ¿cuál de las siguientes es FALSA? [MIR 2020]

1. En nuestro medio más del 50% de los *S. pneumoniae* causantes de meningitis son resistentes a penicilina.

2. La mortalidad de la meningitis por *S. pneumoniae* que requiere ingreso en UCI supera el 30 %.

3. La precocidad en el inicio del tratamiento es básica para el buen pronóstico.

4. El uso de dexametasona mejora el pronóstico funcional y vital.

→ *s.pneumoniae* = existencia penicilina 20-40% (no lo encuentro en los apuntes)

*correcta: a

. Escoger la sentencia VERDADERA con respecto al aislamiento de un paciente con meningitis infecciosa aguda: (2019 enero) (2016 junio)

a) No está indicado nunca.

b) Debe realizarse durante toda la primera semana de evolución de una meningitis meningocócica.

c) Sólo se hará ante la sospecha de etiología meningocócica y durante las primeras 24 horas.

d) Sólo se hará en caso de meningitis nosocomial.

e) Debe realizarse en todos los casos y durante 2 días.

→ meningitis bacteriana aguda - prevención => aislamiento respiratorio: primeras 24h (solo sospecha meningitis meningocócica -> NO otras etiologías).

*correcta: c

. Señala la opción INCORRECTA respecto a la enfermedad meningocócica: [MIR 2025]

1. El mecanismo de transmisión es por gotas.

2. Se dispone de vacunas efectivas únicamente para la prevención de 4 subtipos de meningococo.

3. La vacuna frente a meningococo tipo B está incluida en el calendario sistemático de inmunizaciones del Sistema Nacional de Salud.

4. Ante un contacto de riesgo con un paciente con meningitis meningocócica, la vacunación del contacto no debe ser la primera estrategia de profilaxis postexposición.
- meningitis bacteriana aguda - prevención
 - quimioprofilaxis para contactos íntimos meningococo = rifampicina
 - vacunación NO sustituye quimioprofilaxis xq Ac protectores tardan 1-2sem
 - vacuna - Neisseria Meningitidis = protección frente diversos serotipos (A, W-135, Y, B, C)
 - explicación apuntes:
 - transmisión gotas: sí, se acantona en el tracto respiratorio superior
 - se dispone de vacunas para la prevención de 5 subtipos, no 4
 - vacuna tipo B sí esta en el calendario sist.
 - ante un contacto la vacunación de contacto NO debe ser la estrategia de profilaxis: es la Rifamicina (también valen otros antibióticos como ceftriaxona o ciprofloxacino)

*correcta: 2

. Indique cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta ante la sospecha de botulismo en un paciente que acude a urgencias tras consumo de alimentos envasados de una marca responsable de un brote detectado en varios puntos de España: [MIR 2023]

1. Debe ingresar con medidas de soporte y administración inmediata de antitoxina botulínica.
 2. El síndrome característico consiste inicialmente en la parálisis simétrica de los pares craneales.
 3. Se acompaña de parálisis espástica simétrica ascendente e hiperreflexia.
 4. El periodo de incubación suele ser de 8-36 h tras la ingesta, pero puede ser de hasta 10 días.
- botulismo
- provoca = parálisis flácida descendente
 - etiopatogenia = toxina botulínica entra neurona colinérgica presináptica = [off] liberación ACh = parálisis flácida
 - tto
 - medidas soporte = cuidados intensivos + monitorización respiratoria continua
 - descontaminación = lavado gástrico (si ingesta reciente)
 - antitoxina humana = dosis repetible cada 12-24h según evolución clínica

*correcta: 3

13. INFECCIONES DEL SNC II: MENINGITIS SUBAGUDAS Y CRÓNICAS

. En las infecciones del SNC: (2015 junio)

- a) La mayoría son enfermedades crónicas.
- b) La clínica depende del agente etológico.
- c) Puede haber un periodo de infección prolongado y lento durante años.
- d) Los signos de intoxicación meníngea siempre están presentes.
- e) El LCR de las meningitis bacterianas agudas más frecuentes tiene una pleocitosis eosinofílica.

→ meningitis bacteriana subaguda/crónica - evolución = insidiosa → semanas evolución

*correcta: c

*. En relación con la meningitis tuberculosa, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2025 enero)

- a) Puede producir lesiones osteolíticas a nivel craneal.
- b) Puede producir compresión medular por aplastamiento vertebral.
- c) Puede producir radiculopatía por aracnoiditis
- d) Puede producir hidrocefalia por aracnoiditis

→ meningitis tuberculosa - complicaciones asociadas:

- vasculitis con infartos cerebrales
- tubérculo más intraparenquimatosos
- hidrocefalia x aracnoiditis basal (inflamación leptomeninges impide reabsorbir líquido)
- SIADH (x afectación hipotalámica)

→ [IA] tuberculosis SN = muy pegajosa x exudado inflamatorio denso genera

- aracnoiditis = hidrocefalia (exudados tuberculosos bloquea reabsorción LCR en cisternas basales) + radiculopatía (exudado baja x espacio subaracnoideo espinal → envuélvelas raíces nerviosas = dolor + debilidad + pérdida sensibilidad -radiculopatía-)

- compresión medular x aplastamiento vertebral = enfermedad de Pott (espondilitis tuberculosa) ⇒ muy común tuberculosis afecte cuerpos vertebrales, destruyéndolos hasta que colapsan (aplastamiento) y comprime ME

*correcta: a

. La meningitis tuberculosa se presenta habitualmente con un curso subagudo o crónico, con una fase inicial de síndrome general y... (escoger la sentencia VERDADERA): (2019 enero) (2017 junio) (2017 enero)

- a) Su diagnóstico es ahora muy fácil porque la PCR en el LCR tiene una sensibilidad cercana al 90%.
- b) Siempre cursa con hipoglucorraquia y pleocitosis linfocítica, si exceptuamos los pacientes portadores de VIH.
- c) Puede complicarse con hidrocefalia.
- d) Debe tratarse inicialmente con 3 fármacos antituberculosos.
- e) El Mantoux siempre es positivo.

→ meningitis tuberculosa - complicaciones = hidrocefalia (x bloqueo de las cisternas basales (aracnoiditis))

*correcta: c

. La principal indicación para utilizar 4 fármacos en el tratamiento inicial de la tuberculosis es: [MIR 2014]

1. Afectación del sistema nervioso central (4 fármacos x 2 meses, y después 2 fármacos x 4 meses).
2. Alta prevalencia de resistencia primaria a isoniazida.
3. Tuberculosis pulmonar cavitada y extensa con gran carga bacilar.
4. Tuberculosis diseminada asociada a infección por VIH.
5. Tuberculosis extrapulmonar en inmunodeprimidos de cualquier origen

→ meningitis tuberculosa - tto = empírico precoz

1. primeros 2 meses → 4 fármacos = rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol
2. 4-8 meses posteriores → 2 fármacos = rifampicina + isoniazida

*correcta: 1

. Mujer de 68 años de edad que es diagnosticada de una tuberculosis pulmonar. Se instauró tratamiento con Isoniazida, Rifampicina y Etambutol. A los 12 días de iniciado el tratamiento consulta por fiebre de 38°C, exantema cutáneo, adenopatías, artralgia, dolor lumbar, oliguria y eosinofilia con deterioro agudo de la función renal. En el examen de orina se identificó hematuria, leucocituria con eosinofilia en la tinción de Wright y proteinuria en rango no nefrótico (1.2 gramos diarios). Con estos datos clínicos el diagnóstico más probable es: [MIR 2014]

1. Necrosis tubular aguda por fármacos (debido al tratamiento con etambutol).

2. Necrosis tubular aguda de etiología isquémica.
3. Enfermedad ateroembólica.
4. Oclusión trombótica de la arteria renal principal.
5. Nefritis tubulointersticial aguda.

→ meningitis tuberculosa - tto - toxicidad:

- rifampicina = produce reacciones inmunomediadas → nefropatía aguda / trombopenia

→ [IA] "pistas" para identificarla:

- fármaco = Rifampicina + Isoniacida

- tríada clásica (reacción sistémica) = Fiebre + Exantema (rash) + Artralgias.

- Eosinofilia + Eosinofilia = "patognomónico" → eosinófilos orina (tinción de Wright) = Nefritis Tubulointersticial Aguda x fármacos

- Deterioro renal agudo = Oliguria + proteinuria leve (no nefrótica).

*correcta: 5

. Meningitis tuberculosa: (2015 enero)

a) El 80% de tuberculosis clínica se complica con meningitis tuberculosa.

b) Es frecuente en el primer año de vida.

c) En adultos es el resultado final de una infección focal en pulmones u otra parte.

d) En áreas de incidencia alta es más frecuente en adultos como reactivación tardía de una infección inactiva.

e) En áreas de baja incidencia es más frecuente en jóvenes en el primer año de infección.

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la neurosífilis? (2021 enero)

a) De forma precoz, la neurosífilis puede presentarse como una meningitis asintomática.

b) La sífilis meningovascular con ictus recurrentes es la forma de presentación más precoz y frecuente de la neurosífilis.

c) En casos más avanzados, la neurosífilis puede afectar a los cordones medulares posteriores y producir la tabes dorsal.

d) En casos más avanzados, la neurosífilis puede producir deterioro cognitivo.

e) Todas las anteriores son correctas.

→ neurosífilis - fases:

- precoz = meningitis leve → puede ser asintomáticas

- intermedia = meningovascular → meningitis + vasculitis

- tardía = parálisis general progresiva + tabes dorsal (meningitis crónica perimedular que estrangula raíces posteriores = degeneración cordones posteriores)

*correcta: b

. Un paciente con ataxia de la marcha progresiva y crisis de dolor abdominal intenso (en una de ellas laparotomía "en blanco"), ¿qué enfermedad neurológica sospecharíamos? (2018 enero)

a) Intoxicación por plomo.

b) Déficit de vitamina B12.

c) Porfiria.

d) Tabes dorsal.

e) Déficit de cobre.

→ neurosífilis tardía (terciaria) = tabes dorsal

- meningitis crónica perimedular estrangula raíces posteriores = degeneración cordones posteriores

- ataxia marcha + artropatía Charcot + dolores lancinantes piernas + pupilas Argyll Robertson

- [IA] crisis viscerales = (+) frec crisis gástricas → laparoscopia urgencia = abdomen sano (laparotomía "en blanco")

*correcta: d

. ¿Qué meningitis bacteriana suele cursar con pleocitosis linfocitaria en el LCR? (2016 junio)

a) Haemophilus influenzae.

b) Neisseria meningitidis (meningococo).

c) Neumococo.

d) E. Coli.

e) La producida por la lúes secundaria.

→ neurosífilis - LCR típico = pleocitosis linfocitaria + proteínas aumentadas + glucosa normal

*meningitis bacteriana aguda - LCR = pleocitosis PMN (excepto listeria puede tener predominio mono itálico/linfocitario)

*correcta: e

. La neurosífilis se define como la afectación del sistema nervioso por el *Treponema pallidum*. Para su diagnóstico es suficiente: (2017 enero)

- a) El hallazgo en la exploración de una pupila de Argyll-Robertson (respuesta a la acomodación y no a la luz).
- b) La positividad de un test reagínico (VDRL) en sangre y pleocitosis en LCR.
- c) El antecedente de un chancro (lesión primaria), seguido de parálisis facial a los 2 meses.
- d) La presencia de pleocitosis en LCR con positividad de VDRL y TPHA.
- e) La presencia de hallazgos indicativos de paquimeningitis craneal y espinal en el estudio de RM cerebral.

→ neurosífilis - dx => neurosífilis confirmada = test treponémico sérico (+) + VDRL (+) en LCR

*correcta: d

. ¿Qué meningitis subaguda tiene glucosa normal? (2014 enero)

- a) Borreliosis.
- b) Carcinomatosis.
- c) Brucelosis.
- d) Micosis.
- e) Tuberculosis.

→ neuroborreliosis - LCR = glucosa normal

→ meningitis bacteriana subagudas/crónicas - LCR glucosa

- baja = tuberculosis + brucelosis + micosis + carcinomatosis meníngea

- normal = sífilis + borreliosis + sarcoidosis

*correcta: a

. La enfermedad de Lyme está causada por espiroquetas (*Borrelia*), que se adquiere por picadura de garrapatas: (2018 enero)

- a) La afectación neurológica más frecuente es una paraparesia espástica, que afecta a poblaciones que viven en los trópicos.
- b) En un 80% de los casos, su primera manifestación es una lesión cutánea denominada herpes circinado.
- c) La parálisis facial periférica es frecuente.
- d) La neuroborreliosis se diagnostica fácilmente con PCR en el LCR.
- e) En la neuroborreliosis los corticoides han mostrado gran eficacia.

→ Neuro Borreliosis / enf Lyme

- fase precoz localizada = eritema migratorio (60-80%)

- fase precoz diseminada = parálisis facial

- dx = serología en 2 pasos (Elisa (+) → Western Blot) + demostración nítida al (LCR) Ac

- tto (según precoz/tardía SNC afectado/no) = doxiciclina Vo. / ceftriaxona i.v.

*correcta: c

. Un varón de 22 años, practicante de deportes de aventura, presenta una parálisis facial bilateral. Un par de meses atrás refiere haber sufrido, durante un periodo aproximado de cuatro semanas, un episodio de debilidad generalizada, fiebre, cefalea intensa y artromialgias. A pesar de haber mejorado sustancialmente persiste de forma fluctuante cierta cefalea y dolor articular. La exploración cardiorrespiratoria, abdominal y neurológica son completamente normales, con reflejos osteotendinosos presentes y simétricos. La radiografía de tórax es también normal. ¿Cuál es, con mayor probabilidad, el causante del cuadro clínico descrito?: [MIR]

1. Síndrome de Guillain-Barré.

2. Leptospirosis.

3. Sarcoidosis.

4. Enfermedad de Lyme.

→ Neuro Borreliosis / enfermedad Lyme - clínica

- fase precoz localizada = sd pseudogripal

- fase precoz diseminada = parálisis nervios craneales → st facial (puede ser bilateral)

- fase tardía = oligoartritis intermitente/crónica

→ [IA]

- contexto epidemiológico ("Deportes de aventura") = exposición zonas bosque/campo picadura garrapata

- síntoma guía = parálisis facial BILATERAL

- caso parálisis facial bilateral examen MIR = debes pensar automáticamente en dos cosas: Enfermedad de Lyme o Síndrome de Guillain-Barré.

- La evolución temporal y el síndrome pseudogripal
 - Fase 1 (meses atrás) = paciente tuvo fiebre, cefalea y artralgias durante semanas (encaja con fase precoz localizada/diseminada)
 - Fase 2 (actual) = clínica neurológica (parálisis de pares craneales). Esto ocurre entre 1 y 3 meses después de la picadura.

*correcta: 4

→ explicación apuntes:

- Guillain-Barré = afectación ascendente y distal, y, aunque hay formas que pueden afectar a los pares craneales (típicamente con parálisis facial), al haber datos de infección previa (bacteriemia, artralgias que persisten), se descarta.
- leptospirosis se descarta porque no se describe un fallo hepatorenal después de la bacteriemia
- sarcoidosis, aunque a nivel neurológico puede producir parálisis facial bilateral, tampoco produce clínica infecciosa

. La enfermedad de Lyme: (2017 junio)

- a) Puede producir una meningitis con pleocitosis eosinofílica.
 - b) Puede dar lugar a áreas de hiperseñal en sustancia blanca, en las secuencias T2 y FLAIR del estudio de resonancia magnética, que se prestan a confusión con esclerosis múltiple.
 - c) Debe su nombre a una investigadora del Instituto Pasteur de París.
 - d) Se transmite por picadura del mosquito Aedes Egypti.
 - e) Siempre requiere de tratamiento con corticoides en la primera semana.
- neuroborreliosis - fase tardía - clínica neurológica = polirradiculopatía sensitiva + leucoencefalomielitis crónica multifocal (lesiones similares esclerosis múltiple)

*correcta: b

14. MENINGITIS VÍRICAS

. ¿Cuál de los siguientes virus no está relacionado con el desarrollo de encefalitis crónicas persistentes? (2021 julio)

- a) Virus JC.
- b) Virus del sarampión.
- c) Virus de la rubeola.
- d) Virus herpes simple.
- e) Todas son correctas.

→ infecciones víricas SNC:

- encefalitis víricas agudas = HSV-1/2 + VZV + CMV + HHV-6 + EBV + arbovirus
- encefalitis víricas subagudas/crónicas = poliomavirus JC (→ leucoencefalopatía multifocal progresiva) + sarampión (panencefalitis esclerosante subaguda) + VIH

*correcta: d

. La aparición de lesiones del tipo exantema mano-pie-boca o herpangina es muy característico de las meningitis por: (2021 julio) (2021 enero)

- a) Varicela zóster.
- b) Herpes simple.
- c) Virus de la poliomielitis.
- d) Virus JC.
- e) Enterovirus.

→ enterovirus = transmisión fecal-oral

→ [IA] enterovirus:

- enfermedad mano-boca-pie (coxsackievirus A16 / enterovirus 71) = versículos en palmas/plantas/orales (= erosiones)
- herpangina = vesícula-pápulas en paladar blanco + úvula → muy dolorosas

*correcta: e

. Hombre de 52 años que acude al servicio de Urgencias por cefalea y fiebre (37,8°C) de 2 días de evolución. En las últimas horas asocia además dificultad para la nominación y comprensión. En la exploración realizada no se observa rigidez de nuca siendo lo más llamativo la presencia de una atasia mixta. El fondo de ojo es normal. La TC craneal muestra una tenue hipodensidad en lóbulo temporal izquierdo sin efecto de masa y sin captación de contraste. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta? [MIR]

1. Una meningitis bacteriana es la primera impresión diagnóstica y hay que iniciar cuanto antes tratamiento con cefalosporina de 3ª generación.
2. Lo más probable es que el LCR de este paciente nos muestre una pleocitosis de predominio linfocitario con glucorraquia normal.
3. Sospecharíamos una encefalitis límbica.
4. Se trata de un absceso cerebral en fase inicial.

→ paciente con: fiebre + estado mental alterada + focalización neurológica (afasia) ⇒ encefalitis

→ herpes simple 1

- (+)frec = encefalitis adulto
- clínica = prod romo pseudogripal → seguido: alteración conciencia + cambios conductuales + confusión + crisis epiléptica + déficit focales (afasia, hemiparesia)
- LCR = linfocitosis + glucosa normal (/baja)

*correcta: 2

. En relación con la encefalitis por anticuerpos antirreceptor de N-metil-D-Aspartato (NMDAR) señale la respuesta INCORRECTA: [MIR 2020]

1. En adolescentes predominan las manifestaciones psiquiátricas.
 2. En algunos casos puede ocurrir tras una infección por virus herpes simple 1.
 3. No afecta a niños menores de 1 año de edad.
 4. El diagnóstico se establece al demostrar la presencia de anticuerpos anti-NMDAR en el LCR y el suero.
- virus herpes simple 1 - complicaciones clave = 30% desarrollan recaída autoinmunitaria post-herpética (encefalitis x Ac anti-NMDAR)

*correcta: 3

. Un paciente de 73 años con antecedente de enfermedad renal crónica que presenta un cuadro de 5 días de fiebre, cefalea y confusión, acompañado de una crisis epiléptica tónico-clónica. El estado clínico en el momento de la evaluación es bueno y la exploración física es normal. En los análisis destaca leucocitosis de 18.000/ul con neutrofilia del 92%, serie roja y plaquetas normales; creatinina 2.3 mg/dl, eFG 32 ml/min y PCR 15 mg/L (VN<5). La TC craneal no muestra alteraciones. El LCR muestra un líquido claro con 200 leucocitos/ul (60% linfocitos), glucosa 80 mg/dl, proteínas 85 mg/dl (VN<50), ADA 25 UI/l (VN<15); la tinción de Gram del LCR no muestra microorganismos. ¿Qué tratamiento recomendaría en este momento? [MIR 2020]

1. Aciclovir.
2. Aciclovir más isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida.
3. Aciclovir más metilprednisolona IV.
4. Vancomicina, ampicilina y ceftriaxona IV.

→ sospecha encefalitis => tto Aciclovir

*correcta: 1

. ¿Qué cuadro neurológico puede producir el virus del zika? (2019 enero)

- a) Hidrocefalia.
- b) Miopatía inflamatoria.
- c) Microcefalia.
- d) Vasculitis del sistema nervioso periférico.
- e) Encefalitis.

→ arbovirus = zika

→ [IA] zika

- transmitido x artrópodos

- causa malformaciones congénitas x neurotropismo = microcefalia + calcificaciones intracraneales + ventriculomegalia

- en adultos asociados a Sd Guillain Barré

*correcta: c

. En relación con la leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP), señalar la respuesta INCORRECTA: (2021 julio)

- a) Está producida por el virus JC.
- b) Es más frecuente en paciente inmunodeprimidos.
- c) En la anatomía patológica cerebral se observan inclusiones víricas y áreas multifocales de desmielinización.
- d) El tratamiento precoz de Aciclovir mejora el pronóstico y evita las complicaciones.
- e) Todas son correctas.

→ leucoencefalitis multifocal progresiva (LMP)

- re[ON] paliomavirus JC = tropismo x oligodendrocitos = desmielinización multifocal

- asociado a inmunodepresión (VIH + linfomas + trasplantes)

- clínica = déficit focales

- RNM = lesiones multifocales hiperintensas T2 sustancia blanca - NO efecto masa / captación contrastante

- tto = revertir inmunosupresión → TARGA (si VIH) + retirada fármacos inmunosupresores

→ [IA] Aciclovir = fármaco inhibe ADN polimerasa de los virus de la familia Herpesviridae (como el Herpes Simple o la Varicela-Zóster)

*correcta: d

. Varón de 56 años con antecedentes de infección por VIH diagnosticada hace unos meses, que es encontrado confuso, desorientado y con hemiparesia derecha. La familia refiere que presenta una pérdida significativa de peso en los últimos 6 meses, así como diarrea frecuente. No ha comenzado tratamiento antirretroviral por deseo personal. Los análisis muestran una carga viral de VIH- 1 de 600.000 copias/mL, 130 linfocitos CD4, 900 linfocitos totales y un cociente CD4/CD8 de 0.1. La serología a toxoplasma, la carga viral de CMV y el antígeno criptocócico en sangre son negativos. La RM cerebral se muestra en la figura. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?: [MIR 2021]

1. Toxoplasmosis cerebral.
2. Linfoma primario del sistema nervioso central.
3. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
4. Encefalitis por CMV.

→ VIH - complicaciones 2ª:

• infecciones oportunistas • toxoplasmosis

- criptococosis
- CMV
- LPM x JCV
- linfoma cerebral primario
- sd reconstrucción inmune (SRI/IRIS)

→ leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) x poliovirus JC

- asociado a inmunodepresión = VIH
- clínica = curso subagudo-progresivo → déficit focales (paresia piramidal + sensitivos + visuales + deterioro cognitivo)
- dx - RM = lesiones multifocales hiperintensas en T2 en sustancia blanca → NO efecto Aa / captación contraste

→ explicación apuntes: Toxoplasmosis tendría masas pequeñas dispersas. CMV tendría realce de la pared del ventrículo y LPM (Leucoencefalopatía multifocal progresiva) no afecta a la corteza, no tiene efecto masa, solo afecta a la sustancia blanca y no capta contraste.

*correcta: 2

*la IA daba como correcta la 3 porque no veía imagen, si la RNM capta contraste es Linfoma (correcta 2) y si no capta es LMP (3) → no tenemos imagen

* Las infecciones del SNC por VIH no suelen asociar de forma característica: (2025 enero)

- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Mielopatía vacuolar.
- Encefalitis por Toxoplasma.
- Meningitis por enterovirus.

→ VIH - complicaciones

- primarias:
 - meningitis aséptica de la seroconversion ⇒ recuerdas que la ppl causa de meningitis aséptica = enterovirus
 - mielopatía vacuolar asociada a SIDA
- secundarias
 - infecciones oportunistas = toxoplasmosis + criptococosis + CMV
 - leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) x JCV
 - neo = Linfoma cerebral 1º
 - sd reconstitución inmune

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la infección por Toxoplasma gondii? (2021 enero)

- Es la causa más frecuente de meningitis fúngica.
- Se produce por la ingesta de carne mal cocinada.
- El tratamiento farmacológico se realiza con sulfadiazina + pirimetamina.
- Es más frecuente en pacientes inmunodeprimidos.
- Todas son correctas.

→

*correcta:

	NMDAR	LGI1
Tipo molécula	receptor glutamato (ppl NT excitatorio)	proteína secretada → puente neuronas
Función clave	memoria + aprendizaje	conecta proteínas pre+postsinápticas = control excitabilidad
Síntoma clave	sint psiq (alucinaciones + ansiedad extrema) + problemas motores/convul	crisis distónicas faciobraquiales (sacudidas/contracciones cara/brazo) + hiponatremia
Paciente común	mujeres jóvenes + niños	varones >60a

PRIONES

. Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con las enfermedades por priones?

- a) Causan las encefalopatías espongiformes humanas.
- b) Las enfermedades por priones son transmisibles.
- c) La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob es la enfermedad por priones más frecuente.
- d) El edema cerebral es la principal complicación evolutiva de las enfermedades por priones.
- e) Todas son correctas.

→ priones:

- enfermedades pueden ser: esporádica + genéticas + adquiridas (transmisibles)
- esporádicas = enfermedad Jacob-Creutzfeldt (sCJD) = forma (+) frec
- adquiridas = Encefalopatía espongiforme Bovina ("vacas locas") (vCDJ)

→ [IA] enfermedades x priones

- mecanismo patógeno = neurodegeneración progresiva x acumulación: proteína priónica anómala (PrPsc = láminas beta) + formación vacuolas en citoplasma (aspecto espongiforme) => Sí atrofia / NO edema

*correcta: d

. ¿Cuál es la lesión anatomopatológica característica de la enfermedad de Creutzfeldt Jakob en el cerebro? [MIR 2015]

- 1. Reacción inflamatoria perineuronal.
- 2. Cuerpos de inclusión en las neuronas.
- 3. Acúmulos de depósitos fibrilares en el intersticio.
- 4. Vacuolización del neuropilo.

*correcta: 4

. ¿Cuál de las siguientes enfermedades alcanza mayor letalidad?: [MIR 2020]

- 1. Ictus.
- 2. COVID-19.
- 3. Infarto agudo de miocardio.
- 4. Encefalopatía espongiforme bovina.

*correcta: 2 => [before] COVID = 4

15. ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS DEL SNC

. En las enfermedades inmunológicas del sistema nervioso, señala la afirmación VERDADERA: (2021 enero)

- a) Afectan exclusivamente al sistema nervioso central.
- b) Se afecta exclusivamente la corteza cerebral y cerebelosa.
- c) Son muy frecuentes.
- d) Son causadas por autoanticuerpos detectables en suero y/o LCR.
- e) No obligan a descartar neoplasias fuera del sistema nervioso.

→ enfermedades autoinmunes sistema nervioso

- periférico = polirradiculopatías desmielinizante inflamatorias + unión neuromuscular + miopatías

- central = x Ac antineuronales + x ataque mielina

- sistema límbico = tálamo + hipotálamo + hipocampo + amígdala cerebral + cuerpo calloso + septo + mesencéfalo

→ enfermedades inmunológicas sistema nervioso = enfermedades que afectan SNC + SNP + neuromuscular → cuya patogenia subyace trastorno autoinmune mediado x inmunidad celular y/o Ac específicos.

→ encefalitis autoinmune = mayoría paraneoplásicos

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera en la encefalitis límbica paraneoplásica? (2020 julio) (2020 enero)

- a) Los pacientes pueden tener alteraciones mentales agudas como alucinaciones.
- b) Pueden tener crisis epilépticas.
- c) Pueden ser debidos a anticuerpos frente antígenos intracelulares como es el caso de Anti-Hu.
- d) La A y B son correctas.
- e) Todas las anteriores son correctas.

→ encefalitis autoinmunes - 4 grupos síntomas

- trastornos conciencia = mesencéfalo (SRAA)

- trastornos psiquiátricos (base lóbulo frontal)

- movimientos anormales (tálamo)

- crisis epilépticas (corteza).

→ persona joven con trastornos psiquiátricos aparición brusca/aguda/subaguda + alteraciones motoras + crisis epilépticas = pensar en encefalitis autoinmune

→ encefalitis autoinmune - Ac antineuronales = Ag superficie + Ag intracelulares

- Ag intracelulares = Hu + Yo → paraneoplásicos (ovario, pulmón, mama, timo)

*correcta: e

. Cal dos seguintes é unha síndrome paraneoplásica? (2020 enero)

- a) O anticorpo máis comunmente relacionado coa encefalomiелitis paraneoplásica é o anti-Hu.
- b) Os anticorpos fronte a antígenos de superficie LGI1 e NMDA describíronse nas encefalitis límbicas.
- c) Os tumores que máis frecuentemente asóciáanse nos pacientes con sospeita de dexeneración cerebelosa subaguda con anticorpo onconeuronales anti-Yo son o de ovario ou mama.
- d) Ningunha das anteriores.
- e) Todas as anteriores son certas.

→ encefalitis autoinmune - tipos Ac antineuronales

- Ag superficie celular ⇒ receptores (NMDA, AMPA) + canales iónicos (VGKC)

- Ag intracelulares = Hu + Yo → mayoría son paraneoplásicos = ovario + pulmón + mama + timo

*correcta e

. En la encefalitis por Ac Anti-NMDA, señalar la afirmación VERDADERA: (2021 julio)

- a) Afectan exclusivamente al sistema nervioso central.
- b) Se afecta exclusivamente la corteza cerebral y cerebelosa.
- c) Son muy frecuentes.
- d) Son causadas por autoanticuerpos detectables en suero y/o LCR.
- e) No obligan a descartar neoplasias fuera del sistema nervioso.

→ encefalitis autoinmunes - epidemiología = poco frecuentes

→ encefalitis x Ac anti-receptor glutamato - dx:

- limpi SIEMPRE buscar teratoma ovárico/testicular

- LCR = normal + bandas oligoclonales (+)

- Ac anti-NMDAR en LCR + suero
 - resultado (-) = NO descarta enfermedad
- *correcta: d

. En la encefalitis por Ac anti-NMDA, señalar la afirmación VERDADERA: (2021 julio) (2021 enero)

- a) La causa más frecuente es Ac IgM.
 - b) Hay trastornos psiquiátricos, motores y disautonómicos.
 - c) Es muy rara la asociación a teratoma ovárico o testicular.
 - d) El trastorno psiquiátrico se debe corregir con neurolépticos.
 - e) No existe tratamiento.
- encefalitis Ac anti-NMDA
- IgG1 contra su unidad NR1 (receptor 1 glutamato)
 - predominan = trastornos psiquiátricos + epilepsia + disfonía + trastornos disautonómicos (vómitos en escopetazo)
 - idiopática / asociado tumores (teratoma ovárico/testicular)
 - tto:
 - corticoides + inmunoglobulinas + plasmaféresis = para eliminar IgG
 - Rituximab/cilofosfamida → contra linfB = evitar brotes
 - neurolépticos (antipsicóticos) contraindicados x riesgo sd neurolépticos maligno (mejor benzodiacepinas)

*correcta: b

. ¿En cuál de las siguientes entidades NO suelen observarse hiperseñales temporales en el estudio de RM cerebral? (2019 enero)

- a) Encefalitis herpética.
 - b) Encefalitis de Hashimoto.
 - c) Encefalitis límbica por anticuerpos anti-GAD.
 - d) Encefalitis por anticuerpos antirreceptor-NMDA.
 - e) Meningoencefalitis luética.
- encefalitis x anti-NMDAR = RM puede ser normal (hiperseñal mesial temporal)
- encefalitis - RNM [IA]
- HVS-1 = hiperseñal bilateral asimétrica en lóbulos temporales + ínsula (muy marcada / necrótica)
 - encefalitis limbo a = hiperseñal en hipocampos
 - meningoencefalitis luética = neurosífilis = fase parálisis general (formas tardías) simula encefalitis limbica con afectación inflamatoria lóbulos temporales

*correcta: d

. En las encefalitis autoinmunes: (2021 julio)

- a) Puede haber síndrome cerebeloso.
 - b) Son excepcionales las alteraciones hidroelectrolíticas.
 - c) La diarrea excluye su diagnóstico.
 - d) El trastorno del sueño excluye el diagnóstico.
 - e) La hiperexcitabilidad del nervio periférico excluye su diagnóstico.
- encefalitis autoinmunes - Ac antineuronales contra Ag superficie celular - canales iónicos (VGKC+VKLG+LGII)
- encefalitis x Ac anti-GABA_B (descarboxilasa glutámico):
- 2ª encefalitis límbica (+) frec
 - presentación clínica - cuadros clínicos = sd cerebeloso (predominante)
- encefalitis anti VGKC
- anti-LGI1 = hiponatremia (60%) → característica x receptor en hipotálamo
 - anti-CASPR = Sd Morvan ⇒ hiperexcitabilidad nervio periférico + insomnio

*correcta: a

. La encefalitis aguda diseminada: (2021 julio)

- a) Siempre es monofásica.
- b) Son frecuentes las bandas oligoclonales de IgG en el LCR.
- c) Es más frecuente en niños.
- d) Nunca se afecta el sistema nervioso periférico.

- e) Tiene un curso progresivo.
- encefalomielitis aguda diseminada
- enf desmielinizante SNC inflamatoria → aguda + monofásica
 - afecta st niños/jovenes
 - formas según afectación
 - clásicas (+típica) = encéfalo + ME
 - limitadas = encéfalo + ME + cerebelo + nervio óptico
 - ambas pueden tener afectación SNP aunque es raro
- *correcta: c

- *. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la falsa? (2018 enero)
- a) El anticuerpo más comúnmente relacionado con la encefalomielitis paraneoplásica es el Anti-Hu.
 - b) Los anticuerpos frente a antígenos de superficie LG/1 y NMDA se han descrito en las encefalitis límbicas.
 - c) Los tumores que más frecuentemente se asocian en los pacientes con sospecha de degeneración cerebelosa subaguda con anticuerpos onconeuronales anti-Yo son el de ovario o mama.
 - d) Ante la sospecha de un síndrome neurológico paraneoplásico es importante diagnosticar el cáncer lo antes posible.
 - e) Los síndromes paraneoplásicos son la complicación más frecuente del cáncer sistémico.
-
- *correcta: e

16. ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES: ESCLEROSIS MÚLTIPLE

. La atrofia óptica de Leber: (2018 enero)

- a) Cursa con disminución bilateral y progresiva de la agudeza visual.
- b) Es una enfermedad recesiva ligada a X.
- c) Se debe sospechar en pacientes con pérdida de visión y arritmias.
- d) Son todas ciertas.
- e) Son ciertas A y B.

→ enfermedades desmielinizantes - anomalía mitocondrias = neuropatía óptica de Leber

- herencia = recesiva ligada a X
- disminución agudeza visual progresiva unilateral → evolución bilateral
- alteraciones conducción impulso cardíaco = arritmias
- sospecha clínica = varón con neuropatía óptica bilateral + arritmias

*correcta: d

. Escoger la sentencia VERDADERA con respecto a la esclerosis múltiple: (2020 enero) (2019 enero) (2018 enero)

- a) Es de causa tóxica.
- b) Es una enfermedad hereditaria.
- c) Es menos frecuente en los países próximos al Ecuador.
- d) Tiene una causa infecciosa.
- e) Se debe a una mielina anómala desde el nacimiento.

→ EM = mielina previamente normal

→ esclerosis múltiple - etiopatogenia:

- alteración medioambiental
- alteración regulación inmunológica
- predisposición genética
- estudios epidemiológicos:
 - distribución según latitud geográfica = prevalencia (+) a medida alejamos Ecuador
 - estudios con virus = sarampión + VEB

*correcta: c

. Escoger el trío de factores, que, a la luz de los conocimientos actuales, podría predis- poner a padecer esclerosis múltiple: (2017 enero)

- a) Raza negra / Niveles bajos de vitamina D / Índice de masa corporal elevado.
- b) Índice masa corporal elevado / Niveles altos de vitamina D / Tabaquismo.
- c) Infección previa por virus varicela-zoster / Tabaquismo / Talla baja.
- d) Progenitor con esclerosis múltiple / Niveles bajos de vitamina D / Índice de masa corporal elevado.
- e) Vivir en Dinamarca desde los 26 años / Índice de masa corporal elevado / Sexo femenino.

→ EM - etiopatogenia:

1. alteración medioambiental
2. alteración regulación inmunológica
3. predisposición genética:
 - incidencia familiar 6-10%
 - grupos étnicos protegidos = gitanos + africanos + asiáticos
 - grupos étnicos (+) riesgo = raza blanca

- estudios epidemiológicos:

- latitud geográfica = (+) prevalencia EM conforme nos alejamos Ecuador => (-) vitamina D (modula sistema inmune)

* índice masa corporal [IMC] = obesidad infantil/adolescentes = factor riesgo pro inflamatorio → tejido adiposo = citoquinas = [ON] sist inmune

*correcta: d

. En la esclerosis múltiple, señalar la afirmación VERDADERA: (2021 enero)

- a) Se afecta a la mielina del sistema nervioso central y periférico.
- b) La mielina es anormal desde el nacimiento.
- c) La degeneración axonal es tardía.

- d) La mielina es normal antes del inicio de la enfermedad.
- e) Los astrocitos causan la lesión neuronal.

. Escoger la sentencia VERDADERA con respecto a la esclerosis múltiple: (2020 enero) (2019 enero)

- a) Se afecta la mielina del sistema nervioso central y periférico.
- b) La mielina es anormal desde el nacimiento.
- c) La degeneración axonal es tardía.
- d) La mielina es normal antes del inicio de la enfermedad.
- e) Son todas falsas.

→ esclerosis múltiple

- SNP NO se ve afectado
- partimos de sujetos cuya mielina era previamente normal ("aparentemente")
- linfocitos T/B atraviesan BHE → reconocen Ag mielina/oligodendroglía → astrocitos/microglía = cascada mediadores
- ∴ permeabilidad BHE = lesión axones neuronas / oligodendrocitos

→ [IA] es falsa xq: La lesión inicial es causada principalmente por los linfocitos T y B (inmunidad adquirida) que atraviesan la barrera hematoencefálica. Los astrocitos participan después en la formación de la cicatriz (gliosis)

*correcta: d

. En la esclerosis múltiple: (2018 enero)

- a) Se afecta la mielina del sistema nervioso central y periférico.
- b) La mielina es normal antes del inicio de la enfermedad.
- c) La degeneración axonal es tardía.
- d) La mielina es anormal desde el nacimiento.
- e) Son todas falsas.

*correcta: b

. En el diagnóstico de la esclerosis múltiple, señalar la afirmación VERDADERA: (2021 enero)

- a) Es obligado descartar otras posibles enfermedades autoinmunes.
- b) Es necesario un análisis del LCR.
- c) La resonancia magnética debe demostrar diseminación espacial de lesiones.
- d) Las bandas oligoclonales de IgG demuestran diseminación temporal.
- e) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

→ esclerosis múltiple - dx

- clínica
- estudios complementarios
 - LCR (prueba capital) = bandas oligoclonales IgG (permanentes en el tiempo) = demostración en el tiempo
 - RNM = placas esclerosis diseminadas + lesiones nodulares múltiples en T2 (recientes - captan contraste) = diseminación espacial/temporal
- descartar otras enfermedades (autoinmunes + fácil dx) = SIDA + sd Guillain Barré

*correcta: e

. El hallazgo de algunas lesiones que captan contraste (Gadolinium), en las secuencias T1 de la RM, en un paciente con diagnóstico previo de esclerosis múltiple... (2017 junio)

- a) Significa eficacia del tratamiento modificador del curso de la enfermedad.
- b) Siempre es indicativo de gravedad si se localizan en el hemisferio dominante.
- c) Debe interpretarse como ruptura de la barrera hematoencefálica y constituye un dato de actividad de la enfermedad.
- d) Implica riesgo de leucoencefalopatía multifocal.
- e) Nos habla de la necesidad de indicar una pauta de esteroides.

→ EM - RNM:

- placas esclerosis diseminadas = diseminación e spatio-temporal
- lesiones nodulares múltiples T2 → si captan contraste hay actividad (BHE rota) / NO captan NO actividad = diseminación temporal

*correcta: c

. En la esclerosis múltiple: (2020 julio)

- a) La afectación del nervio óptico es poco frecuente.

b) Puede haber síntomas combinados simultáneamente.

c) La afectación del cerebelo es la más frecuente.

d) La evolución progresiva es la más frecuente.

e) No existe la forma benigna.

→ esclerosis múltiple

- manifestaciones clínicas

• afectación nervio óptico = neuritis óptica = pérdida visión → (+)frec

• alteraciones motoras = pérdida fuerza → ataxia (x afectación cerebelo)

- puede haber 2 manifestaciones en un mismo brote

- Dx = diseminación temporal (2 brotes) + diseminación espacial (afectación 2 lugares SNC: vía piramidal + nervio óptico)

- formas clínicas:

- brotes (remitente-recurrente) → secundaria progresiva = (+)frec

- primaria progresiva = 10-20% individuos

*correcta: b

*. El denominado síndrome desmielinizante aislado... (2017 junio)

a) Es equivalente al de brote de esclerosis múltiple que solo afecta a un sistema aferente o eferente.

b) Se diagnostica en un sujeto asintomático, en el que un estudio de resonancia magnética descubre lesiones muy sugestivas de esclerosis múltiple.

c) Debe tratarse con fármacos modificadores del curso de la esclerosis múltiple siempre.

d) No existe.

e) Puede diagnosticarse de esclerosis múltiple si en el estudio de resonancia magnética hay lesiones en distintas localizaciones (subcorticales, periventriculares, fosa posterior) y unas captan contraste y otras no.

→ [IA] síndrome desmielinizante aislado / sd clínico aislado (SCA)

- 1er episodio neurológico sugerente desmielinización (ej: neuritis óptica / mielitis parcial)

- "aislado" x 1er síntoma = no tenemos certeza paciente desarrolle EM

- a falsa porque en un brote puede haber varios síntomas x varios lugares SNC afectados

- b = "Síndrome Radiológico Aislado"

- c = dependerá del riesgo de conversión a EM

*correcta: e

. ¿Cuál de los fármacos modificadores del curso de la esclerosis múltiple puede complicarse con mayor frecuencia a leucoencefalopatía multifocal progresiva? (2017 junio)

a) Teriflunomida.

b) Fingolimod.

c) Alemtuzumab.

d) Natalizumab.

e) Acetato de glatirámico.

→ EM - tto → fármacos modificadores curso enfermedad = natalizumab:

- [OFF] migración linfocitos activos contra mielina x BHE

- fármaco peligroso = = riesgo LEMP (x virus JC) [quita a la poli del cerebro = linfocitos]

*correcta: d

17. TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

. ¿Cuál de las siguientes características no forma parte del temblor esencial? (2017 junio)

- a) Suele existir un marcado componente familiar.
- b) Algunos pacientes refieren mejoría con la toma de pequeñas cantidades de alcohol.
- c) Puede interferir en tareas tan elementales como la escritura.
- d) Como en otros tipos de temblor, el tratamiento con anticolinérgicos es el primer escalón terapéutico.
- e) Puede existir temblor cefálico.

→ temblor esencial/benigno:

- temblor de acción (simple / intencional / asociado a tareas específicas)
- asciende cranealmente = temblor cefálico
- antecedentes familiares (suele ser familiar)
- mejora con alcohol a dosis bajas
- tto = betabloqueantes + primidona + otros + infiltración toxina botulínica + HIFU

*anticolinérgicos = tto temblor reposo párkinson

*correcta: d

. Con respecto al temblor esencial cuál de los siguientes enunciados es VERDADERO: (2025 enero)

- a) Se trata de un temblor de reposo de prono-supinación de 4-6 HZ
- b) Se asocia típicamente a hiperreflexia, Babinski y alucinaciones visuales.
- c) El DaTSCAN contribuye a diferenciar la Enfermedad de Parkinson del temblor esencial.
- d) El HIFU es una técnica novedosa que consiste en la administración de un haz de ultrasonidos focalizados en la sustancia negra.

→ una x una:

- a => temblor reposo o prono-supinación 4-6Hz = típico Párkinson / temblor esencial = temblor acción aislado
- b => temblor esencial = trastorno aislado / hiperreflexia + babinski = daño piramidal ~ alucinaciones visuales = demencia x cuerpos de Lewy o fases avanzadas Párkinson

- c => temblor esencial - dx = DaTSCAN -> ayuda DD Parkinson = normal en temblor esencial xq dopamina función bien

*DaTSCAN = radiófarma marca transportadores dopamina en cuerpo estriado -> párkinson = pérdida neuronas dopaminérgicas = (-) captación en cuerpo estriado

dopaminérgicas = (-) captación en cuerpo estriado

- d => temblor esencial - tto = HIFU -> talamotomía unilateral con ultrasonido focalizado en núcleo ventral intermedio medial del tálamo

*correcta: c

. Una paciente de 20 años consulta por temblor de 2 años de evolución. Su padre y un hermano de 30 tienen un trastorno similar. El temblor afecta a la cabeza y ambas manos y se produce cuando hace algo con las manos o realiza determinadas acciones como beber o utilizar los cubiertos. La exploración, aparte del temblor, es normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2016 junio)

- a) Temblor fisiológico exagerado.
- b) Enfermedad de Parkinson.
- c) Temblor esencial.
- d) Parálisis supranuclear progresiva.
- e) Temblor primario de la escritura.

*correcta: c

. La diana quirúrgica de elección en un paciente con temblor idiopático/esencial es: (2021 julio) (2020 julio) (2015 junio)

- a) El núcleo accumbens.
- b) El núcleo ventral intermedio del tálamo.
- c) El globo pálido interno.
- d) El núcleo subtalámico.
- e) Ninguna es cierta.

*correcta: b

. En un paciente con temblor esencial (temblor en ambos miembros superiores) cuando fallan los tratamientos farmacológicos el tratamiento ideal es la implantación de electrodos de estimulación cerebral profunda. ¿Cuál es el sitio ideal para implantarlos? (2014 enero)

- a) En el núcleo pálido interno.
- b) En el núcleo pálido externo.
- c) En el VIM del tálamo.
- d) En núcleo subtalámico.
- e) En la sustancia negra.

→ temblor esencial/benigno - tto => HIF = talamotomía unilateral - ultrasonidos focalizado en VIM (núcleo ventral intermedio medial - tálamo)

*correcta: c

. Una mujer de 75 años comienza súbitamente con movimientos violentos proximales en las extremidades derechas, que se clasifican como hemibalismo. Se hace una TAC encefálica, que no muestra alteraciones significativas. ¿Qué se espera encontrar en el estudio de resonancia magnética? (2019 enero)

- a) Imagen compatible con hemorragia cerebelosa.
- b) Atrofia de ambos núcleos caudados.
- c) Imagen compatible con infarto del núcleo subtalámico izquierdo.
- d) Imagen compatible con infarto en la cápsula interna derecha.
- e) Atrofia cerebelosa.

→ corea - balismo = movimientos gran amplitud (lanzamiento) + unilaterales (hemo alisio x alteración núcleo subtalámico).

*correcta: d

*. ¿Cuál de estos fármacos es el que mejor controla los movimientos coreicos? (2017 enero)

- a) La levodopa.
- b) Los agonistas dopaminérgicos.
- c) Los anticolinesterásicos.
- d) El clonacepan.
- e) La tetrabenazina.

→ [IA] corea/balismo - tto:

- bloqueadores receptores (neurolépticos = haloperidol)
- depletors dopamina = tetrabenazina

*correcta: e

. Una paciente de 26 años ingresa por incapacidad para vivir sola. No se alimentaba, no ordenaba su casa y los vecinos relataban que a veces gritaba diciendo que había animales en su casa. Además, la paciente tenía gran dificultad para caminar y para realizar movimientos con las manos. En la exploración se observó un importante síndrome bradicinético rígido, algunos movimientos coreicos en las manos y oftalmoplejía completa. En el TC encefálico de Urgencias se apreciaba atrofia bilateral del núcleo caudado. Su padre falleciera a los 40 años y tenía problemas auditivos. ¿Qué diagnóstico sospecharías? (2021 julio) (2021 enero)

- a) Enfermedad de Parkinson juvenil.
- b) Demencia con cuerpos de Lewy.
- c) Enfermedad de Huntington.
- d) Enfermedad de Wilson.
- e) Parálisis supranuclear progresiva.

→ corea genético = enfermedad Huntington

- herencia AD (padre fallece 40a)
- clínica = motora (corea + distonías oculares + parkinsonismos ~bradicinesias~) + cognitivo (se disejecutivo) + conductual (alucinaciones)
- neuroimagen = atrofia núcleo caudado (patognomónico)

→ [IA] enfermedad Huntington - 3 pilares clínicos:

- trastornos psiquiátricos/cognitivos = "incapacidad vivir sola, no se alimenta, no ordena" + alucinaciones
- trastornos movimiento = corea manos + se bradicinético rígido
- alteraciones oculomotoras = oftalmoplejia / lentitud movimiento sacádicos

*correcta: c

. Una paciente de 36 años fue traída a la consulta por imposibilidad para vivir sola. La familia hacía 10 años que no sabía nada de ella. Durante ese tiempo fue perdiendo todos los trabajos hasta terminar en la indigencia. La mujer tenía un serio deterioro de las funciones ejecutivas y de la memoria. Decía que le querían hacer daño. En la exploración destacaba una

oftalmoplejía completa, notable rigidez y bradicinesia, que le dificultaban la marcha, y movimientos irregulares sin propósito en ambas manos y en la región orofacial. Un estudio de TC encefálica mostró atrofia de ambos núcleos caudados. Su padre, fallecido a los 72 años, de una neoplasia maligna, parece que movía excesivamente las manos, algo que también le sucede a un tío paterno de 78 años. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2019 enero)

- a) Enfermedad de Wilson.
- b) Enfermedad de Huntington.
- c) Enfermedad de Parkinson.
- d) Demencia con cuerpos de Lewy.
- e) Parálisis supranuclear progresiva.

→ enfermedad de Huntington

- atrofia núcleos caudados
- triada clínica = trastornos psiquiátricos/ejecutivos + movimientos coreicos + parkinsonismo y oftalmoplejía
- herencia dominante

*correcta: b

. Un paciente de 22 años consulta por torpeza para realizar movimientos con las manos y para caminar de 6 meses de evolución. Previamente se había tratado con levodopa, sin respuesta. Su padre había fallecido a los 39 años de una enfermedad psiquiátrica sin determinar. Tiene 2 hermanos menores sanos. En la exploración se aprecia rigidez y bradicinesia bilateral, dificultad para realizar los movimientos sacádicos y apatía. Se realizó una resonancia magnética que mostró atrofia de ambos núcleos caudados. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2018 enero)

- a) Enfermedad de Parkinson.
- b) Enfermedad de Huntington, forma rígido-acinética (variante de Westphal).
- c) Degeneración corticobasal.
- d) Disonía que responde a la dopa.
- e) Disonía primaria generalizada.

*correcta: b

* ¿Qué condiciones se requiere para el estudio genético de los hijos de un paciente con enfermedad de Huntington? (2016 junio)

- a) Que sea menor de edad para el diagnóstico temprano.
- b) Que sea mayor de edad y apoyo psicológico.
- c) Que sea mayor de edad.
- d) Que el progenitor afectado sea su madre.
- e) Que el progenitor afectado sea su padre.

→ [IA] corea Huntington → estudio genético = >18 x defecto autonomía

*correcta: b

. Una paciente de 15 años consulta por un cuadro de movimientos involuntarios en las extremidades inferiores de curso progresivo durante un año que han dado lugar a posturas anómalas, que le dificultan la deambulación. En la exploración se observan movimientos y posturas distónicas en las extremidades inferiores, sin otros datos de interés. ¿Con qué fármaco se debe realizar un ensayo terapéutico, que en caso de resultar efectivo orientaría hacia el diagnóstico? (2018 enero)

- a) Tetrabenacina.
- b) Pimozide.
- c) Levodopa a dosis bajas.
- d) Clonacepam.
- e) Anticolinesterásicos.

→ distonías:

- contracciones musculares involuntarias sostenidas = posturas anómalas
- distonías focales
- tto [IA] = ante distonía [start] infancia/adolescencia → 1er paso terapéutico/dx

*correcta: c

. En un paciente con distonía que va a ser sometido a estimulación cerebral profunda, ¿Cuál es la diana de elección? (2017 junio)

- a) El núcleo central del tálamo (NCT).
- b) El globo pálido interno (GPI).

- c) El núcleo subtalámico (NST).
- d) El núcleo accumbens (NA).
- e) Ninguno de los anteriores.

→ distonías [IA]

- GPI clave circuito ganglios base modular exceso actividad motora
- GPI = control posturas + movimientos distónicos

*correcta: b

. Una paciente de 19 años acude a la consulta por presentar una postura anómala del pie izquierdo después de la realización de un ejercicio físico de 20 a 30 minutos. La exploración es normal. Se le pone a hacer ejercicio y al cabo de 25 minutos presenta una postura distónica del pie izquierdo y con intenso dolor. ¿Cuál es diagnóstico más probable? (2016 junio)

- a) Distonía que responde a la levodopa.
- b) Enfermedad de Parkinson.
- c) Distonía mioclónica.
- d) Distonía farmacológica.
- e) Enfermedad de Wilson.

→ no hemos visto los tipos pero distonia sabes que es porque te lo dice el enunciado y por la característica de desencadenarse con acciones específicas (jugar a un deporte)

*correcta: a

*. Paciente de 13 años que presenta una postura anormal en pie izquierdo después de un ejercicio intenso (correr) que mejora con el descanso y temblor en ambos miembros superiores. En la exploración destaca temblor postural en miembros superiores de predominio izquierdo y postura distónica en un pie después de ejercicio durante 30 minutos. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2018 enero)

- a) Distonía segmentaria.
- b) Distonía generalizada.
- c) Enfermedad de Parkinson.
- d) Enfermedad de Huntington.
- e) Distonia que responde a la Dopa.

→ (no visto) [IA] enfermedad de segawa (distonía que responde a L-dopa)

- edad de inicio = infancia-adolescencia
- distonía inducida x ejercicio
- fluctuación diurna
- parkinsonismo asociado
- muy buena respuesta a levodopa

*correcta: e

. ¿En qué se diferencian los tics de los demás movimientos involuntarios? (2021 enero)

- a) El tic es más prolongado en el tiempo.
- b) El tic es más complejo.
- c) El tic afecta a jóvenes.
- d) El tic empeora la vida social del paciente.
- e) El tic se puede inhibir voluntariamente por lo menos durante un tiempo.

*correcta: e

. ¿Qué diferencia a los tics del resto de los trastornos del movimiento? (2019 enero)

- a) Hay un cierto control voluntario sobre los tics.
- b) Los tics solo afectan a niños menores de 6 años.
- c) Los tics responden a la terapéutica con levodopa.
- d) Los tics pueden suprimirse y provocarse a voluntad.
- e) Los tics solo afectan a las manos.

→ TICS = capacidad suprimirlos momentánea mediante esfuerzo

- involuntarios / semiinvoluntarios

*correcta: d

. Los tics se diferencian del resto de los trastornos del movimiento en: (2018 enero)

- a) Son multifocales.
 - b) ... frecuentemente a adolescentes.
 - c) ...
 - d) El paciente nota una compulsión y puede ejercer un cierto control voluntario sobre el movimiento, aunque esto le genera ansiedad.
 - e) Responden a la hidroterapia.
- tics = suele estar precedido impulso premonitorio + capacidad suprimirlo forma momentánea mediante esfuerzo
- *correcta: d

. ¿En qué se diferencian los tics del resto de trastornos del movimiento? (2014 enero)

- a) Son multifocales.
 - b) Afectan solamente a adolescentes.
 - c) Se tratan con anticolinesterásicos.
 - d) El paciente nota una compulsión y puede ejercer un cierto control voluntario sobre el movimiento, aunque esto le genera ansiedad.
 - e) Responden a la radioterapia.
- *correcta: d

. ¿En qué consisten las mioclonías? (2021 julio)

- a) Son movimientos que se parecen al baile.
- b) Son movimientos oscilantes.
- c) Son movimientos hipocinéticos.
- d) Son contracciones musculares involuntarias.
- e) Son movimientos que implican a los músculos agonistas y antagonistas al mismo tiempo.

. ¿En qué consisten las mioclonías? (2021 julio)

- a) Son movimientos que se parecen al baile.
→ corea
- b) Son movimientos oscilantes.
→ temblor
- c) Son movimientos hipocinéticos.
→ párkinson
- d) Son contracciones musculares involuntarias.
→ trastornos movimientos hiperkinéticos
- e) Son movimientos que implican a los músculos agonistas y antagonistas al mismo tiempo.
→ distonías (co-contracción)

*correcta: d (gracias Lujiiii y Mery)

. Ante un paciente con cualquier trastorno del movimiento, ¿qué es lo primero que hay que hacer? (2020 julio)

- a) Descartar una enfermedad degenerativa.
- b) Descartar un origen farmacológico.
- c) Descartar un trastorno familiar.
- d) Descartar una intoxicación por metales.
- e) Hacer una prueba de neuroimagen.

*correcta: b (de nuevo, gracias Lujiiii)

. Ante cualquier trastorno de movimiento, ¿qué se debe descartar en primer lugar? (2020 enero)

- a) Un factor ambiental causal.
- b) Antecedentes de vacunación.
- c) Infecciones previas.
- d) Fármacos como causa de problema.
- e) Antecedentes familiares de demencia.

→ [IA] regla de oro en neurología:

- Reversibilidad: A diferencia de las enfermedades neurodegenerativas, los parkinsonismos o trastornos del movimiento inducidos por fármacos suelen ser reversibles al retirar el agente causal.
- Frecuencia: Muchos fármacos de uso común (neurolepticos-haloperidol + antieméticos-metoclopramida + bloqueantes de los canales de calcio) pueden bloquear los receptores dopaminérgicos y simular una enfermedad de Parkinson.

- Diagnóstico diferencial: Antes de iniciar tratamientos crónicos o pruebas costosas, es imperativo revisar la historia clínica y los medicamentos del paciente para evitar diagnósticos erróneos.

*correcta: d

*. La enfermedad de Wilson puede manifestarse como: (2020 julio)

- a) Corea.
- b) Parkinsonismo.
- c) Disonía.
- d) Temblor.
- e) Cualquiera de los anteriores es cierto.

→ [IA] enfermedad de Wilson

- "la gran simuladora" de trastornos movimiento
- trastornos autosómico recesivo metabolismo cobre → cobre NO se excreta bien x bilis = acumula en órganos vitales (hígado + ganglios base cerebro)
- depósito cobre núcleo lenticular = trastornos movimiento = temblor + distonia + parkinsonismo + corea + disartria
- signo patognomónico → anillo Kayser-Fleischer = anillo marrón/verdoso en limbo córnea

*correcta: e

. Un varón de 19 años comienza con un cuadro delirante-alucinatorio con gran agitación. Dice que le persiguen y le quieren hacer daño. Se trata con neurolépticos y se obtiene una buena respuesta. Al cabo de 6 meses inicia movimientos involuntarios sin propósito en ambas manos, que atribuyen a efectos secundarios de la medicación. Un hermano suyo de 23 años se está estudiando por una hepatitis crónica. Sus padres son primos hermanos. ¿Qué enfermedad hay que descartar? (2019 enero)

- a) Alcoholismo.
- b) Enfermedad de Huntington.
- c) Atrofia multisistema.
- d) Parálisis supranuclear progresiva.
- e) Enfermedad de Wilson.

→ [IA] enfermedad Wilson:

- consanguinidad = herencia autosómica recesiva
- edad = 10-30a
- afectación neuropsiquiátrica = cuadro delirante-alucinatorio → forma Presentación común x depósito cobre en SNC
- movimiento involuntarios = hiperkinesias
- hepatitis crónica hermano = dato definitivo → enfermedad depósito cobre: hígado + ganglios base

*correcta: e

*. En la enfermedad de Gilles de la Tourette, qué síntoma no está presente: (2017 junio)

- a) Tics motores simples.
- b) Pequeños carraspeos o "sniff".
- c) Personalidad obsesiva.
- d) Sacudidas mioclonicas.
- e) Pueden existir verbalizaciones repetitivas (ecolalia, rezos...).

*correcta: e

*. ¿Cuál de estos síntomas aparece en la enfermedad de Gilles de la Tourette? (2015 junio)

- a) Mioclonías subcorticales
- b) Síndrome de Meige.
- c) Disonía focal en las extremidades inferiores.
- d) Tics motores simples.
- e) Parkinsonismo.

*correcta: d

18. ENFERMEDAD PÁRKINSON + PARKINSONISMOS

. Define síndrome parkinsoniano o parkinsonismo: (2021 julio) (2021 enero)

- a) Combinación de bradicinesia, rigidez y temblor debido a degeneración de las neuronas dopaminérgicas de la parte compacta de la sustancia negra.
 - b) Combinación de bradicinesia, rigidez y temblor debido a la ocupación de los receptores dopaminérgicos por fármacos.
 - c) Combinación de bradicinesia, rigidez y temblor debido a una alteración en la vía dopaminérgica nigroestriada.
 - d) Combinación de bradicinesia, rigidez y ataxia por una alteración del núcleo dentado del cerebelo.
 - e) Combinación de bradicinesia, temblor y corea por degeneración de las neuronas medianas espinosas del estriado.
- enfermedad párkinson = ausencia dopamina x degeneración neuronas la producen en pars compacta negra (cuyos axones van al núcleo estriado = vía negro-estriada)
- síntomas cardinales = temblor de reposo + rigidez + bradicinesia + alteración reflejos posturales + marcha
- *correcta: c

*. Con respecto a la Enfermedad de Parkinson, ¿cuál de los siguientes no forma parte de los síntomas cardinales de la enfermedad?: (2025 enero)

- a) Temblor de reposo de prono-supinación de 4-6 HZ
- b) Bradicinesia.
- c) Rigidez.
- d) Hiperreflexia muscular generalizada y Babinski bilateral.

→ párkinson - clínica - síntomas cardinales :

- temblor de reposo (frecuencia 4-6Hz)
- rigidez
- bradicinesia

- alteración reflejos posturales (inestabilidad postural)

*hiperreflexia + signo babinski = signos afectación piramidal (1ª MN) => párkinson enfermedad extra piramidal (afecta: ganglios basales + sustancia negra)

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes enunciados sobre el temblor en la Enfermedad de Parkinson es correcto?: (2020 julio)

- a) Suele tratarse de un temblor postural.
- b) Es habitual que interfiera en acciones como escribir.
- c) Es frecuente el temblor cefálico.
- d) Se observa mejor cuando hacemos caminar al paciente.
- e) Generalmente es bilateral y simétrico.

→ párkinson - síntomas cardinales => temblor de reposo:

- de comienzo asimétrico
- temblor aumenta con maniobras distracción
- NO se relaciona con acción

*correcta: d

. Cal dos seguintes enunciados sobre o tremor na Enfermidade de Parkinson é CORRECTO? (2020 enero)

- a) Adoita tratarse dun tremor postural.
- b) Nunca mellora tras tratamento con L-DOPA.
- c) É frecuente o tremor cefálico.
- d) Obsérvase mellor cando facemos camiñar ao paciente.
- e) Xeralmente é bilateral e simétrico.

*correcta: d

. ¿Cuál de los signos clínicos es el que debe estar siempre presente para el diagnóstico de enfermedad de Parkinson? (2018 enero)

- a) Rigidez y temblor.
- b) Bradicinesia.
- c) Temblor e hiperreflexia.
- d) Trastorno de la marcha.
- e) Alteración de los reflejos posturales.

→ párkinson- clínica - síntomas cardinales = bradicinesia → característica párkinson

*correcta: b

. ¿Cuál de los síntomas cardinales es el más incapacitante de la enfermedad de Parkinson? (2015 junio)

- a) El temblor de reposo y postural.
- b) La bradicinesia.
- c) La rigidez
- d) La alteración de los reflejos posturales.
- e) El temblor reemergente.

→ [IA] aunq pacientes van a consulta x temblor (síntomas más visible) - bradicinesia considerada clínicamente como síntoma (+) incapacitantes xq implica: dificultad tareas finas + pérdida automaticidad + impacto movilidad global

*correcta: b

. En el patrón de la marcha del síndrome parkinsoniano, ¿cuál es la opción correcta?: (2020 julio)

- a) El temblor suele desaparecer porque el brazo está en movimiento.
- b) Existe una pérdida de equilibrio.
- c) Los pasos son generalmente más largos, pues ayudan al paciente a caminar.
- d) Los pacientes pueden tener bloqueos al inicio de la marcha o al girarse.
- e) La marcha del paciente es normal hasta fases avanzadas de la enfermedad.

→ párkinson - marcha:

- arrastrada con pasos cortos = (-) longitud paso
- disminución braceo
- les cuesta inicio marcha
- marcha festinante (inclinación hacia delante hace que anden más rápido para evitar caerse)
- congelación giros
- postura encorvada

*correcta: d

. Con respecto a los síntomas NO motores de la Enfermedad de Parkinson, ¿cuál de los siguientes no es característico? (2025 enero)

- a) Hiposmia.
- b) Depresión.
- c) Diarrea.
- d) Trastorno de conducta del sueño REM.

→ párkinson - clínica - síntomas NO motores:

- depresión
- estreñimiento
- trastornos conductas
- hiposmia
- sueño REM
- dermatitis seborreica

*correcta: c

. Cal dos seguintes datos non é compatible co diagnóstico de enfermidade de Parkinson? (2021 julio) (2020 enero)

- a) Tremor de reposo.
- b) Inicio asimétrico.
- c) Resposta á levodopa.
- d) Herdanza autosómica dominante.
- e) Síndrome cerebeloso.

→ signos cerebelosos = parkinsonismos plus

*parkinson enfermedad vía nitro estriada - sd cerebeloso problema en cerebelo

*yo al ppio pensaba en la herencia autosómica dominante pero la [IA] me ha chivado: mutación en el gen LRRK2 (PARK8) es la causa más común de Parkinson hereditario y tiene un patrón autosómico dominante

*correcta: e

. Unha muller de 79 anos de idade sen antecedentes de interese, consulta por tremor na man dereita de meses de evolución. Na exploración neurolóxica obsérvase tremor, lentitude flobal maior no hemicorpo dereito e perda do braceo dereito ao camiñar. Sinala a afirmación CORRECTA: (2020 enero)

- a) Débese solicitar unha RM cerebral para excluír a Enfermidade de Parkinson.

- b) Débesse solicitar un SPECT DaTscan para confirmar a Enfermedad de Parkinson.
- c) Iniciaría tratamiento con Levodopa porque ten gran valor diagnóstico.
- d) Iniciaría tratamiento con propranolol, que é o tratamento sintomático principal.
- e) É probable que se trate dunha Atrofia Multisistema (AMS).

→ párkinson - tríada clásica:

1. temblor en reposo
2. bradicinesia
3. asimetría

→ párkinson - dx = clínica + respuesta levodopa + ausencia banderas rojas

*correcta: c

. En lo referente al síndrome parkinsoniano, ¿cuál de los siguientes es un dato a favor del diagnóstico de la enfermedad de Parkinson? (2019 enero)

- a) Bradicinesia.
- b) Una respuesta positiva al tratamiento con levodopa.
- c) Temblor postural.
- d) Alteración de los reflejos posturales.
- e) Alucinaciones visuales simples

→ párkinson - dx = clínica (bradicinesia + temblor en reposo) + respuesta levodopa + ausencia banderas rojas

→ otras respuestas

- bradicinesia = requisito indispensable para definir cualquier síndrome parkinsoniano (su sola presencia no nos permite diferenciar entre EP/ fármacos/ atrofia multisistémica)
- temblor postural = hipercinesias / temblor en reposo = hipocinesia (EP)
- alteración reflejos posturales = síntomas harían pensar AMS
- alucinaciones visuales = puede aparecer fases avanzadas EP / x medicación → presencia precoz alucinaciones criterios dx demencia con cuerpos de Lewy

*correcta: b

. Una mujer de 60 años presenta un síndrome parkinsoniano de 3 meses de evolución. Un mes antes había comenzado con cleboprida, un procinético intestinal de acción antidopaminérgica, que mantiene el día de la consulta. ¿Qué actitud se debe seguir?: (2020 julio) (2020 enero)

- a) Retirar la cleboprida y reevaluar en 4 meses.
- b) Mantener la cleboprida y dar levodopa.
- c) Retirar la cleboprida y dar levodopa.
- d) Mantener la cleboprida, dar levodopa y hacer un DATSCAN.
- e) Retirar la cleboprida, dar levodopa y hacer un DATSCAN.

→ párkinson - dx =

- atención fármacos = antieméticos (cleboprida, metoclopramida/primperan, sulpiride) = [OFF] receptores dopamina
- fármaco tarda en eliminarse = receptores agradan 3-6 meses volver normalidad

*correcta: a

. ¿En cuál de las siguientes situaciones de enfermedad esperaríamos que el estudio DATSCAN va a resultar normal? (2019 enero)

- a) Parkinsonismo farmacológico.
- b) Enfermedad de Parkinson.
- c) Parálisis supranuclear progresiva.
- d) Atrofia multisistema.
- e) Demencia con cuerpos de Lewy.

→ DATSCAN= diferencia párkinson de temblor esencial [vs] parkinsonismo farmacológico

- normal = temblor esencial + parkinsonismo farmacológico + parkinsonismo vascular + parkinsonismo psicógeno
- anormal = enfermedad párkinson + PSP + AMS

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes enunciados es falso?: (2020 julio)

- a) La respuesta a Levodopa en la Enfermedad de Parkinson es buena.

- b) Una ausencia de respuesta a la levodopa es el principal factor a considerar para iniciar una terapia avanzada en la enfermedad de Parkinson.
- c) En los parkinsonismos plus, la respuesta a levodopa es peor que en la enfermedad de Parkinson.
- d) En la enfermedad de Parkinson es habitual tener complicaciones derivadas del tratamiento con levodopa.
- e) Desarrollar complicaciones con el tratamiento con levodopa apoya el diagnóstico de enfermedad de Parkinson.

→ párkinson - tto = levodopa:

- tto sintomático (+) eficaz
- su uso se asocia a aparición complicaciones
- escasa respuesta = pensar en parkinsonismos plus

*uso terapias avanzadas se indica en pacientes si responden levodopa pero presentan complicaciones difícil control con pastillas

*si un paciente NO responde levodopa = lo más probable es que no tenga Párkinson

→ párkinson - dx = clínica + respuesta tto + ausencia banderas rojas

*correcta: b

. Un paciente de 54 años acude a la consulta por una historia de 1 año de evolución de temblor de reposo en la mano derecha y torpeza para movimientos finos con la mano afectada y para caminar. En la exploración se aprecia bradicinesia, rigidez y temblor de reposo derechos. El paciente no toma ningún fármaco. ¿Cuál de estos tratamiento no sería adecuado? (2016 junio)

- a) Rasagilina y agonistas dopaminérgicos.
- b) Levodopa y carbidopa.
- c) Levodopa y benserazida.
- d) Agonistas dopaminérgicos.
- e) Antagonistas de los receptores de NMDA.

→ párkinson - tto:

1. L-dopa = se administra unido a inhibidor dopa descarboxilasa (carbidopa / be Serafina)
2. inhibidores MAO-B = rasagilina
3. inhibidores COMT
4. agonistas dopaminérgicos = monoterapia / terapia combinada (con levodopa u otros fármacos)

*correcta: e

. Varón de 67 años que consulta por cuadro de dos años de evolución de dificultad visual en el plano inferior (bajar escaleras o alcanzar objetos en la mesa). En la exploración se observa una lentitud de los movimientos sacádicos hacia abajo, distonía de tronco, voz con gruñido ronco y temblor de baja amplitud y de tipo postural. Con respecto a la hipótesis diagnóstica podría tratarse de: (2025 enero)

- a) Demencia por Cuerpos de Lewy.
- b) Atrofia multisistema.
- c) Parálisis supranuclear progresiva.
- d) Enfermedad de Parkinson.

→ parkinsonismo plus => parálisis supra nuclear progresiva:

- (+) frec hombres + pico sexta década = hombre 60a
- signos clínicos:
 - trastornos oculomotores = lentitud movimientos sacádicos verticales hacia abajo = dificultad bajar escaleras + alcanzar objetos como vaso en la mesa)
 - distonías = en cuello/tronco
 - signos de parálisis pseudobulbar = disfagia + disfonía + voz con gruñido ronco
 - temblor ausente o de baja amplitud -> tipo postural

*correcta: c

. Un paciente de 70 años consulta por caídas desde hace 3 meses. Tiene también dificultad para la deglución y para la movilidad. En la exploración se observa una notable bradicinesia y rigidez que afecta por igual a las 4 extremidades, con alteración de los reflejos posturales. Hay una importante limitación de la mirada vertical. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2021 julio) (2021 enero)

- a) Enfermedad de Parkinson atípica.
- b) Parálisis supranuclear progresiva.
- c) Atrofia multisistema.

d) Demencia con cuerpos de Lewy.

e) Enfermedad de Wilson.

→ parkinsonismos plus - parálisis supranuclear progresiva (PSP)

- (+) hombres >60a

- signos clínicos:

- lentitud movimientos sacádicos verticales hacia abajo → evolucionan a oftalmoplejía + retracción párpados + hiperactividad músculos frontales = fascines sorpresa

- signos parálisis pseudobulbar = disfagia

- caídas frecuentes + pérdida reflejos posturales

→ [IA] PSP = mirada vertical paralizada + caída precoces hacia atrás + rigidez simétrica + edad avanzada

*correcta: b

. Un paciente de 62 años acude a la consulta por un cuadro de 4 meses de evolución de torpeza para realizar movimientos, caídas y dificultad para la deglución. En la exploración se aprecia un notable síndrome parkinsoniano de predominio axial sin temblor, alteración de los reflejos posturales y limitación de la mirada vertical. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

(PREGUNTA RESERVA) (2020 julio)

a) Enfermedad de Parkinson.

b) Enfermedad de Huntington.

c) Atrofia multisistema.

d) Parálisis supranuclear progresiva.

e) Enfermedad de Wilson.

*correcta: d

. Un paciente de 68 años acude a la consulta por trastorno de la marcha. En la anamnesis refiere también torpeza para realizar movimientos con las manos y dificultad para la marcha. En la exploración se aprecia rigidez y bradicinesia bilateral moderada, no se evidencia temblor, ligera disartria, moderada limitación de la mirada vertical y falta de iniciativa. Maniobra del empujón positiva. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2018 enero)

a) Atrofia multisistema cerebelosa.

b) Parálisis pseudobulbar.

c) Enfermedad con cuerpos de Lewy.

d) Parálisis supranuclear progresiva.

e) Enfermedad de Parkinson avanzada.

→ parkinsonismo simétrico + caídas precoces + mirada vertical limitada = parálisis supranuclear progresiva

*¡cuidado! Test empujón = explora alteración reflejos posturales ⇒ en estadios avanzados enfermedad parkinson - si precoz pensar en parkinsonismos plus

*correcta: d

*. Unha paciente de 12 anos comenza con movementos involuntarios de investimento de ambos os pés. Os movementos involuntarios progresivamente vanse estendendo a toda a extremidade inferior, mans e pescozo. Trátase de contraccións musculares con posturas forzadas. O cadro fluctúa durante o día. O seu pai, de 42 anos, presenta parkinsonismo desde hai 6 anos que responde a doses baixas de levodopa e ten un DATSCAN normal. Qué tratamento debería administrarse ao paciente en primeiro lugar? (2020 enero)

a) Neurolépticos.

b) Levodopa en doses baixas.

c) Cirurxía de estimulación palidal.

d) Anticolinesterásicos.

e) Toxina botulínica.

→ "movimiento involuntarios ambos pies" + "contracciones musculares" + "posturas forzadas" = distonía

- inicio pies → extiende resto cuerpo = Distonía generalizada

- 12a = inicio precoz

→ [IA] Distonía sensible a Levodopa = enfermedad de Segawa

- componente familiar = padre con parkinsonismo precoz + responde dosis bajas levodopa + DATSCAN normal (no hay pérdida de neuronas dopaminérgicas ~parkinson~ ⇒ problema funcional en síntesis dopamina)

- comienzo infancia + fluctuación diurna (empeora x la tarde, mejora con sueño)

- respuesta muy buena a dosis bajas levodopa

*correcta: b

Colocar:

. El diagnóstico de la enfermedad de Parkinson está basado en: (2018 enero)

- a) Historia clínica y exploración.
- b) Pruebas de laboratorio.
- c) Tomografía axial computarizada.
- d) Resonancia magnética.
- e) SPECT de perfusión.

→

*correcta:

. Las características del temblor en la enfermedad de Parkinson son las siguientes excepto una: (2017 junio)

- a) Es predominantemente postural.
- b) Su frecuencia es de entre 4 y 7 Hz.
- c) Se observa en muchas ocasiones cuando el paciente camina.
- d) Puede afectar a las piernas.
- e) Puede aparecer en el mentón.

→

*correcta: a?

. Un paciente de 82 años consulta por temblor no incapacitante en la mano y pierna izquierdas, de un año de evolución. En la exploración se aprecia además, rigidez y bradicinesia bilateral más marcada en las extremidades izquierdas. La familia además refiere que tiene despistes ocasionales, pero es autónomo para su autocuidado y aún conduce su propio coche. ¿Qué actitud terapéutica es la más correcta? (2017 junio)

- a) Es probable que tenga una enfermedad de Parkinson idiopática y debe ser tratado con levodopa.
- b) Es probable que tenga una enfermedad de Parkinson idiopática y debe ser tratado con agonistas dopaminérgicos.
- c) Es probable que tenga una enfermedad de Alzheimer y debe ser tratado con inhibidores de la acetilcolinesterasa.
- d) Solicitar una resonancia cerebral.
- e) Solicitar un SPECT cerebral (DaT-SCAN).

→

*correcta: e?

. Un paciente de 66 años consulta porque desde hace unos 10 meses presenta lentitud global. En la exploración además se observa que la base de sustentación está aumentada, disartria moderada y piramidismo. ¿Que entidad debemos tener en cuenta en primer lugar? (2017 junio)

- a) Síndrome parkinsoniano tipo Enfermedad de Parkinson.
- b) Síndrome parkinsoniano tipo atrofia multisistema.
- c) Síndrome parkinsoniano tipo parálisis supranuclear progresiva.
- d) Demencia frontal.
- e) Enfermedad de Huntington.

→

*correcta: b?

. En tu primera guardia, como neurólogo te llaman los compañeros de Urgencias por un paciente de 76 años que desde hace 6 meses camina con dificultad. En sus antecedentes destaca que tiene una fibrilación auricular anticoagulada con Sintrom. ¿Cuál de los siguientes enunciados no es correcto? (2017 junio)

- a) La anamnesis y la exploración física son claves para el diagnóstico diferencial.
- b) Una TC cerebral es una prueba recomendable, al excluir entidades como la hidrocefalia a presión normal.
- c) Debe hacerse un análisis básico con hemograma y coagulación.
- d) No puede tratarse de una enfermedad de Parkinson ya que el paciente tiene factores de riesgo vascular.
- e) En caso de tener síntomas y signos parkinsonianos se podría hacer un ensayo terapéutico con levodopa.

→

*correcta: a?

. ¿Cuál de estas pruebas complementarias es diagnóstica de enfermedad de Parkinson? (2018 enero)

- a) PET.
- b) SPECT-DatSCAM.
- c) Resonancia cerebral.
- d) Estudio neurofisiológica.
- e) Ninguna de ellas.

→

*correcta: b?

. Paciente de 63 años de edad que acude por presentar lentitud de movimientos, con dificultad para la marcha, arrastrando los pies, sin apenas temblor. En la exploración destaca facies hipomímica, bradicinesia bilateral, rigidez bilateral, hiperreflexia muscular y marcha con aumento de la base de sustentación. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2017 enero)

- a) Enfermedad de Parkinson.
- b) Degeneración corticobasal.
- c) Atrofia multisistema.
- d) Parálisis supranuclear progresiva.
- e) Esclerosis lateral amiotrófica.

→

*correcta: e

. Las fasciculaciones suelen estar presentes en: (2017 enero)

- a) Enfermedad por cuerpos de Lewy.
- b) En la atrofia multisistema.
- c) En la degeneración corticobasal gangliónica.
- d) En la esclerosis lateral amiotrófica.
- e) En la parálisis supranuclear progresiva.

→

*correcta: e

. Un paciente de 67 años acude a la consulta por presentar lentitud y dificultad para la marcha. Al cabo de un año de comenzar tratamiento con levodopa presenta alucinaciones visuales. La familia refiere que a lo largo del día presenta fluctuaciones de la memoria. En la exploración se aprecia rigidez, bradicinesia bilateral y deterioro cognitivo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2016 junio)

- a) Esclerosis lateral amiotrófica.
- b) Atrofia multisistema.
- c) Enfermedad con cuerpos de Lewy.
- d) Parálisis supranuclear progresiva.
- e) Enfermedad de Parkinson avanzada.

→

*correcta: e?

. Paciente de 66 años acude a consulta por presentar lentitud de movimientos, con marcha a pequeños pasos y alteración del lenguaje. En la exploración presenta acinesia y rigidez simétrica, disartria, marcha con aumento de base de sustentación, hipotensión ortostática y Babinski bilateral. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2015 junio)

- a) Demencia frontotemporal.
- b) Enfermedad de Parkinson.
- c) Atrofia multisistema.
- d) Parkinsonismo farmacológico.
- e) Degeneración corticobasal.

→

*correcta:

. La combinación de parkinsonismo, trastorno postural (caídas) precoz en un paciente de 66 años sugiere el diagnóstico de: (2015 junio)

- a) Esclerosis lateral primaria
- b. Parkinsonismo farmacológico
- c. Parálisis supranuclear progresiva
- d. Enfermedad con cuerpos de Lewy
- e. Atrofia multisistema

35) JUNIO 2015. La asociación temprana de parkinsonismo-demencia-alucinaciones y curso fluctuante es característica de:

- a. Enfermedad de Alzheimer
- b. Demencia frontotemporal
- c. Parálisis supranuclear progresiva
- d. Síndrome de Down
- e. Enfermedad (demencia) con cuerpos de Lewy

36) ENERO 2015. Un paciente de 58 años acude a la consulta por una historia de 2 años de evolución de temblor de reposo en la mano derecha y torpeza para movimientos finos con la mano afectada y para caminar. En la exploración se aprecia bradicinesia, rigidez y temblor de reposo derechos. El paciente no toma ningún fármaco. ¿Cuál de estos tratamientos no sería adecuado?

- a. Rasagilina y agonistas dopaminérgicos
- b. Levodopa
- c. Levodopa y entacapona
- d. Agonistas dopaminérgicos
- e. Selegilina y anticolinesterásicos

37) ENERO 2015. Un paciente de 25 años consulta por torpeza en las manos y dificultad para caminar de 12 meses de evolución. Se realizó prueba con levodopa con resultados negativos. Su padre había fallecido a los 40 años de un accidente de tráfico. Tiene 1 hermano menor sano. En la exploración se aprecia rigidez y bradicinesia bilateral, dificultad para realizar los movimientos sacádicos y apatía. En un estudio de resonancia cerebral se evidencia atrofia de ambos núcleos caudados. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Enfermedad de Parkinson juvenil
- b. Enfermedad de Huntington forma rígido acinética (variante de Westphal)
- c. Atrofia multisistema
- d. Distonía que responde a la dopa
- e. Enfermedad de Wilson

38) ENERO 2015. Un paciente de 67 años acude a la consulta por caídas. En la historia clínica refiere lentitud y dificultad para la marcha. En la exploración se aprecia rigidez y bradicinesia bilateral, ligera disartria y moderada limitación de la mirada vertical. La resonancia magnética muestra atrofia de los tubérculos cuadrigéminos. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Esclerosis lateral progresiva
- b. Parálisis pseudobulbar
- c. Enfermedad con cuerpos de Lewy
- d. Parálisis supranuclear progresiva
- e. Enfermedad de Parkinson avanzada

39) ENERO 2014. Un paciente de 48 años presenta temblor de reposo de dos años de evolución en la mano izquierda y torpeza para movimientos finos con la mano afectada y para caminar. En la exploración se aprecia bradicinesia, rigidez y temblor de reposo en el miembro superior izquierdo. ¿Cuál de estos tratamientos no sería adecuado?

- a. Rasagilina y agonistas dopaminérgicos
- b. Levodopa
- c. Levodopa y entacapona
- d. Agonistas dopaminérgicos
- e. Rasagilina y anticolinesterásicos

40) ENERO 2014. Un paciente de 16 años consulta por torpeza para realizar movimientos con las manos y para caminar de 6 meses de evolución. Previamente se había tratado con levodopa, sin respuesta.

Su padre había fallecido a los 40 años de una enfermedad psiquiátrica sin determinar. Tiene 2 hermanos menores sanos. En la exploración se aprecia rigidez y bradicinesia bilateral, dificultad para realizar los movimientos sacádicos y apatía. Se realizó una resonancia magnética que mostró atrofia de ambos núcleos caudados. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Enfermedad de Parkinson
- b. Enfermedad de Huntington forma rígido-acinética (variante de Westphal)
- c. Atrofia multisistema
- d. Distonía que responde a la dopa.
- e. Enfermedad de Alzheimer

41) ENERO 2014. ¿Cuál de los siguientes aspectos tiene más valor para el diagnóstico de enfermedad de Parkinson?

- a. Historia clínica y exploración neurológica.
- b. PET
- c. TAC
- d. Resonancia magnética
- e. SPECT de perfusión

42) ENERO 2014. Un paciente de 60 años acude a la consulta por caídas. Además refiere torpeza para realizar movimientos con las manos y dificultad para la marcha. En la exploración se aprecia bradicinesia bilateral, ligera disartria, moderada limitación de la mirada vertical y marcha con postura hacia atrás. La resonancia magnética muestra atrofia de los tubérculos cuadrigéminos. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a. Esclerosis lateral amiotrófica
- b. Parálisis pseudobulbar
- c. Enfermedad con cuerpos de Lewy
- d. Parálisis supranuclear progresiva
- e. Enfermedad de Parkinson avanzada

S5. TRASTORNOS MOVIMIENTO

. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es específico de la fase avanzada de la enfermedad de Parkinson? (2022 enero)

- a) Levodopa oral.
- b) Haloperidol.
- c) Topiramato.
- d) Cirugía de estimulación subtalámica.

→

*correcta: d

. En un paciente de 60 años ¿cuál de las siguientes combinaciones clínicas haría pensar en una parálisis supranuclear progresiva? (2022 enero)

- a) Ataxia, oftalmoplejía y deterioro cognitivo.
- b) Parkinsonismo sin respuesta a la levodopa, caídas precoces y oftalmoplejía.
- c) Síndrome cerebeloso, parkinsonismo, piramidalismo y alteraciones autonómicas.
- d) Corea, psicosis y deterioro cognitivo.

→

*correcta: b

. ¿En lo referente al síndrome parkinsoniano, cual es un dato imprescindible para el diagnóstico de la Enfermedad de Parkinson? (2022 enero)

- a) Que el paciente tenga temblor.
- b) Una respuesta sostenida al tratamiento con levodopa.
- c) Una RM cerebral normal.
- d) Alteración de los reflejos posturales.

→ respuesta Levodopa = clave diagnóstico enfermedad Parkinson - respuesta debe ser significativa + sostenida en tiempo

*correcta: b

. En la exploración del patrón de la marcha del síndrome parkinsoniano, ¿cual es la opción correctora? (2022 enero)

- a) El temblor suele desaparecer ya que el brazo está en movimiento.
- b) Existe una pérdida de equilibrio precoz.
- c) La marcha del paciente es generalmente normal.
- d) Es frecuente que aparezca en la evolución bloqueos de la marcha.

→

*correcta: d

.

19. ENFERMEDADES DE LAS MOTONEURONAS

. ¿Cuál de las siguientes enfermedades cursa con afectación de la neurona motora superior?: (2020 julio)

- a) Síndrome post-poliomielitis.
- b) Paraparesia espástica tropical.
- c) Enfermedad de Kennedy.
- d) Atrofia muscular espinal.
- e) Amiotrofia focal benigna.

→ enfermedades motoneuronas - clasificación:

- NMS

- esclerosis lateral primaria (ELP)
- paraparesia espástica hereditaria (PEH)
- paraparesia espástica tropical (PET)

- NMI

- poliomyelitis
- sd post polio
- amiotrofia muscular espinal (AME)
- atrofia bulboespinal / enf Kennedy
- atrofia muscular progresiva (AMP)
- amiotrofia focal benigna (AFB)

- NMS + NMI = esclerosis lateral amiotrófica (ELA)

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes enfermedades no afecta a la neurona motora superior? (2025 enero)

- a) Atrofia muscular espinal.
- b) Paraparesia espástica hereditaria.
- c) Esclerosis lateral primaria.
- d) Paraparesia espástica tropical.

*correcta: a

. Cal das seguintes NON esperarías atopar nun paciente con afectación da neurona motora inferior? (2020 enero)

- a) Signo de Babinski
- b) Hipotonía.
- c) Fasciculaciones.
- d) Atrofia muscular.
- e) Arreflexia.

→ motoneuronas - afectación clínica:

- NMS

- debilidad (pérdida fuerza)
- hiperreflexia
- espasticidad
- reflejos patológicos = babinski (+)
- signos pseudobulbares = risa + llanto espasmódico

- NMI

- debilidad (pérdida fuerza)
- hiporreflexia/arreflexia
- hipotonía
- fasciculaciones
- calambres musculares

*correcta: a

. En la Paraplejía espástica hereditaria, señale cuál respuesta es falsa: (2024 enero)

- a) La edad de inicio es variable.
- b) Se afectan los cordones posteriores.
- c) Se afecta la primera motoneurona.
- d) La herencia es autosómica recesiva.

→ Paraparesia espástica hereditaria (PEH) / enfermedad Strumpell-Lorrain

- AD (tb hay AR + ligadas cromosoma X)

- enfermedad motoneurona superior (1ª motoneurona)

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes enfermedades de la neurona motora cursa con afectación de la neurona motora superior? (2024 enero) (2019 enero)

- a) Esclerosis lateral primaria.
- b) Poliomyelitis.
- c) Síndrome postpolio.

- d) Atrofia muscular espinal.
- e) Enfermedad de Kennedy.

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes enfermedades de la neurona motora cursa con afectación de la neurona motora inferior? (2017 junio) (2017 enero) (2016 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Paraparesia espástica tropical (HTLV-1).
- b) Esclerosis lateral primaria.
- c) Atrofia muscular espinal.
- d) Paraparesia espástica hereditaria.
- e) Adrenomieloneuropatía.

*correcta: c

. En relación coa atrofia muscular espinal (AME) ligada ao cromosoma 5, sinala a resposta INCORRECTA. (2023 enero)

- a) Na nosa Comunidade Autónoma incluíuse recentemente esta entidade no cribado neonatal, o que facilitará o tratamento precoz destes pacientes.
- b) A existencia dunha copia mutada do xene SMN1 en poboación xeral é moi rara
- c) Caracterízase por unha debilidade muscular progresiva de predomínio proximal, amiotrofia e arreflexia.
- d) É hereditaria (autosómica recesiva).

→ atrofia muscular espinal (AME)

- HAR
- alteración genética cromosoma 5 = genes: SMN1 + SMN2
- alteración (+) frec = delección homocigota exón 7 gen SMN1
- debilidade musculare progresiva predomínio proximal + arreflexia + amiotrofia + hipotonía
- incluído en cribado neonatal = efectivo tto momento dx

*correcta: b

. En relación con la atrofia muscular espinal (AME) ligada al cromosoma 5, señale la respuesta INCORRECTA: (2022 enero)

- a) Todavía no disponemos de tratamiento.
- b) Una de cada 50 personas de la población general tiene una copia mutada del gen SMN1.
- c) Se caracteriza por una debilidad muscular progresiva de predomínio proximal, amiotrofia y arreflexia.
- d) Es hereditaria (autosómica recesiva).

*correcta: a

. Cal das seguintes afirmacions é FALSA en relación coa atrofia muscular espinal (AME) ligada ao cromosoma 5? (2020 enero)

- a) A herdanza é autosómica recesiva.
- b) Débese a unha delección homocigótica no exón 7 do xene SMN1.
- c) O tratamento dispoñible na actualidade consiste na administración intratecal de oligonucleótidos antisentido (nusinersen).
- d) De fonte ao consello xenético, é importante ter en conta que 1/50 persoas da poboación xeral teñen unha copia mutada do xene SMN1 sen sabelo.
- e) Na AME tipo III (Kupelberg-VVelande), o inicio da enfermidade é antes dos 6 meses e os pacientes son incapaces de permanecer sentados.

→ atrofia muscular espinal (AME)

- HAR
- alteración genética cromosoma 5 = genes: SMN1 + SMN2
- alteración (+) frec = delección homocigota exón 7 gen SMN1
- formas clínicas:
 - AME 0 (prenatal) = inicio intraútero + clínica artrogriposis + supervivencia <6m
 - AME I (VVerdnig-Hoffmann) = <6m + incapacidade sedestación + <2a
 - AME II (Duvobitz) = 6-18m incapacidade bipedestación + <8a
 - AME III (Kugelberg-VVelande) = >18m + marcha con axuda + practicamente normal
 - AME IV (adulto) = >20a + debilidade cinturas + normal
- consello genético xq 1/50 persoas presentan copia mutada gen SMN1 = asintomáticos

- tto= terapia antisentido -> nusinersen = rellena parte ausente exón 7 gen SMN1

*correcta: e

. Hombre de 30 años, con cuadro progresivo de disartria, disfagia, fasciculaciones periorales y debilidad proximal en extremidades, con arreflexia, ginecomastia y temblor postural en extremidades superiores. El diagnóstico más probable será: (2024 junio) (2021 julio) (2021 enero)

- a) Enfermedad de Hirayama.
- b) Enfermedad de Kennedy.
- c) Atrofia muscular espinal ligada al cromosoma 5.
- d) Síndrome post-polio.
- e) Esclerosis lateral primaria.

-> atrofia bulbo espinal / enfermedad de Kennedy

- ligado a cromosoma X = varones -> 20-30a
- debilidad musculatura bulbar (labios + lengua + laringe + faringe)
- fasciculaciones periorales/linguales = disartria / disfonía
- debilidad musculatura extremidades predominio proximal
- hipo/arreflexia
- ginecomastia acentuada bilateral
- atrofia testicular + infertilidad + diabétes
- temblor postural

*Varón + Problemas para tragar/hablar + "Saltos" en la cara + Tetas (Ginecomastia) = Kennedy

*correcta: b

. Ante una forma familiar de esclerosis lateral amiotrófica asociada a demencia frontotemporal, ¿cuál de los siguientes estudios genéticos solicitaría en primer lugar? (2017 junio) (2017 enero) (2016 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) C9ORF72.
- b) FUS.
- c) Alsina.
- d) Senataxina.
- e) SOD1.

-> ELA familiar => mut gen C9ORF72:

- efecto (+) repetido ELA fam
- puede encontrarse en demencia frontotemporal (DFT)

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes síntomas / signos NO suele estar presente en la esclerosis lateral amiotrófica? (2022 enero) (2021 julio) (2021 enero)

- a) Debilidad.
- b) Calambres y fasciculaciones.
- c) Demencia frontotemporal.
- d) Amiotrofia.
- e) Afectación de la musculatura ocular extrínseca.

-> esclerosis lateral amiotrófica (ELA) - clínica =

- debilidad + amiotrofia • calambres + fasciculaciones + fatiga + pérdida peso
- sd mano partida • demencia frontal-temporal
- alteración funciones ejecutivas

- NO deben existir (red flags)

- alteraciones sensibilidad
- alteraciones extrapiramidales (rigidez + temblor reposo + parkinsonismo...)
- afectación musculatura ocular extrínseca
- alteraciones esfinteriana

-> ELA [IA]

- se respeta [red flags si se alteran (criterios exclusión)] = movimientos oculares + control esfínteres + sensibilidad + función sexual
- se afecta (patológico) = movimientos extremidades/tronco + deglución/habla (bulbar) + musculatura respiratoria + fuerza/ tono muscular

*paciente con debilidad, fasciculaciones e hiperreflexia, pero añade que "tiene incontinencia urinaria desde el principio" o "no puede mover los ojos", debes dudar del diagnóstico de ELA y buscar otra causa

*correcta: e

. Ante un home de 65 anos, cun cadro progresivo de debilidade e amiotrofia distal en extremidade superior esquerda, con fasciculaciones e reflexos musculares vivos na devandita extremidade, sen alteracións sensitivas, o diagnóstico máis probable é: (2024 junio)

- a) Distrofia miotónica tipo 1 (Enfermidade de Steinert).
- b) Miastenia gravis.
- c) Esclerose lateral amiotrófica.
- d) Miopatia distal.

*correcta: c

. Ante un varón de 65 años, con un cuadro progresivo de debilidad y amiotrofia distal en extremidad superior izquierda, con fasciculaciones y reflejos musculares vivos en dicha extremidad, sin alteraciones sensitivas, el diagnóstico más probable es: (2021 julio) (2018 enero)

- a) Distrofia miotónica tipo 1 (enfermedad de Steinert).
- b) Miastenia gravis.
- c) Esclerosis lateral amiotrófica.
- d) Miopatía distal.
- e) Síndrome de Lambert-Eaton.

→ ELA

- edad media inicio = 60a → un poco (+) frec varones

- clínica = debilidad + amiotrofia focal + hiperreflexia (1ª MN) + fasciculaciones (2ª MN) + NO alteraciones sensitivas

*correcta: c

. Paciente de 69 años que presenta debilidad en la mano derecha y en la exploración presenta atrofia muscular de los músculos de la mano, pérdida de fuerza, fasciculaciones e hiperreflexia. El diagnóstico más probable es: (2015 junio)

- a) Esclerosis lateral amiotrófica.
- b) Esclerosis múltiple.
- c) Paraparesia espástica esporádica.
- d) Paraparesia espástica familiar.
- e) Esclerosis lateral primaria.

→ ELA - sospecha clínica (paciente típico) = debilidad focal + Amiotrofia + hiperreflexia + NO alteración sensitiva

→ debilidad en la mano = ELA es muy típico el signo de la "Split hand" o mano partida, donde se atrofian mucho más la eminencia tenar y el primer interóseo dorsal que la eminencia hipotenar

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en relación con la esclerosis lateral amiotrófica? (2020 julio)

- a) Las formas hereditarias son las más frecuentes (90% de los casos).
- b) Cursa con afectación de la neurona motora superior e inferior.
- c) La forma clínica de inicio espinal es más frecuente que la bulbar.
- d) Los fenotipos flail arm y flail leg suelen tener mayor supervivencia.
- e) En las formas hereditarias, los genes más frecuentemente implicados son C9orf72 y SOD1.

→ ELA:

- afecta motoneuronas superior + inferior

- formas esporádicas (90-95%) [vs] formas hereditarias (5-10%)

- ELA familiar ⇒ mut (+) frec = C9ORF72 + SOD1 → dx 50% formas familiares

- formas clínicas inicio = espinal → (+) frec braquial (50%)

- variabilidad fenotípica = sd flail arm + sd flail leg = sd motoneuronas inferior + supervivencia mayor

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes fenotipos clínicos se incluyen en el síndrome de esclerosis lateral amiotrófica? (2024 enero)

- a) Forma pseudopolineurítica.
- b) Flail leg.
- c) Forma hemipléjica de Mills.

d) Todos los anteriores.

→ ELA - variabilidad fenotípica

- | | |
|--------------------------------|-------------------------|
| 1. inicio espinal | 5. pseudopolineurítica |
| 2. inicio bulbar | 6. hemipléjica de Mills |
| 3. atrofia muscular progresiva | 7. sd "Flail arm" |
| 4. esclerosis lateral primaria | 8. sd "Flail leg" |

*correcta: d

. Cal dos seguintes fenotipos clínicos NON se inclúen na síndrome de esclerosis lateral miotrófica? (2023 enero)

- a) Flail arm.
- b) Forma hemipléjica de Mills.
- c) Flail leg.
- d) Atrofia bulboespinal.

*atrofia bulboespinal = enfermedad de Kennedy

*correcta: d

. El Tofersen, un oligonucleótido antisentido administrado por vía intratecal ha sido aprobado por la FDA y por la EMA para el tratamiento de la esclerosis lateral amiotrófica debida a mutaciones en: (2025 enero)

- a) Gen C9orf72.
- b) Gen FUS.
- c) Gen Angiogenina.
- d) Gen de la superoxido dismutasa tipo 1 (SOD1).

→ ELA - tto = tofersen:

- tto ELA mutSOD1
- oligonucleótido antisentido

*correcta: d

20. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS ESPINOCEREBELOSAS

. Respecto ao patrón da marcha dun paciente cun trastorno cerebeloso, sinale a resposta FALSA: (2020 enero)

- a) É unha marcha inestable con tendencia á caída.
- b) É característico que o paciente separe moito os pés ao camiñar.
- c) Pódese acompañar doutros trazos cerebelosos como o signo de Babinski.
- d) Acompañando o cadro pode haber datos de ataxia apendicular, como a dismetría.
- e) Pode haber alteracións na articulación da linguaxe.

→ ataxia

- apendicular = dismetría (prueba dedo-nariz)
- marcha = aumento base sustentación (separa pies al caminar) + marcha tambaleante
- músculos fonación = disartria

→ [IA] ataxia - signos:

- signos cerebelosos puros = dismetria + disdiacocinesia + nistagmo + gala escándida + hipotonía
- signos plus (vías vecinas) = babinski/espasticidad (vía piramidal) + atrofia/fasciculaciones (NMI) + arreflexia/pérdida sensibilidad vibratoria (nervio periférico o cordones posteriores)

*triada ataxia Friederich = signos cerebelosos + signos piramidales (babinski) + signos sensitivos cordonal posterior

*correcta: b

. Un varón de 14 años consulta por dificultad progresiva para caminar, habla pastosa y caídas frecuentes. Al examen, presenta arreflexia, pie cavo y disartria. Su hermano tuvo un diagnóstico similar. Se observa cardiomiopatía en el ECG. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (pregunta clase)

- a) Ataxia telangiectasia.
- b) Ataxia de Friedrich.
- c) CANVAS.
- d) FXTAS.

*correcta: b

. La ataxia de Friedreich se caracteriza por ser: (pregunta clase)

- a) Una enfermedad autosómica dominante.
- b) Una enfermedad autosómica recesiva.
- c) Una enfermedad ligada al cromosoma x.
- d) Una enfermedad sin causa conocida.

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes ataxias se asocia típicamente con cardiomiopatía y escoliosis? (pregunta clase)

- a) Ataxia telangiectasia.
- b) Ataxia de Friedreich.
- c) CANVAS.
- d) FXTAS.

*correcta: b

. En la ataxia de Friedreich, señale la respuesta INCORRECTA: (2025 enero)

- a) Se inicia antes de los 25 años.
- b) Son frecuentes la escoliosis y los pies cavos.
- c) Hay síndrome cerebeloso y síndrome piramidal.
- d) Tiene buen pronóstico.

→ ataxia Friederich

- varón púber
- clínica:
 - ataxia (sd cerebeloso)
 - debilidad piramidal (sd piramidal)
 - a nivel óseo = cifoescoliosis + pie cavo
- pronox = progresivo + silla ruedas e incapacidad a los 15a

*correcta: d

. En la ataxia de Friedreich, señale la respuesta correcta: (2024 enero)

- a) La herencia es autosómica recesiva.
- b) No hay diagnóstico genético.
- c) Las anomalías del ritmo cardíaco son infrecuentes.
- d) Los reflejos oculo vestibulares son normales

→ ataxia Friedreich = HAR → triplete GAA en gen proteína frataxina (dx)

*correcta: a

. Un home de 22 anos consulta por alteración da marcha con aumento da base de sustentación e dificultade na coordinación dos movementos coas mans. Na exploración apréciase ataxia da marcha con dismetría talón-xeonllo e dedo-nariz, adiadococinesia, arreflexia e signo de Babinski bilateral. Os seus pais son primos irmáns. ¿Cal é o diagnóstico máis probable? (2023 enero)

- a) Ataxia de Friedreich.
- b) SCA 2.
- c) Ataxia asociada a anticorpos antiGAD.
- d) Ataxia paraneoplásica.

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes es característica en la ataxia de Friedrich? (2022 enero)

- a) Herencia autosómica dominante.
- b) Afectación a sujetos mayores de 70 años.
- c) Arreflexia con signo de Babinski.
- d) Incremento de la cinasa de creatina (CK).

→ ataxia Friedreich

- HAR

- varón púber

- reflejos abolí toda (arreflexia) + reflejo cutáneo plantar extensor (babinski +)

*(+)CK = atrofia medular espinal (AME) + enfermedad Kennedy (atrofia bulboespinal)

*correcta:

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la ataxia de Friedrich? (2021 enero)

- a) Combina ataxia cerebelosa con afectación del nervio periférico.
- b) En ocasiones cursa con corea.
- c) Es de herencia autosómica recesiva.
- d) Se asocia a diabetes y miocardiopatía.
- e) Afecta a pacientes mayores de 60 años.

→ ataxia Friedreich (ataxia degenerativa HAR)

- paciente típico = varón púber

- curso enfermedad:

- cardíaco = hipertrofia ventricular → arritmias + inversión onda T

- endocrino = DM

*correcta: e

. Mujer de 70 años presenta tos crónica inexplicada, mareos al girar la cabeza y desequilibrio progresivo al caminar. Las pruebas vestibulares muestran arreflexia bilateral. Hay pérdida de la sensibilidad vibratoria en miembros inferiores. ¿Qué síndrome es más probable? (pregunta clase)

- a) Ataxia de Friedreich.
- b) FXTAS.
- c) CANVAS.
- d) SCA7.

→ CANVAS = hombre >50a

- inestabilidad progresiva marcha

- ataxia cerebelosa

- neuropatía sensitiva (Romberg muy inestables + arreflexia)

- arreflexia vestibular bilateral = sensación oscilopsia (todo gira)

- tos crónica

- disautonomía

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el síndrome CANVAS es correcta? (pregunta clase)

- a) Se caracteriza por ataxia sensitiva, vestibular y autonómica.
- b) Es una ataxia de inicio en la infancia.
- c) Es causada por una mutación en el gen FXN.
- d) No presenta afectación vestibular.

*correcta: a

. En CANVAS, ¿qué combinación de síntomas es típica? (pregunta clase)

- a) Ataxia cerebelosa y miopatía.
- b) Ataxia vestibular, neuropatía sensitiva y tos crónica.
- c) Ataxia con temblor y discinesia.
- d) Ataxia y crisis epiléptica.

*correcta: b

. Una niña de 6 años presenta dificultad para caminar, frecuentes infecciones respiratorias y lesiones rojizas en los ojos. El examen neurológico revela ataxia, disartria y nistagmo. El laboratorio muestra IgA disminuida. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (pregunta clase)

- a) Ataxia de Friedreich.
- b) FXTAS.
- c) Ataxia Telangiectasia.
- d) SCA3 (Machado-Joseph).

*correcta: c

. Hombre de 68 años con historia de temblar de intención, dificultad progresiva para caminar y neuropatía periférica. Tiene un nieto diagnosticado con síndrome del X frágil. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es más probable? (pregunta clase)

- a) Ataxia Telangiectasia.
- b) SCA6.
- c) FXTAS.
- d) CANVAS.

*correcta: a

. El gen mutado en la ataxia telangiectasia es: (pregunta clase)

- a) FXN.
- b) ATM.
- c) RFC1.
- d) FMR1.

→ ataxia-telangiectasia = trastorno reparación ADN → cariotipo anormal Cr7/14 mutaciones variables gen ATM

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes enfermedades produce ataxia cerebelosa de inicio temprano, neoplasias precoces e incremento de alfa-fetoproteína? (2023 enero)

- a) Enfermedad de Wilson.
- b) SCA 36.
- c) Ataxia de Friedreich.
- d) Ataxia telangiectasia.

→ ataxia telangiectasia

- detección precoz niños <5a
- ataxia truncal + marcha (atrofia predominio vermiciano)
- pacientes desarrollan Linfoma/leucemia
- lab = (+) Alfa-feto proteína + (-) IgA

*correcta: d

. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de un paciente de 70 años con temblor y síndrome cerebeloso, hiperintensidad del pedúnculo cerebeloso medio en la resonancia y con un nieto autista? (2022 enero)

- a) Atrofia multisistema.
- b) Síndrome de temblor y ataxia asociado al cromosoma X (FXTAS).
- c) Esclerosis múltiple.
- d) SCA36.

*correcta: b

. Un paciente de 68 años consulta por temblor en las manos y dificultad para caminar. En la exploración se constata un síndrome cerebeloso, con disartria, ataxia de la marcha y apendicular, así como temblor postural de amplitud y frecuencia medias. En la resonancia magnética se aprecian imágenes hiperintensas subcorticales en el FLAIR, que afectan a regiones subcorticales y al pedúnculo cerebeloso medio. En la historia familiar destaca que uno de los nietos del paciente de 3 años se está estudiando por autismo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2021 julio) (2021 enero)

- a) Síndrome de ataxia temblor por cromosoma X frágil.
- b) Ataxia telangiectasia.
- c) Atrofia multisistema.
- d) SCA36.

e) Degeneración cerebelosa alcohólica.

→ sd temblor ataxia ligado al cromosoma X

- ataxia ligada a cromosoma X
- hombres >50a
- niños = retraso mental (nieto con X frágil)
- clínica:
 - síntomas motores = temblor intención + ataxia cerebelosa + alteración marcha
 - deterioro cognitivo → síntomas neuropsiquiátricos = déficit funciones ejecutivas + memoria + atención + demencia +...
 - neuropatía periférica + disautonomía + ...
- RMN = hiperdensidad pedúnculos cerebelosos medios + esplenio cuerpo calloso

*correcta: a

. La ataxia ligada al cromosoma X con temblor (FXTAS) afecta principalmente a:

- a) Mujeres portadoras del gen FMR1.
- b) Varones portadores de la premutación del gen FMR1.
- c) Niños con mutación completa del gen FMR1.
- d) Personas con mutaciones en el gen RFC1.

→ FXTAS = trastorno x permutación gen FMR1 → afecta st varones >50a

*correcta: b

. Na ataxia periódica: (2024 junio)

- a) A herdanza é autosómica recesiva.
- b) Hai boa resposta a acetazolamida.
- c) Non hai carácter hereditario.
- d) A causa é tóxica.

→ ataxia episódica = ataxia HAD

- ataxia episódica tipo II = (+) frec + responde tto acetazolamida (tb a dosis bajas 4amino-piridina)
 - causa = mut canal calcio (CACNA1A)

*correcta: b

. Hombre de 45 años con antecedentes familiares de trastornos del equilibrio, presenta disartria, nistagmo y ataxia progresiva. El estudio genético revela expansión CAG en el gen ATXN3. ¿Cuál es el diagnóstico? (pregunta clase)

- a) SCA3 (Machado-Joseph).
- b) FXTAS.
- c) Ataxia Telangiectasia.
- d) CANVAS.

→ ataxia espino cerebelosa (SCA)

- mutaciones = expansión exótica triplete CAG

*correcta: a

. Las ataxias espinocerebelosas (SCA) tienen herencia: (pregunta clase)

- a) Autosómica recesiva.
- b) Ligada al cromosoma X.
- c) Autosómica dominante.
- d) Mitocondrial.

*correcta: c

. En las ataxias espinocerebelosas, señale cuál respuesta es INCORRECTA: (2025 enero)

- a) Los primeros síntomas siempre son por afectación del cerebelo.
- b) Pueden cursar con alteraciones cognitivas.
- c) El diagnóstico es genético.
- d) Pueden deberse a afectación de diferentes cromosomas

*correcta: a

. Na atrofia Olivopontocerebelosa (SCA1): (2024 junio)

- a) Hay grave deterioración intelectual.
- b) Los síntomas aparecen a edades muy avanzadas.
- c) La herencia es autosómica dominante.
- d) Todas las respuestas son correctas.

→ ataxia espino cerebelosa (SCA) = ataxia HAD

- deterioro cognitivo leve

*correcta: c

. Dentro de las heredoataxias dominantes (SCAs) ya se cuentan más de 45 subtipos y... (2019 enero)

- a) Algunos de ellos se producen por inserciones de octapéptidos.
- b) La c9orf72 es el más grave.
- c) El más prevalente en el mundo es la SCA3.
- d) La sordera forma parte del cuadro clínico principal de algunos subtipos, entre ellos de la SCA36.
- e) El estudio de RM revela siempre calcificación de los núcleos dentados del cerebelo.

→ ataxias HAD - NO episódicas = ataxia espino cerebelosa (SCA)

- SCA2/3 = (+) habituales

- SCA36 = ataxia Costa Morte ⇒ hipoacusia neurosensorial (NO cuadro ppl → ppl = fasciculaciones linguales)

*correcta: c

21. ENFERMEDADES SISTÉMICAS Y SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

. Señale cuál de estas afirmaciones es INCORRECTA: (2025 enero)

- a) Cualquier enfermedad sistémica puede dar síntomas neurológicos.
- b) Las alteraciones del sodio pueden causar síndrome confusional.
- c) En pacientes de edad la yatrogenia es una causa frecuente de síntomas neurológicos.
- d) En las enfermedades sistémicas los signos neurológicos son siempre unilaterales.

→ enfermedades sistémicas y SN

- cualquier enfermedad sistémica va a dar lugar a afectación sistema nervioso
- trastornos hidroelectrolíticos = (+)fec personas mayores
 - hipernatremia → síntomas inespecíficos = confusión + obnubilación + convulsiones + hemorragias ...
- [IA] enfermedades sistémicas afectan cerebro forma difusa+bilateral [signos unilaterales = lesión focal = ictus/tumor]

*correcta: d

. En los trastornos hidroelectrolíticos, señale la respuesta CORRECTA: (2025 enero)

- a) Los trastornos del sodio causan síntomas de afectación periférica.
- b) Los trastornos del potasio causan síntomas de afectación central.
- c) La causa más frecuente es iatrogénica.
- d) Nunca son causa de convulsiones.

→ trastornos electrolíticos:

- (+) frec personas edad avanzada = xq cerebro le cuesta adaptarse a cambios
- causa (+)frec = iatrogenia
- trastornos sodio = (+)afectación SNC
- trastornos potasio = afectación predominantemente periférica (neuromuscular)

*correcta: c

. En los trastornos hidroelectrolíticos, señale la respuesta correcta: (2024 enero)

- a) Son una causa frecuente de síndrome confusional en ancianos.
- b) Causan síntomas neurológicos focales.
- c) Nunca son causa de convulsiones.
- d) Raras veces se deben a yatrogenia.

*correcta: a

. Los trastornos hidroelectrolíticos: (2022 enero)

- a) Muy raras veces se deben a yatrogenia.
- b) Son causa frecuente de síndrome confusional en ancianos.
- c) Causan síntomas neurológicos muy característicos.
- d) Nunca son causa de convulsiones.

*correcta: b

. En los trastornos hidroelectrolíticos, señalar la afirmación VERDADERA: (2021 enero)

- a) Muy raras veces se deben a iatrogenia.
- b) Son causa frecuente de síndrome confusional en ancianos.
- c) Causan síntomas neurológicos muy característicos.
- d) Nunca son causa de convulsiones.
- e) Causan síntomas neurológicos focales.

→ trastornos hidroelectrolíticos

- (+) frecuente edad avanzada → xq cerebro cuesta (+) adaptarse a cambios bruscos (fiebre + deshidratación)
- causa (+)frec = iatrogenia
- hiponatremia = síntomas muy inespecíficos
- hipernatremia = síntomas inespecíficos (confusión + obnubilación + convulsiones) + hemorragias subdurales/subaracnoideas/intracerebrales

*correcta: b

. Nos trastornos electrolíticos: (2020 enero)

- a) Los ancianos pueden tener síntomas neurotóxicos.

- b) A iatrogenia é unha causa moi frecuente.
- c) É preciso corrixi-la con urxencia as alteracións.
- d) Son certas A e B.
- e) Todas son certas.

→ trastornos hidroelectrolíticos:

- (+)frec personas edad avanzada x cerebro cuesta adaptarse a cambios = neurotoxicidad (confusión + agitación + coma)
- hiponatremia - tto = corrección niveles sodio LENTA (amodiño) → evitar mielinolisis pontina central (convulsiones + tetraplejia + sd pseudobulbar + coma + estado vegetativo irreversible)

*correcta: d

. En la hipoglucemia aguda, ¿cuál es la respuesta CORRECTA?: (2025 enero)

- a) Los síntomas neurológicos iniciales son adrenérgicos.
- b) Es infrecuente la pérdida de conciencia.
- c) La sobredosis de insulina es una causa infrecuente.
- d) Los signos neurológicos son unilaterales.

→ encefalopatía origen metabólico - hipoglucemia:

- ppl causa = hiperinsulinemia (ppl tto insulina)
- síntoma ppl = síntomas adrenérgicos → perfidia estabilidad → disminución nivel conciencia → coma

*correcta: a

. En la hipoglucemia aguda: (2024 enero)

- a) Los signos neurológicos son muy específicos.
- b) Los síntomas vegetativos no tienen valor diagnóstico.
- c) Puede haber alteración de la conducta.
- d) Los signos neurológicos son unilaterales.

*correcta: c

. En la hipoglucemia aguda: (2021 julio)

- a) El paciente no tiene síntomas neurológicos.
- b) Hay síntomas adrenérgicos.
- c) La alteración del nivel de conciencia es excepcional.
- d) El paciente tiene signos neurológicos unilaterales.
- e) Está contraindicada la administración de glucosa.

→ encefalopatía origen metabólico - hipoglucemia:

- glucosa <30mg/dL → ppl síntoma = síntoma adrenérgicos = sensación hambre + malestar + sudoración + nerviosismo + temblor → si se mantiene = pérdida estabilidad → disminución conciencia → coma
- contraindicado tto con beta-bloqueantes
- se afecta SNP = sensibilidad guante/calce + hormigueos en pies + parestias nocturnas = neuropatía periférica

*correcta: b

. Na hipoglucemia aguda: (2020 enero)

- a) O paciente non ten síntomas neurotóxicos.
- b) Hai síntomas adrenérgicos.
- c) O paciente ten signos unilaterais.
- d) O coma hipoglucémico é unha urxencia.
- e) Son certas B e D.

→ encefalopatía origen metabólico - hipoglucemia:

- glucosa <30mg/dL → ppl síntoma = síntoma adrenérgicos = sensación hambre + malestar + sudoración + nerviosismo + temblor → si se mantiene = pérdida estabilidad → disminución conciencia → coma
- [IA] cerebro reserva energía 90min → coma prolongado x falta glucosa = muerte neuronal irreversible

*correcta: e

. Paciente con antecedentes de enolismo crónico consultado por desorientación e visión dobre; ten paresia do VI par dereito, ataxia, nistagmo e fabulación. Cal é o primeiro diagnóstico que considerar?: (2024 junio)

- a) Intoxicación etílica aguda.

- b) Hematoma subdural.
- c) Demencia alcohólica.
- d) Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff.

. Paciente con antecedentes de enolismo crónico con malnutrición. Acude a urgencias por presentar desde días antes un trastorno confusional con desorientación y visión doble. En la exploración neurológica son destacables paresia del VI par derecho con ataxia y nistagmo y alteración de la memoria inmediata. ¿Cuál es el primer diagnóstico para considerar?: (201 julio) (2021 enero)

- a) Intoxicación etílica aguda.
- b) Hematoma subdural.
- c) Encefalopatía de Wernicke-Korsakoff.
- d) Beri-Beri.
- e) Demencia alcohólica.

→ sd Wernicke-Korsakoff:

- pacientes = alcohólicos + malnutrición grave
- trastornos oculomotores = nistagmo + afectación VI par → diplopía
- amnesia retrógrada

*correcta: c

. El síndrome de Wernicke-Korsakoff: (2015 enero)

- a) Se produce por déficit de niacina.
- b) Se produce por déficit de vitamina B12.
- c) Se produce por déficit de tiamina.
- d) Se produce por déficit de ácido fólico.
- e) Se produce por déficit de vitamina B6.

*correcta: c

. El síndrome de Wernicke-Korsakoff: (2014 enero)

- a) Se produce por déficit combinado de vitamina B12 y ácido fólico.
- b) Cursa con afasia nominal, ataxia y déficit atencional.
- c) Debe de ser tratado de inmediato con tiamina por vía oral.
- d) Puede presentarse tras huelga de hambre.
- e) Nunca afecta a individuos de raza negra.

→ déficit timina (B1) = sd Wernicke-Korsakoff:

- st pacientes alcohólicos → (-) frec malnutrición grave
- traída clásica = ataxia + oftalmoplejía + confusión
- tto = tiamina 1º i.v. 2º i.m./v.o.

*correcta: d

. En la encefalopatía de Wernicke: (2017 junio)

- a) Existe necrosis neuronal en la sustancia gris subependimaria del III ventrículo.
- b) Existe un déficit de vitamina C.
- c) La parálisis facial es un síntoma precoz.
- d) La psicosis de Korsakoff precede a la aparición de los síntomas de la encefalopatía.
- e) El tratamiento es la reposición urgente de la vitamina C.

→ déficit B1 = sd Wernicke-Korsakoff [IA]:

- encefalopatía de Wernicke afecta a zonas con un metabolismo oxidativo muy alto que dependen críticamente de la tiamina. Estas zonas incluyen el suelo del III ventrículo, el acueducto de Silvio (sustancia gris periacueductal), el suelo del IV ventrículo y, de forma muy característica, los cuerpos mamilares.
- para entenderlo visualmente, imagina que la encefalopatía de Wernicke afecta a las "paredes y suelos" de los túneles por donde circula el líquido cefalorraquídeo en el centro del cerebro.
- Sustancia gris subependimaria del III Ventrículo = Se refiere al tejido nervioso que está justo debajo del endotelio (la "piel" interna que tapiza los ventrículos). Corresponde principalmente a las paredes laterales del III ventrículo, que están formadas por el tálamo medial y el hipotálamo.

*correcta: a

. No déficit de B12: (2024 junio) (2023 enero)

- a) Pude haber síntomas/signos cognitivos reversibles.
- b) Non hai neuropatía periférica.
- c) É frecuente o tremor.
- d) Sempre hai hiporreflexia.

→ déficit B12

- síntomas ppio inespecíficos = astenia + apatía + síntomas depresivos + síndrome confusional (alucinaciones/delirio) + demencia (reversible)
- neuropatía periférica (hiporreflexia)
- mielopatía (hiperreflexia)
- NO cuadro clínico único

*correcta: a

. En el déficit de B12: (2022 enero)

- a) Los síntomas neurológicos son de aparición lenta.
- b) Puede haber atrofia óptica.
- c) Puede haber neuropatía periférica.
- d) Todas las respuestas son ciertas.

→ déficit cianocobalamina (B12)

- síntomas neurológicos aparición lenta
- neuropatía periférica (hiporreflexia + parestesias en brazos/piernas ~guante/caletín~)
- mielopatía = hiperreflexia *degeneración combinada subaguda = cordones post + vía piramidal*
- ataxia sensitiva = signo Romberg
- déficit causa nutricional = atrofia óptica con escotoma central

*correcta: d

. En el déficit de B12: (2020 julio)

- a) Los síntomas neurológicos son de aparición lenta.
- b) Es habitual la anemia megaloblástica.
- c) Puede haber mielopatía.
- d) Puede haber neuropatía periférica.
- e) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

→ encefalopatía carenciales - déficit cianocobalamina (B12)

- síntomas neurológicos = aparición lenta
- neuropatía periférica (hiporreflexia + parestesias brazos/piernas en guantes/caletín) + mielopatía con hiperreflexia

*correcta: e

. Escoger la sentencia VERDADERA con respecto al déficit de B12: (2019 enero)

- a) Los síntomas neurológicos son de aparición lenta.
- b) Es habitual la anemia megaloblástica.
- c) Puede haber mielopatía.
- d) Puede haber neuropatía periférica.
- e) Todas las respuestas son ciertas.

*correcta: e

. Varón de 26 años que consulta por impotencia y alteración progresiva de la agudeza visual de 2 años de evolución. En las pruebas de neuroimagen se aprecia una masa sellar de 3 cm de diámetro mayor con extensión a clivus. Se practican análisis hormonales revelando un hipopituitarismo con marcada elevación de la prolactina en sangre. Elegir la opción CORRECTA: (2019 enero)

- a) La hiperprolactinemia es consecuencia de la compresión del tallo pituitario y la lesión debería tratarse quirúrgicamente.
- b) Interconsulta a endocrinología para iniciar tratamiento con agonistas dopaminérgicos.
- c) Interconsulta a endocrinología para iniciar tratamiento con antagonistas dopaminérgicos.
- d) Programar intervención quirúrgica para descompresión del aparato visual.
- e) La mejor opción es realizar radiocirugía sobre el tumor.

→ encefalopatía origen endocrinológico - hipofisis

- prolactinoma = tumor hipofisario: [IA]

- masa gran tamaño (macroadenoma)
- clínica = hipogonadismo (impotencia) + afectación visual (compresión quiasma óptico)
- dx = marcado elevación prolactina
- tto = agonistas dopaminérgicos (prolactinoma tumor hipofisario tto médico [before] Qx) [recuerda dopamina producida en hipotálamo inhibe células lactotropas]

→ ¡cuidado! Hay hipopituitarismo como consecuencia del prolactinoma (tumor grande aplasta resto hipofisis no puede producir hormonas)

*correcta: b

. En la Neurofibromatosis (enfermedad de Von Recklinghausen), señale la respuesta incorrecta: (2024 enero)

- a) Los fibromas dérmicos son característicos.
- b) La herencia es autosómica recesiva.
- c) En el tipo II no hay tumores intracraneales.
- d) Puede haber lesiones óseas y articulares.

→ Neurofibromatosis tipo I / enfermedad Von Recklinghausen:

- HAD
- clínica:
 - manchas café con leche (>6)
 - neurofibromas (neuroma plexiforme cara/brazos)
 - hamartomas iris / nódulos Lisch
 - displasias óseas esfenoides

→ Neurofibromatosis tipo II

- se caracteriza x aparición tumores cerebrales bilaterales (ej: Schwannomas VII bilateral)

*correcta: c + b (gracias Yaiza)

. ¿Cuál de los siguientes tumores es característicos de la esclerosis tuberosa? (2024 enero)

- a) Astrocitoma pilocítico.
- b) Neurocitoma.
- c) Astrocitoma de células gigantes.
- d) Quistes coloide.

. El astrocitoma gigante de células subependimarias se asocia a: (2019 enero)

- a) Enfermedad de Von Hippel-Lindau.
- b) Enfermedad de Sturge-Webber.
- c) Esclerosis tuberosa.
- d) Neurofibromatosis.
- e) Enfermedad de Saethre-Chotzen.

→ facomatosis (sd neurocutáneos) - esclerosis tuberosa / enfermedad Bourneville-Pringle

- afectación SNC = tuberosidades corticales + nódulos subependimarios + astrocitoma células gigantes
 - clínica = retraso mental + crisis convulsivas

*correcta: c

. Na esclerose tuberosa (enfermedad de Bourneville): (2024 junio) (2023 enero)

- a) A herdanza é autosómica recesiva.
- b) O coeficiente intelectual é normal.
- c) A epilepsia é infrecuente.
- d) Hai anxiofibromas faciais e ungueales.

→ facomatosis - esclerosis tuberosa / enfermedad Bourneville-Pringle

- HAD
- triada = angiofibromas faciales + retraso mental + crisis convulsivas (90% casos)
- clínica = angiofibromas faciales + fibromas ungueales + manchas hipomelánicas + piel de chagrin

*correcta: d

. ¿Qué enfermedad cursa con hemangioblastomas múltiples del sistema nervioso central? (2021 julio) (2020 julio) (2017 junio) (2015 junio) (2015 enero)

- a) Laforet.

- b) Von Hippel Lindau.
- c) Sturge-Weber.
- d) Neurofibromatosis tipo II.
- e) Hakim.

→ sd neurocutáneos (facomatosis) = enfermedad de Von Hippel-Lindas (hemangioma retinocerebeloso)

- cursa fundamentalmente con hemangiomas: SNC (cerebelo + médula) + retina

*correcta:

. ¿Cuál de los siguientes es un síndrome paraneoplásico? (2020 julio)

- a) Degeneración cerebelosa subaguda.
- b) Encefalitis límbica.
- c) Degeneración retiniana paraneoplásica.
- d) A y B son correctas.
- e) Todas son correctas.

→ sd paraneoplásicos neurológicos:

- sd neurológicos en relación a cáncer
- patogenia = inmune → mediados x Ac producidos x reacción a Ag tumorales
- preceden dx tumor 70% casos
- puede afectar SNC / SNP / unión neuromuscular / sistema visual
 - SNC = degeneración subaguda cerebelosa paraneoplásica + encefalitis límbica
 - sistema visual = retinopatía + neuritis óptica + uveítis (+ encefalomielitis)

*correcta: e

*. Escoger la respuesta correcta con respecto a diversos tipos de encefalopatías / trastornos metabólico-carenciales: (2015 enero)

- a) La forma apatética del hipertiroidismo hace alusión a un estado de hiperactividad del paciente que tiene muy elevado el umbral del dolor.
- b) La demencia asociada a la diálisis se ha relacionado con cantidades elevadas de manganeso en el LCR.
- c) La degeneración combinada subaguda o pelagra afecta al SNP, médula y cerebro.
- d) La presencia de signo de Chovstek (contracción de musculatura facial al percutir sobre la parótida) es indicativo de mielinolisis protuberancial central, precipitada por corrección acelerada de una hiponatremia.
- e) No es infrecuente que la diabetes tipo II se diagnostique al acudir un paciente a Urgencias en situación de coma hiperosmolar.

→ [IA]

- forma apática hipotiroidismo = forma rara accionados → en vez de hiperactividad típica - presenta depresión/apatía/ debilidad extrema
- demencia x diálisis = aluminio // magnesio se acumula en: insuficiencia hepática + ganglios basales (parkinsonismo)
- pelagra = déficit B3 (niacina) // degeneración combinada subaguda = déficit B12 = afecta cordones posteriores + vía piramidal médula
- hipocalcemia = signo Chovstek
- diabetes II = debut estado hiperosmolar hiper glucémico → coma x deshidratación extrema

*correcta: e

22. ENFERMEDADES NO DEGENERATIVAS MÚDULA ESPINAL

. En las lesiones medulares: (2022 enero)

- a) Suelen existir trastornos esfinterianos.
- b) La alteración motora es el síntoma más frecuente
- c) La alteración sensitiva tiene un nivel.
- d) Todas son ciertas.

→

*correcta: d

. Nas lesiões medulares: (2023 enero)

- a) Os reflexos aféctanse tardiamente.
- b) A resonancia magnética diagnostica o tipo de síndrome clínica.
- c) A dor radicular é un síntoma frecuente.
- d) Os trastornos esfinterianos son un síntoma guía.

→ enfermedades médula espinal - semiología:

- síntomas vegetativos = síntomas vesicales muy sugestivos problema medular

*correcta: d

. En la sección medular completa: (2020 julio) (2019 enero)

- a) Hay alteración sensitiva con un nivel.
- b) Suelen existir trastornos esfinterianos.
- c) No hay alteración motora por encima del nivel de lesión.
- d) Todas son ciertas.
- e) Son ciertas A y B.

→ síndrome sección medular completa:

- paraplejías/tetraplejia bilateral (depende nivel lesión)
- anestesia (todas sensibilidades) a partir nivel sensitivo → 2 dermatomas x debajo lesión
- cuando se produce sección:
 - ppio = shock medular (plejia / hipotonía)
 - [after] d = síndrome piramidal → haz piramidal distal lesión entra en automatismo = espasticidad
- alteración esfinteres = retención urinaria (hombres) + incontinencia (mujeres) + estreñimiento

→ [IA] sección medular completa:

- "alt sensitiva con un nivel" = corte completo → toda info sube desde receptores se detiene en un punto = pérdida sensibilidad a partir línea imaginaria (nivel sensitivo) [suele estar 2 derma tomas x debajo lesión]
- control voluntario esfinteres depende cables bajan desde corteza - si sección médula = pierde control cortical = automatismo vesical (retencion/incontinencia)
- sección medular afecta a lo que esté "aguas abajo" - x encima conexión intacta con cerebro (funciona con normalidad)

*correcta: d

. En el síndrome de hemisección medular (Brown-Sequard), ¿cuál afirmación es CORRECTA?: (2025 enero) (2024 enero)

- a) La paresia/plejia es homolateral.
- b) La alteración sensitiva es homolateral.
- c) No se afecta la sensibilidad profunda.
- d) Los reflejos musculares son siempre normales.

*correcta: a

. Na síndrome de hemisección medular (Brown-Sequard): (2023 enero)

- a) A alteración sensitiva é homolateral.
- b) A paresia/plexia é homolateral.
- c) Non se afecta a sensibilidade profunda.
- d) Os reflexos musculares son sempre normais.

*correcta: b

. En la hemisección medular, señalar la afirmación VERDADERA: (2021 enero)

- a) No hay un nivel sensitivo.

- b) La hipoestesia táctil es contralateral.
 - c) La alteración de sensibilidad vibratoria y artrocinética es contralateral.
 - d) El síndrome piramidal es contralateral.
 - e) La hipoestesia térmica y algésica es contralateral.
- hemisección medular:
- afecta = cordón: motor + sensitivo + posterior
 - sd piramidal ipsilateral = paraplejia/hemiplejia ipsilateral + hiperreflexia + babinski + espasticidad
 - cordones posteriores ipsilateral = hipoestesia sensibilidad profunda (artrocinética + vibratoria + táctil ipsilateral)
 - sd espinotalámico contralateral = hipoestesia termoalgésica contralateral
- *correcta: e

. En el síndrome siringomiélico, señalar la afirmación VERDADERA: (2021 enero)

- a) La lesión es lateral.
- b) La lesión es de cordones posteriores.
- c) Hay hipoestesia termoalgésica con respecto de la sensibilidad táctil.
- d) Los reflejos musculares son siempre anormales.
- e) No hay alteración motora.

→ síndrome siringomiélico:

- lesión centro-medular
- clínica:
 - debilidad + atrofia muscular focal
 - arreflexia
 - hipoestesia termoalgésica
 - sd piramidal (tardío)
 - sensibilidad táctil respetada
 - cifoescoliosis

→ [IA]

- La siringomielia suele ocurrir a nivel cervical. Por eso, el paciente pierde la sensibilidad al dolor y la temperatura en los brazos y hombros, como si llevara una "capa" o "estola" puesta, pero sigue sintiendo el roce de la ropa (tacto conservado).
- Siringomielia = Lesión Central + Disociación Termoalgésica + Malformación de Arnold-Chiari.

*correcta: c

. No síndrome siringomiélico: (2020 enero)

- a) La lesión es lateral.
- b) La lesión es centromedular.
- c) Hay una disociación termoanalgésica.
- d) Los reflejos musculares son siempre normales.
- e) Son correctas B e C.

*correcta: e

. En el síndrome siringomiélico: (2016 junio) (2015 enero)

- a) La lesión es lateral.
- b) La fuerza y trofismo son normales.
- c) Los reflejos musculares son siempre normales.
- d) La lesión es centromedular.
- e) No se altera la sensibilidad térmica.

*correcta: d

. En el síndrome de astas anteriores: (2021 julio)

- a) La causa más frecuente es la poliomiелitis.
- b) Hay hipostesia artrocinética y vibratoria.
- c) Es característica la hipertonía.
- d) Es frecuente la aparición de fasciculaciones.
- e) Es excepcional la hiporreflexia.

→ sd astas anteriores (espinal anterior)

- clínica
 - paraparesia/plejía brusca
 - fasciculaciones
 - hipo/anestesia termoalgésica
 - + = atrofia muscular (NMI/2°)
 - hipotonía + hipo/arreflexia

- cordones posteriores respetados = sensibilidad (profunda) artrocinética + vibratoria -> se mantiene
 - causas
 - vascular = (+)frec
 - poliomielitis = casos (+) común en el pasado - actualmente (-)frec
- *correcta: d

. En el síndrome de astas anteriores: (2025 enero)

- a) Hay plejia unilateral por debajo de nivel de lesión.
- b) Hay plejia bilateral por debajo del nivel de lesión.
- c) Altera la sensibilidad profunda.
- d) La sensibilidad superficial no se altera.

*correcta: b

. En el síndrome de astas anteriores: (2016 junio) (2015 enero)

- a) Hay plejia bilateral por debajo del nivel de lesión.
- b) Hay plejia unilateral por debajo del nivel de lesión.
- c) Se altera la sensibilidad profunda.
- d) La sensibilidad superficial no se altera.
- e) La causa más frecuente es traumática.

-> sd astas anteriores - causa vascular:

- (+) frec
- [IA] arteria espinal anterior (irriga cordones anteriores) = única + central = si infarta -> ambas: astas anteriores (2ªMN) + haces piramidales = parálisis (plejia) bilateral
- [IA] sensibilidad superficial/termoalgésica = haces espinotalámicos -> parte anterior/lateral médula => hipo/anestesia termoalgésica
- paresia/plejia bilateral + hipotonía con hipo/arreflexia + fasciculaciones

*correcta: a

. Varón de 37 años con historia clínica progresiva de ataxia de la marcha y debilidad de las cuatro extremidades. En la exploración se evidencia, entre otros datos, un signo de Romberg y piramidismo bilateral. ¿Cuál es su hipótesis diagnóstica entre las siguientes? (2017 enero)

- a) Enfermedad de Marchiafava-Bignami.
- b) CADASIL.
- c) Degeneración combinada subaguda.
- d) Enfermedad de Wilson.
- e) Esclerosis múltiple.

-> sd cordones posteriores:

- cordones post = sensibilidad artrocinética + vibratoria (haces Goll-Burdach) = propiocepción -> señal posición articulaciones llega al cerebro
- clínica = signo Romberg (si cierra ojos cae) + trastorno marcha (taloneante - sensitiva = mira al suelo + golpea fuerte con talón + Romberg positivo)
- causas => degeneración combinada subaguda = déficit B12 -> afecta: cordones post + haz piramidal (causa pirado alisio bilateral + debilidad)
- > [IA] degeneración combinada subaguda <- déficit vitB12
- signo Romberg + ataxia marcha = afectación cordones posteriores (sensibilidad profunda/artrocinética)
- piramidismo bilateral + debilidad = afectación vía piramidal (1ªMN)
- afectación 4 extremidades = lesión a nivel cervical (si fuese dorsal = brazos no afectados)
- combinada xq afecta cordones post + vía piramidal
- subaguda = clínica progresiva típica de procesos carenciales

*correcta: c

. La degeneración combinada subaguda es una enfermedad: (2014 enero)

- a) Producida por déficit de vitamina B6.
- b) Frecuente en los trópicos (paraparesia espástica tropical).
- c) Que puede cursar con síntomas de afectación del sistema nervioso periférico, médula y cerebro.

d) Especialmente frecuente en adolescentes.

e) Que se hereda ligada al cromosoma X.

→ sd cordones posteriores - causas = degeneración combinada subaguda (def vitB12) → afecta:

- médula = cordones post + vía piramidal

- periférico = polineuropatía (parestesia en guante/calzetín)

- cerebro = alteraciones cognitivas + irritabilidad + demencia

*correcta: c

. En el síndrome de cono medular: (2020 julio)

a) No hay síndrome piramidal.

b) Hay síndrome piramidal en extremidades inferiores.

c) Hay alteración sensitiva en silla de montar.

d) Son correctas B y C.

e) Son correctas A y C.

→ sd cono medular - clínica:

- anestesia silla montar = alteración sensibilidad parte interna muslos + área perineal

- sd piramidal = hiperreflexia muscular + signo babinski

- descontrol esfínter vesical/anal + impotencia

*correcta: d

. En el síndrome de cola de caballo, señale la afirmación CORRECTA: (2025 enero)

a) Hay hiperreflexia.

b) No hay alteración motora.

c) Es excepcional el síndrome radicular.

d) Hay anestesia en silla de montar.

→ sd cola caballo:

- raíces sacras = sensibilidad piernas

- características = anestesia silla montar + hipo/arreflexia muscular (2ºMN) + dolor tipo radicular

*correcta: d

23. ENFERMEDADES DEL SNP

. En un paciente con cervicobraquialgia izquierda, pérdida de fuerza en tríceps braquial, hipoestesia en 3º dedo y arreflexia tricipital, con exacerbación del dolor con la maniobra de Spurling y de Neri, el diagnóstico más probable sería: (2024 enero) (2022 enero) (2021 julio) (2021 enero)

- a) Síndrome de túnel carpiano izquierdo.
- b) Atrapamiento del nervio cubital izquierdo.
- c) Radiculopatía cervical C6.
- d) Radiculopatía cervical C7.
- e) Radiculopatía cervical C8.

→ radiculopatías - C7:

- (+) frec
- dolor 3er dedo
- NO reflejo tricipital (debilidad tríceps)
- debilidad extensión codo (tríceps)

→ radiculopatías - maniobras cervicales = Spurling + Neri = (+) → confirman dolor origen radicular (no x atrapamiento nervio periférico en brazo)

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO esperaría encontrar en un paciente con un síndrome del túnel carpiano?: (2020 julio)

- a) Parestesias/dolor en mano.
- b) Signo de Froment.
- c) Signo de Tinel en muñeca.
- d) Maniobra de Phalen positiva.
- e) Debilidad/amiotrofia en eminencia tenar.

→ mononeuropatías - sd túnel carpiano (nervio medial)

- mononeuropatía x atrapamiento (+)frec
- clínica
 - parestesias/dolor/hormigueo/pinchazos territorio mediano (3 primeros dedo + 1/2 externa cuarto)
 - debilidad amioatrofia eminencia tenar
- exploración = signo Tinnel + maniobra Phalen positiva

→ mononeuropatía - nervio cubital = signo froment

*a mi me rayaba que si el nervio cubital inervaba el 4º-5º dedo este signo que explora el pulgar tuviese algo que ver, pero claro, una cosa es sensibilidad (4-5) y otra motora (aducción pulgar - pega pulgar a la mano)

*correcta: b

. Paciente de 23 años sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por un cuadro de debilidad en mano derecha que apareció al despertarse tras quedar dormido en la silla de brazos la noche anterior. En la exploración neurológica destaca una "mano caída" derecha, con debilidad para la extensión de muñeca y de los dedos de la mano derecha, con hipoestesia táctil en el dorso del pulgar derecho y preservación de los reflejos musculares. El diagnóstico más probable sería: (2022 enero) (2021 enero) (2020 julio) (2020 enero) (2019 enero) (2018 enero) (2017 junio) (2016 junio) (2015 junio) (2014 enero)

- a) Lesión de nervio mediano por compresión a nivel del túnel del carpo.
- b) Lesión del nervio cubital por compresión en el canal epitrocleo-olecraniano.
- c) Lesión de nervio radial a nivel del canal de torsión del húmero.
- d) Lesión de nervio axilar.
- e) Lesión de nervio musculocutáneo.

→ mononeuropatías - nervio radial

- "parálisis sábado noche" = duermen posición anómala → comprimen nervio → levantan con mano caída/péndula
- fisiopatología (lugar atrapamiento) = compresión aguda nervio en canal torsión - húmero
- mano péndula/caída ¡pero! fuerza conservada en tríceps (extensión conservada)
- hipoestesia = cara dorsal antebrazo + 1er espacio interóseo dorsal mano (dorso pulgar)

*correcta: c

. ¿Cal das seguintes afirmacións é FALSA en relación coa "parálise do sábado noite"? (2024 enero)

- a) Débese a unha compresión aguda do nervio radial na canle de torsión do húmero.
- b) Cursa cunha man péndula ou caída.

- c) Cursa con debilidad no músculo tríceps braquial.
- d) O prognóstico é bo, aínda que a recuperación pode ser lenta (varios meses).

*correcta: c

. La meralgia parestésica es producida por: (2025 enero)

- a) Compresión del nervio mediano en la muñeca.
- b) Compresión del nervio tibial posterior en el túnel tarsiano.
- c) Compresión del nervio radial en el canal de torsión del húmero.
- d) Compresión del nervio fémoro-cutáneo en la escotadura situada por debajo de la espina iliaca anterosuperior.

*correcta: d

. A meralxia parestésica débese a unha compresión do nervio: (2024 junio) (2020 enero)

- a) Mediano.
- b) Cubital.
- c) Peroneo.
- d) Fémoro-cutáneo.
- e) Radial.

→ mononeuropatía - nervio fémoro-cutáneo - clínica = meralgia parestésica (exclusivamente sensitiva)

*meros- = músculo / -algia=dolor

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en relación con las neuropatías?: (2024 enero) (2021 julio) (2020 julio)

- a) Un patrón clínico de mononeuropatía múltiple, con una afectación asimétrica de tipo axonal en el estudio EMG debe hacer sospechar una vasculitis.
- b) Los corticoides por vía oral son el tratamiento de elección de la neuropatía motora multifocal.
- c) Los anticuerpos anti-gangliósidos (anti-GM1) son positivos en un 50% de pacientes con neuropatía motora multifocal.
- d) En el síndrome de Lewis-Sumner, el tratamiento incluye corticoides, inmunoglobulinas intravenosas y plasmaféresis.
- e) El atrapamiento de nervio peroneo a nivel de la cabeza peroneal cursa con un pie caído e hipoestesia o parestesias en el dorso del pie.

→ mononeuropatías - nervio peroneo:

- fisiopatología = atrapamiento cabeza peroné
- clínica = pie caído unilat + steppage marcha + hipoestesia/parestesia dorso pie

→ mononeuropatías múltiple

- EMG = axonal → vasculitis (pensar siempre en ellas x patrón (+) típico)
- neuropatía vasculítica - tto = prednisone (1ª línea)
- Sd Lewis-Sumner (neuropatía sensitivo-motora multifocal desmielinizante adquirida) - tto = corticoides + inmunoglobulinas + plasmaféresis
- neuropatía motora multifocal
 - dx = Ac antigangliósidos anti-GM1 elevados 50% pacientes
 - tto = NO responde: plasmaféresis/corticoides → empeora / Sí inmunoglobulinas humanas i.v.

*correcta: b

. Ante un paciente que presenta un patrón de mononeuropatía múltiple con afectación de tipo axonal na EMG, que entidade das seguintes poderíamos descartar a priori: (2023 enero)

- a) Vasculitis.
- b) Diabetes mellitus.
- c) Enfermedades do tecido conectivo (artrite reumatoide, Lupus, etc).
- d) Neuropatía tomacular (neuropatía hereditaria por susceptibilidade ás parálises por presión).

→ mononeuropatía múltiple - EMG:

- axonales = vasculitis + DM + enf tejido conjuntivo + ...
- desmielinizante = neuropatía: tomacular + sensitivo-motora multifocal desmielinizante adquirida + motora multifocal

*correcta: d

. ¿Cal das seguintes afirmacións é INCORRECTA en relación coa neuropatía motora multifocal? (2023 enero)

- a) É unha neuropatía hereditaria.

- b) Desde o punto de vista EMG, caracterizase por bloqueos da condución nerviosa motora, con normalidade das respostas sensitivas no lugar do bloqueo.
- c) O tratamento de elección son as inmunoglobulinas humanas intravenosas.
- d) Un 50% dos pacientes ten anticorpos anti-GM1.
 - mononeuropatía múltiple - neuropatía motora multifocal
 - dx = Ac antigangliósidos antiGM1 elevado >50% pacientes
 - EMG = bloqueos condución motora → condución sensitiva normal en el lugar bloqueo
 - tto = inmunoglobulinas humanas i.v.

*correcta: a

24. POLINEUROPATÍAS INFLAMATORIAS

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la polineuropatía diabética simétrica distal? (2025 enero)

- a) Es la más frecuente de todas las "neuropatías diabéticas".
- b) Las úlceras en pies y la articulación de Charcot son complicaciones tardías que debemos tratar de evitar.
- c) Desde el punto de vista clínico se caracteriza por una marcada afectación motora y escasa afectación sensitiva.
- d) Puede ser asintomática.

→ polineuropatía diabética:

- predominantemente = sensitiva + autonómica + simétrica distal + escasa afectación motora
- clínica = asintomática / inició insidiosos síntomas sensitivos (hormigueos pies) / afectación fibras finas (dolor quemante) / axonopatía distal tipo dying-back
- complicaciones = úlceras en pies indoloras + articulación de Charcot + fracturas indoloras en tobillo => dx temprano = estadios avanzados -> amputar

*correcta: c

. Señale la respuesta FALSA en relación con la polineuropatía diabética: (2024 enero) (2021 julio)

- a) La polineuropatía simétrica distal es la más frecuente.
- b) Es predominantemente sensitiva y autonómica, con escasa afectación motora.
- c) Las complicaciones tardías incluyen las úlceras en pies y la articulación de Charcot.
- d) Es fundamental conseguir un buen control de la glucemia.
- e) El tratamiento del dolor neuropático se basa en la administración de antiinflamatorios no esteroides (AINE).

→ polineuropatía diabética

- predominantemente sensitiva + autonómica + simétrica distal
- complicaciones tardías = úlceras pies indoloras + articulación Charcot
- Tto: (no hay tto específico)
 - modificadores enfermedad = control estricto: glucemia + sd metabólico (obesidad, HTA, hiperTG)
 - dolor neuropático = 1º antidepresivos tricíclicos + IRSN + antiepilépticos + 2º tramadol/opioides (evitar administración crónica) + 3º opioides más potentes (oxicodona)

*correcta: e

. El tipo más frecuente de neuropatía periférica objetivado en pacientes con diabetes es: (2018 enero) (2017 junio) (2017 enero) (2015 junio)

- a) Neuropatía craneal.
- b) Neuropatía autonómica.
- c) Radiculopatía troncular.
- d) Polineuropatía sensitivo-motora simétrica distal.
- e) Amiotrofia diabética (síndrome de Bruns-Garland).

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO apoya el diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré? (2016 junio) (2014 enero)

- a) Arreflexia.
- b) Cuadro de debilidad en extremidades superiores e inferiores de más de un mes de evolución.
- c) Estudio de líquido cefalorraquídeo con aumento de proteínas y 3 células/mm³ (mononucleares).
- d) Evidencia de signos electrodiagnósticos de neuropatía desmielinizante en el estudio de conducciones nerviosas.
- e) Evidencia de signos electrodiagnósticos de neuropatía axonal en el estudio de conducciones nerviosas.

→ SGB = neuropatía inflamatoria aguda

- arreflexia + debilidad
- PL - LCR = disociación albúmina-citológica
- tipos = desmielinizante + axonal

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con el síndrome de Guillain-Barré? (2024 junio) (2021 enero)

- a) El tratamiento de elección son los corticoides.
- b) Un 70% de los casos presenta algún antecedente (infección, cirugía...).
- c) La forma desmielinizante es la más frecuente.
- d) El síndrome de Miller Fisher se asocia con anticuerpos antigangliósidos GQ1b.

- e) El líquido cefalorraquídeo suele mostrar una disociación albúmino-citológica.
 → sd Guillain-Barré-Strohl
- epidemiología = >70% antecedente infeccioso
 - subtipo:
 - polirradiculopatía desmielinizante inflamatoria aguda = (+)frec
 - sd Miller Fisher (SMF) = 97% asocia a Ac antigangliósido anti-GQ1b
 - Dx => punción lumbar = (+)proteínas + <10células (disociación albúmina-citológica)
 - tto = NO corticoides x NO beneficio terapéutico
- *correcta: a

. Escoger la sentencia VERDADERA con respecto a la neuropatía axonal motora (AMAN): (2019 enero)

- a) Se asocia a presencia en suero de anticuerpos anti-GQ1b.
 - b) Puede cursar con hiperreflexia tendinosa y respuesta plantar extensora.
 - c) Nunca debe tratarse con inmunoglobulinas.
 - d) A menudo sigue a la infección por *Helicobacter pylori*.
 - e) En el estudio ENMG se observa disminución de las velocidades de conducción motora.
- sd Guillain-Barré
- neuropatía axonal motora (AMN)
 - hiperreflexia + babinski (+) [aunq SBG se define x parálisis flácida arreflexiva]
 - EMG = velocidad normal + amplitud (-) [axonal]
 - sd Miller-Fischer = x *Campylobacter jejuni* → Ac anti-gangliósidosGQ1b
 - tto = Ig humanas i.v. + plasmaféresis
- *correcta: d

. ¿Cal das seguintes afirmacións sobre a polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) é FALSA? (2024 junio)

- a) O tratamento inclúe os corticoides, inmunoglobulinas intravenosas ou plasmaféresis.
- b) A biopsia de nervio periférico é imprescindible para o diagnóstico.
- c) A debilidade e alteracións sensitivas instáuranse nun período superior a dous meses
- d) O líquido cefalorraquídeo adoita evidenciar unha disociación albúmino-citolóxica.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP)? (2021 enero)

- a) El tratamiento incluye los corticoides, inmunoglobulinas intravenosas o plasmaféresis.
 - b) La biopsia del nervio periférico es imprescindible para el diagnóstico.
 - c) El síndrome de Lewis-Summer se considera una variante de CIDP.
 - d) La debilidad y alteraciones sensitivas se instauran en un periodo superior a dos meses.
 - e) El líquido cefalorraquídeo suele evidenciar una disociación albúmino-citológica.
- polineuropatía inflamatoria desmielinizante crónica (CIDP)
- tipos => MADSAM = se Lewis-Summer (neuropatía multifocal sensitivomotora desmielinizante adquirida)
 - clínica = debilidad progresiva → 2 meses
 - Dx => EMG + punción lumbar (disociación albúmina citológica) + RM → biopsia nervio periférico NO [need]
 - tto => 1º línea = corticoides + inmunoglobulinas IV + plasmaféresis
- *correcta: b

. Escoger la sentencia VERDADERA con respecto a las neuropatías crónicas inflamatorias: (2019 enero)

- a) La polineuropatía crónica inflamatoria idiopática (CIDP) puede tener una forma con brotes y remisiones y otra progresiva.
 - b) La CIDP carece de tratamiento efectivo.
 - c) La neuropatía motora multifocal con bloqueos precisa de biopsia de nervio para su diagnóstico.
 - d) Los acs anti-GM1 caracterizan al CANOMAD.
 - e) Pueden desencadenarse por una vacunación.
- [IA] CIDP
- forma progresiva / from a recidivante (brotes + remisiones)
 - tipos = CIDP + MMN (neuropatía motora multifocal) + MADSAM (se Lewis-Summer)
 - MMN (neuropatía motora multifocal) = Ac antiGM1
 - tto = corticoides + Ig i.v. + plasmaféresis

*desencadenado x vacuna = sd Guillain-Barré (agudo)

*correcta: a

. El tratamiento de primera línea de la polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP) NO incluye: (2025 enero)

- a) Corticoides.
- b) Inmunoglobulinas intravenosas.
- c) Tafamidis.
- d) Plasmaféresis.

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes es FALSA en relación con la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth? (2024 enero)

- a) El subtipo más frecuente es el CMT1A.
- b) Suele cursar con pies cavos y atrofia peroneal.
- c) El inicio suele ser en la infancia.
- d) La biopsia de nervio periférico (nervio sural) es imprescindible para el diagnóstico y se realiza en todos los casos.

→ CMT1

- inicio 1ª-2ª década vida
- clínica = pies cavos + patas cigüeña (muslos normales - piernas adelgazadas)
- CMT1A = (+)frec
- dx = Hª + EMG + estudios genéticos → biopsia nervio [only] difuso dx (casi nunca)

*correcta: d

. El acrónimo CMT (enfermedad de Charcot-Marie-Tooth) se emplea para nombrar a multitud de neuropatías hereditarias, con distintos patrones de herencia, con múltiples fenotipos clínicos y producidas por alteraciones en diversos genes: (2019 enero)

- a) Las formas desmielinizantes y de herencia autosómica dominante se agrupan en el subtipo CMT2.
- b) La presencia de pie cavo sólo se presenta en las CMT de herencia autosómica recesiva.
- c) Precisan de biopsia para su diagnóstico.
- d) Nunca tienen una herencia ligada a X.
- e) Una delección en el gen PMP22 causa la neuropatía hereditaria por sensibilidad a la presión.

→ enfermedad Charcot-Marie-Tooth:

- genética neuropatías hereditarias
 - CMT1 = neuropatías desmielinizante - HAD
 - CMT2 = neuropatía axonal = HAD/R
 - CTMX = herencia ligada a X
- CMT1
 - HAD
 - EMG = patrón desmielinizante
 - clínica = hipo/arreflexia + alteraciones marcha + pies cavos (excesivo arco plantar) + patas cigüeña (piernas adelgazadas)
 - forma (+)frec = CMT1A → HAD + genPMP22 Cr17:
 - duplicación = CMT1A
 - delección = neuropatía tomacular / neuropatía hereditaria con susceptibilidad a parálisis por presión

*correcta: e

. Según la actual clasificación clínico-genética de la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, el subtipo más frecuente es: (2018 enero) (2017 junio) (2015 junio)

- a) CMT2A.
- b) CMT1A.
- c) CMT4A.
- d) CMTX.
- e) CMT1B.

→ CMT1A = forma (+)frec → 75% CMT1 desmielinizante + 50% CMT

*correcta: b

. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con la polineuropatía amiloidótica familiar por mutaciones en el gen de la transtirretina (TTR). (2017 junio) (2015 junio) (2015 enero)

- a) La mutación más frecuente es la Val30Met.
 - b) La herencia es autosómica dominante.
 - c) No cursa con afectación de fibras finas.
 - d) En zonas no endémicas predomina la forma de inicio tardío, con mayor afectación de varones y en forma de "casos esporádicos".
 - e) Los tratamientos modificadores del curso de la enfermedad incluyen el trasplante hepático y la administración de Tafamidis por vía oral.
- polineuropatía - hereditaria = amiloidosis hereditaria x transtirretina
- HAD
 - forma precoz = alt sensibilidad térmica-algébrica [start]EEII + reflejos preservados = neuropatía fibra fina → evoluciona fibra gruesa
 - mut (+)frec = Val30Met (nueva denominación Val50Met)
 - zonas:
 - endémicas = inicio precoz
 - NO endémicas = inicio tardío + (+)varones + forma "casos esporádicos"
 - tto - modifican curso enfermedad = trasplante hepático + estabilizadores TTR (tafamidis)
- *correcta: c

25. Distrofias Musculares y Otras Miopatía del Adulto

. ¿Cuál de las siguientes distrofias musculares suele tener un inicio más tardío (generalmente a partir de los 50 años)? (2024 enero) (2023 enero) (2021 julio) (2021 enero)

- a) Distrofia muscular facio-escápulo-humeral.
- b) Distrofia muscular de cinturas.
- c) Distrofia muscular distal.
- d) Distrofia muscular óculo-faríngea.
- e) Distrofia miotónica tipo 1 (enfermedad de Steinert).

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes distrofias musculares suele tener un inicio clínico tardío (>50 años)? (2018 enero)

- a) Distrofia muscular de Duchenne.
- b) Distrofia muscular de Becker.
- c) Distrofia muscular de cinturas.
- d) Distrofia muscular óculo-faríngea.
- e) Distrofia miotónica tipo 1 (enfermedad de Steinert).

→ distrofias musculares - clasificación cronopatológica

- congénita
- primera infancia (4-5a) = DM de Becker + DM de cinturas
- inicio edad adulta = DM de cinturas (algunas) + distrofia miotónica + DM facioescapulohumeral
- inicio tardío (>50a) = DM oculofaríngea

*correcta: d

. Las enfermedades de Duchenne y Becker son distrofias musculares, cuya base genética es una alteración en el gen de la distrofina. (2019 enero)

- a) Ambas son de herencia autosómica recesiva, pero los varones se afectan más que las mujeres.
- b) La creatinquinasa (CK) es una enzima muscular que apenas se eleva en estas entidades edad de comienzo y la evolución son distintas.
- c) Se tratan con cloroquina.
- d) Hay un cluster especial en las Baleares.

→ distrofias musculares

- infancia (+)frec = distrofinopatías = alteración gen distrofina → DM Duchenne + Becker
- autosómicas recesivas ligadas cromosoma X = solo afecta a varones + mujeres portadoras
- dx = CK elevada (si es normal NO descarta)
- tto = NO específico

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes es FALSA en relación con la distrofia miotónica tipo 1 (enfermedad de Steinert)? (2025 enero)

- a) La herencia es autosómica dominante.
- b) No hay afectación de musculatura facial.
- c) Es una enfermedad multisistémica, por lo que no solo afecta al músculo estriado.
- d) La miotonía mejora con el ejercicio continuado y empeora con el frío.

→ distrofia miotónica tipo 1 / enfermedad Steinert

- HAD
- enfermedad multisistémica (afecta distintos órganos-sistemas)
- forma congénita = diplejía facial (+ retraso mental + herencia materna)
- frío = [OFF] acetilcolinesterasa = NO se elimina acetilcolina = prolonga contracción muscular
- debilidad + atrofia muscular → cara (ECM/temporales/maseteros) + distal extremidades

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la distrofia miotónica tipo 1 (enfermedad de Steinert)? (2024 junio)

- a) No cursa con afectación cardíaca.
- b) Podemos objetivar anticipación clínica.
- c) Es la distrofia muscular más frecuente del adulto.
- d) Cursa con miotonía.

→ DM1

- DM (+)frec adulto
 - (+) característico = miotonía
 - fenómeno anticipación clínica
 - manifestaciones sistémicas → cardiológicas = trastornos conducción cardíaca = sección manera precoz → implantarles DAI (algunos)
- *correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la distrofia miotónica tipo 1 (enfermedad de Steinert)? (2021 julio) (2020 julio)

- a) La herencia es autosómica dominante.
- b) Podemos objetivar anticipación clínica.
- c) Es la distrofia muscular más frecuente del adulto.
- d) Las manifestaciones clínicas se limitan al músculo y no cursa con afectación de otros órganos.
- e) Cursa con miotonía.

→ distrofia muscular inicio edad adulta - distrofia miotónica tipo 1 (enfermedad de Steinert)

- herencia autosómica dominante
- DM (+)frec adulto
- enfermedad multisistémica = manifestaciones sistémicas → endocrino + neuropsico + cardio + calvo + cataratas
- miotonías = dificultad relajación muscular → (+)característico
- suele producirse fenómeno anticipación clínica = siguientes generaciones se manifiesta precoz

*correcta: d

. En la enfermedad de Steinert no es correcto: (2016 junio)

- a) Es de herencia autosómica dominante.
- b) Es una enfermedad multisistémica.
- c) El primer síntoma suele ser la distrofia.
- d) Los reflejos osteotendinosos están hipoactivos o ausentes.
- e) Las infecciones respiratorias se asocian al catabolismo de la IgG.

→ distrofia miotónica tipo 1 (enfermedad de Steinert)

- (+)característico = miotonía (dificultad relajación) "no puede soltar la mano después de un apretón"
- [IA] x debilidad muscular primaria = (-) reflejos osteotendinosos
- [IA] infecciones respi → hipercatabolismo IgG = pacientes niveles bajos IgG
- *perfil típico = paciente joven con calvicie frontal + cataratas + bloqueo cardíaco + dificultad relajar mano tras saludar

*correcta: c

. ¿Qué afirmación sobre la distrofia miotónica de Steinert es falsa? (2015 enero)

- a) Presentan expansión del triplete CTG en el gen DMPK del cromosoma 19q13.3.
- b) La miotonía se debe a una alteración de la conductancia del Cl en las fibras musculares.
- c) Pueden presentar resistencia periférica a la insulina.
- d) Tienen herencia ligada al cromosoma X.
- e) Desarrollan cataratas precoces.

→ DM1 = enfermedad Steinert:

- HAD
- expansión triplete CTG gen DMPK = splicing gen CLCN1 (canal cloró muscular) = fibra muscular hiperexcitable (no se relaja) = miotonía
- manifestaciones sistémicas:
 - endocrinológicas = diabetes x resistencia periférica a insulina
 - cataratas posteriores subcapsulares - de aparición precoz

*correcta: d

. La llamada distrofia miotónica o enfermedad de Steinert: (2019 enero)

- a) Cursa con dos fenotipos clínicos distintos (DM1 y DM2), producto de alteraciones en dos genes diferentes, pero ambas comparten el cursar con miotonía.
- b) Su edad de inicio nunca es superior a la primera década de vida.

- c) El fenómeno miotónico se expresa como persistencia de la contracción muscular y da lugar a silencio eléctrico en el electromiograma.
- d) No se puede realizar diagnóstico prenatal.
- e) Todos los pacientes precisan más tarde o temprano de la implantación de marcapasos cardíaco.
- distrofia miotónica tipo 1 / enfermedad Steinert
- comienza = cualquier edad → (+)frec 15-35a
- (+)característico → miotonía = dificultad relajación muscular
- Dx - EMG = patrón miopático → fenómeno miotónico = [IA] descargas repetitivas de alta frecuencia
- fenómeno anticipación clínica
- tto = sintomático → marcapasos si precisa
- distrofia miotónica tipo 2 / enfermedad de Ricker / miopatía miotónica proximal / PROMM
- gen = FSDH1/2
- *correcta: a

. Paciente de 20 años que refiere varios episodios desde la infancia de Intolerancia al ejercicio (mialgias, calambres musculares y debilidad), con exploración neurológica normal en inter-crisis. El cuadro clínico es compatible con: (2022 enero)

- a) Distrofia muscular óculo-faríngea.
- b) Distrofia miotónica tipo 1.
- c) Distrofia muscular facio-escápulo-humeral.
- d) Miopatía metabólica.

*correcta: d

. Paciente de 20 años que desde la infancia refiere varios episodios de intolerancia al ejercicio (mialgias y debilidad), con exploración neurológica normal en intercrisis. El cuadro clínico es compatible con: (2020 julio) (2020 enero)

- a) Distrofia muscular óculo-faríngea.
- b) Distrofia miotónica tipo 1.
- c) Distrofia muscular de cinturas.
- d) Distrofia muscular facio-escápulo-humeral.
- e) Miopatía metabólica.

→ miopatía metabólicas

- manifestaciones clínicas = órgano afecto músculo → miopatía como intolerancia ejercicio
- clínica = intolerancia ejercicio con calambres

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes miopatías hereditarias dispone de un tratamiento específico (terapia enzimática sustitutiva)? (2024 junio) (2023 enero) (2021 julio) (2021 enero)

- a) Glucogenosis tipo V (enfermedad de McArdle).
- b) Distrofia muscular óculo-faríngea.
- c) Glucogenosis tipo II (enfermedad de Pompe).
- d) Distrofia muscular de cinturas.
- e) Distrofia muscular facio-escápulo-humeral.

→ glucogenosis II (enfermedad de Pompe) - tto = alfa-glucosidasa ácida recombinante (terapia enzimática sustitutiva)

*correcta: c

. El tratamiento de elección de la miotonía en las miotonías no distróficas (miotonía congénita de Thomsen o de Becker) es: (2025 enero) (2024 enero)

- a) Fenitoína.
- b) Mexiletina.
- c) Carbamazepina.
- d) Bloqueantes de los canales de calcio.

. O tratamiento de elección da miotonía nas miotonías non distróficas (miotonía congénita de Thomsen ou Becker) é: (2020 enero)

- a) Carbamazepina.
- b) Fenitoína.
- c) Carnitina.

d) Paracetamol.

e) Mexiletina.

→ canalopatías hereditarias músculo - sd miotónicos NO distróficos - miotonía congénita:

- tto = mexiletina

*correcta: e

26. MIASTENIA GRAVIS

. La miastenia gravis, es falso: (2019 enero)

- a) Es una enfermedad muscular de origen autoinmune.
- b) Cursa con debilidad que puede estar presente en reposo y empeora con el ejercicio físico.
- c) Se diagnostica fácilmente con el test de edofronio (Tensilon).
- d) Afecta más a los varones.
- e) Es difícil de confundir con otras entidades nosológicas del ámbito de la neurología.

→ miastenia gravis

- enfermedad crónica - etiología autoinmune = Ac vs proteínas membrana postsináptica unión neuromuscular
- clínica = debilidad + fatigabilidad → músculos voluntarios ⇒ fatigabilidad: empeora con ejercicio + mejora con reposo
- epidemiología = presentación bimodal: *en general (+)frec mujeres

1. mujeres 15-35a (+)frec

2. varones 65a

- dx = anamnesis (debilidad muscular fluctuante) + EF + test edofronio + test hielo

*correcta: d

. La musculatura más frecuentemente afectada como forma de debut de la miastenia gravis es: (2024 enero)

- a) Bulbar.
- b) Ocular.
- c) Extremidades superiores e inferiores.
- d) Facial.

→ Miastenia gravis - síntomas inició = clínica ocular (85% pacientes) → diplopía + ptosis palpebral

*correcta: b

. Una de las siguientes enfermedades no se asocia con la miastenia: (2017 enero)

- a) Síndrome del ojo seco.
- b) Colitis ulcerosa.
- c) Hiperplasia tímica.
- d) Hipoparatiroidismo.
- e) Tiroiditis.

→ todas autoinmunes excepto Hipoparatiroidismo (origen Qx/idiopático)

*correcta: d

. En la miastenia gravis no es correcto: (2016 junio)

- a) El defecto neuromuscular es reversible por los anticolinesterásicos.
- b) El timoma aparece en el 70% de los pacientes.
- c) Los anticuerpos antireceptores de acetilcolina son positivos en más del 60% de los casos.
- d) La miastenia gravis se puede asociar con el síndrome de Sjögren.
- e) La miastenia clase II se caracteriza por debilidad leve que afecta a músculos distintos de los oculares.

→ MG = 10% pacientes = timoma

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes es FALSA en relación con la miastenia gravis con anticuerpos anti-MuSK? (2024 enero) (2018 enero)

- a) Predomina en mujeres.
- b) La afectación bulbar es frecuente.
- c) Responde a rituximab.
- d) Los anticuerpos son del tipo IgG4.
- e) Es el subtipo más frecuente de miastenia.

→ Miastenia gravis:

- Ac anti-AchR (85%) = (+) abundante
- Ac anti-MuSK (tirosin kinasa músculo específica) (5-7%)

- típica = bulbar + mujeres

- tto = Rituximab → responde muy bien

→ miastenia MUSK (Ac antiMUSK) = Ac tipo IgG4

- NO responde Mestinon

- típica -> mujeres 20-60a
 - síntomas bulbares = orofaríngeo + facial + respiratorio
 - (+) grave
 - tipo normal
- *correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes es FALSA en relación con la miastenia con anticorpos anti-MuSK?: (2023 enero)

- a) Predomina en mujeres.
- b) La afectación bulbar es infrecuente.
- c) Responde a rituximab.
- d) Los anticorpos son del tipo IgG4.

*correcta: b

. Un estudio electromiográfico normal en reposo, con disminución de los potenciales de acción en la actividad voluntaria, con una velocidad de conducción nerviosa normal y con un estímulo-detección normal, ¿qué enfermedad sugiere? (2017 enero)

- a) Polineuropatía diabética.
- b) Enfermedad de Steinert.
- c) Síndrome de Guillain-Barré.
- d) Miastenia gravis.
- e) Distrofia facioescapulohumeral.

→

*correcta: d

. El tratamiento de la miastenia gravis se suele iniciar con: (2024 junio) (2022 enero) (2021 julio) (2021 enero)

- a) Corticoides.
- b) Inmunosupresores (azatioprina).
- c) Inmunoglobulinas intravenosas.
- d) Anticolinesterásicos por vía oral (piridostigmina).
- e) Timectomía.

→ miastenia gravis - tto:

- sintomático = fármaco anticolinesterásicos -> mestinon (piridostigmina) -> 1ª línea
- inmunológica = tto inmunosupresor -> corticoides (si vemos que mestinon no mejora añadimos prednisona)

*correcta: a

. En la miastenia gravis: (2015 enero)

- a) Los anticuerpos frente a los receptores de acetilcolina aparecen en el 27% de los pacientes.
- b) La forma generalizada grave se asocia con una alta incidencia de timoma.
- c) Para la prueba del edrofonio se utiliza un bolo de 20mg seguido de una inyección más lenta de 100 mg.
- d) El tratamiento sintomático se hace con bromuro de piridostigmina.
- e) La administración de calcioantagonistas mejora el pronóstico a largo plazo.

*correcta: d

. En relación con las nuevas terapias en la miastenia gravis, señale la respuesta FALSA. (2025 enero)

- a) Los inhibidores del FcRn (receptor neonatal para el Fc) como el Efgartigimod producen una disminución de las inmunoglobulinas del tipo G (IgG) circulantes, incluyendo los anticuerpos patogénicos.
- b) Tanto los inhibidores del complemento como los inhibidores del FcRn son fármacos bien tolerados, con un buen perfil de seguridad y un inicio de acción rápido.
- c) Es obligatorio vacunar a los pacientes contra Neisseria Meningitidis al menos dos semanas antes de iniciar el tratamiento con inhibidores del complemento.
- d) Los inhibidores del complemento (Ravulizumab, Zilucoplan) se utilizan en pacientes con miastenia con anticuerpos anti-MuSK.

→ MG - tto [NEW]

- funcionan bien para MG generalizada con ACHR-AC+
- acción rápida + se toleran bien (buen perfil seguridad)
- indicaciones pacientes tto: piridostigmina + corticoides + >2 inmunosupresores convencionales -> NO funciona
- fármacos dirigidos a dianas específicas = (-) efectos adversos

1. Inhibidores FcRN (receptor neonatal para Fc) = reducen IgG circulantes (incluyendo Acs patogénicos)
2. Inhibidores complemento (eculizumab/ravulizumab/zilucoplan) = AChR-Ac+ MGg

*correcta: d

. Una de las afirmaciones es falsa: (2017 junio)

- a) La incidencia de la miastenia gravis es de 2-5 casos/1,000.000 habitantes/año.
- b) El receptor de la acetilcolina está compuesto por 5 subunidades.
- c) En el comienzo de la miastenia gravis el grupo muscular más afectado es el bulbar.
- d) Las fluctuaciones de los niveles de anticuerpos frente a receptores de la acetilcolina acompañan a las fluctuaciones clínicas.
- e) Los antibióticos aminoglucósidos no están recomendados en pacientes con miastenia gravis.

→ Miastenia Gravis:

- incidencia 10-29 casos/millón habitantes/año
- tipo Ac anti-AChR → receptor acetilcolina compuesto x 5 subunidades
- síntomas inicio = 85% pacientes empiezan con clínica ocular / ancianos suelen empezar con síntomas bulbar es (15% = disfagia + disfonía + disartria)

*correcta: c

. En relación con el síndrome de Lambert-Eaton, señale la respuesta FALSA: (2025 enero)

- a) Puede ser paraneoplásico.
- b) Es debido a anticuerpos contra los canales de calcio dependientes de voltaje presentes a nivel presináptico.
- c) Cursa con debilidad distal en extremidades superiores que empeora con el ejercicio.
- d) El manejo terapéutico incluye la 3,4 Diaminopiridina, Piridostigmina, Corticoides, Azatioprina e Inmunoglobulinas IV, además del tratamiento del tumor si está presente.

→ Sd Lambert-Eaton:

- enfermedad autoinmune (mediada x Ac) - unión neuromuscular
- x Ac [VS] canales Ca^{2+} dependientes voltaje presentes nivel sináptico
- 50% paraneoplásicos (Ca pulmón microcítico) / 50% NO asociado a tumores
- clínica = debilidad proximal EEl
- tto:
 - 3,4 diaminopiridina (bloq canales K^{+} = entre Ca^{2+})
 - piridostigmina (mestinon)
 - corticoides + azatioprina
 - inmunoglobulinas i.v.

*correcta: c

. O tumor que con maior frecuencia asóciase á síndrome de Lambert-Eaton é: (2024 junio)

- a) Cancro de próstata.
- b) Cancro de ovario.
- c) Cancro de pulmón de células pequeñas.
- d) Cancro de mama.

→ Sd Lambert-Eaton = 50% paraneoplásicos (cancer pulmón células pequeñas = +frec → >90%)

*correcta: c

. ¿Cal das seguintes afirmacións é FALSA en relación coa síndrome de Lambert-Eaton? (2023 enero)

- a) E un trastorno autoinmune da unión neuromuscular que se produce a nivel postsináptico
- b) É producido por anticorpos contra as canles de calcio.
- c) Aadoita cursar con debilidade muscular proximal en extremidades inferiores e afectación do sistema nervioso autónomo.
- d) O tratamento inclúe a 3,4 diaminopiridina, piridostigmina e inmunosupresores.

→ sd Lambert Eaton

- trastorno autoinmune (mediada x Ac) de la unión neuromuscular x alteración nivel presináptico
- x Ac [vs] canales Ca^{2+} dependientes de voltaje - presentes a nivel presináptico
- clínica:
 - debilidad proximal en EEl + mejora con ejercicio
 - arreflexia (rotuliana) → reaparición transitoria (10s) postejercicio sostenido
 - afectación sistema autónomo = boca seca + disfunción eréctil + estreñimiento + (-) sudoración

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con el síndrome de Lambert-Eaton? (2022 enero)

- a) Es un trastorno autoinmune de la unión neuromuscular que se produce a nivel postsináptico.
- b) Puede ser un síndrome paraneoplásico.
- c) Es producido por anticuerpos contra los canales de calcio.
- d) Suele cursar con debilidad muscular proximal en extremidades interiores y afectación del sistema nervioso autónomo

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con el síndrome de Lambert-Eaton? (2021 julio) (2021 enero)

- a) Es un trastorno autoinmune de la unión neuromuscular que se produce a nivel postsináptico.
- b) Puede ser un síndrome paraneoplásico.
- c) Es producido por anticuerpos contra los canales del calcio.
- d) Suele cursar con debilidad muscular proximal en extremidades inferiores y afectación del sistema nervioso autónomo.
- e) El tratamiento incluye la 3,4-diaminopiridina, piridostigmina e inmunosupresores.

*correcta: a

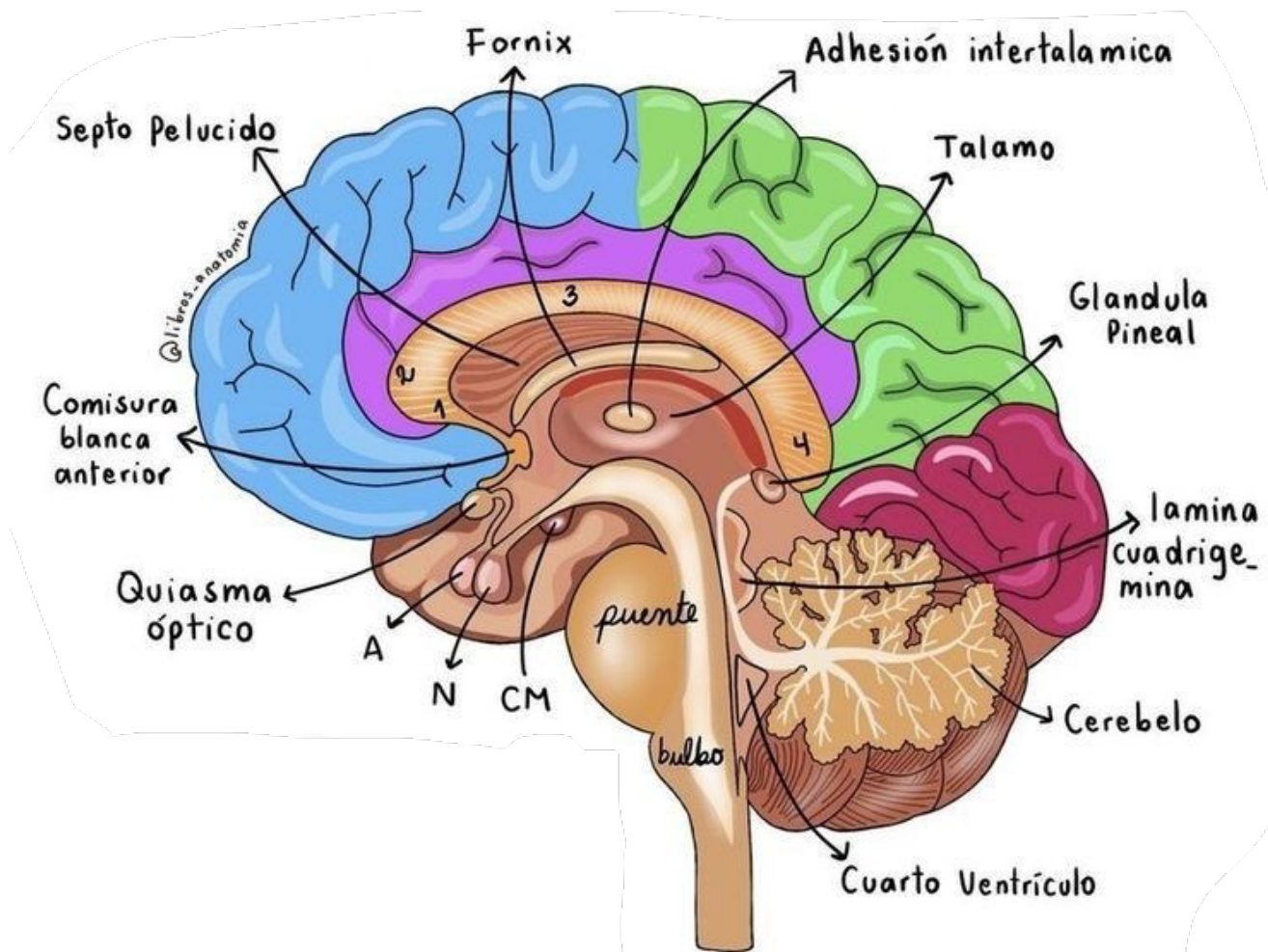
. Dentro de los síndromes miasténicos, el síndrome de Lambert-Eaton (SEL): (2019 enero)

- a) Es siempre de naturaleza paraneoplásica.
- b) La presencia de anticuerpos anti-SOX1 es indicativa de la naturaleza paraneoplásica del SEL.
- c) Los hallazgos electromiográficos son similares a los de la miastenia gravis.
- d) Cuando se da en el contexto de un síndrome de Sjögren es mortal en menos de un año.
- e) Es más frecuente que la propia miastenia gravis.

→ sd Lambert-Eaton (SEL) - Dx - AS = Ac anti-SOX1 + anti-Hu = asociados a cáncer pulmón células pequeñas

*correcta: b

NEUROCIRUGÍA



2025-26

27	Concepto y desarrollo neurocirugía	ARÁN
28	Síndrome Hipertensión Intracraneal. Edema cerebral	ARÁN
29	Hidrocefalia y circulación del LCR	ARÁN
30	Traumatismos craneoencefálicos I	ARÁN
31	Traumatismos craneoencefálicos II	ARÁN
32	Lesiones en el TCE	ARÁN
33	Traumatismos vértebro medulares	ARÁN
34	Tumores intracraneales: Gliomas supratentoriales	ARÁN
35	Tumores meníngeos	ARÁN
36	Tumores de la hipófisis, glándula pineal y craneofaringiomas	SERRAMITO
37	Tumores fosa posterior	ARÁN
38	Tumores de los ventrículos. Metástasis cerebrales	ARÁN
39	Patología vascular cerebral: HSA, aneurismas y MAV	ARÁN
40	Patología degenerativa de la columna vertebral	ARÁN
41	Patología del disco intervertebral	ARÁN
42	Tumores vértebro-medulares	ARÁN
43	Patología del nervio periférico: lesiones traumáticas y tumorales	ARÁN
44	Patología infecciosa en el SNC	ARÁN
45	Malformaciones craneoencefálicas y vértébromedulares	ARÁN
46	Neurocirugía funcional	ARÁN

28. SÍNDROME HIPERTENSIVO INTRACRANEAL Y DEMENCIA CEREBRAL

. A presión de perfusión cerebral se calcula: (2024 junio)

- a) Presión arterial-presión venosa.
- b) Presión da arterial-presión intracraneal.
- c) Presión do LCR-presión venosa.
- d) Presión arterial + presión venosa.

*correcta: b

. ¿Con qué fórmula se determina la presión de perfusión cerebral (PPC)? (2018 enero)

- a) $PPC = \text{Presión intracraneal} - \text{presión venosa}$.
- b) $PPC = \text{Presión intracraneal} - \text{presión arterial}$.
- c) $PPC = \text{Presión arterial} - \text{presión intracraneal}$.
- d) $PPC = \text{Presión arterial} - \text{presión venosa}$.
- e) $PPC = \text{Presión arterial media} - \text{presión venosa media}$.

*correcta: c

(Según IA $PPC = PAM - PVM \rightarrow$ solo que se usa PIC x aproximación)

. La presión de perfusión cerebral: (2019 enero)

- a) No depende de la presión intracraneal.
- b) Es determinante para mantener el flujo sanguíneo cerebral.
- c) No depende de la presión arterial media.
- d) No se altera en los traumatismos craneoencefálicos.
- e) Sólo se puede calcular a través de un sensor intraventricular.

$\rightarrow PPC = TA - PIC = \text{positiva} \rightarrow \text{mantener riego sanguíneo}$

*correcta: b

. ¿Cómo se calcula la presión de reabsorción del líquido cefalorraquídeo?: (2025 enero)

- a) Presión arterial (menos) Presión venosa.
- b) Presión arterial (más) Presión intracraneal.
- c) Presión arterial (menos) Presión intracraneal.
- d) Presión intracraneal (menos) Presión venosa.

*correcta: d

. La presión de reabsorción del líquido cefalorraquídeo (LCR) se obtiene de la fórmula: (2024 enero)

- a) Presión de líquido cefalorraquídeo menos la PIC.
- b) Presión intracraneal menos presión venosa.
- c) Presión venosa más presión intracraneal.
- d) Presión diastólica menos la PIC.

$\rightarrow \text{presión reabsorción LCR} = PIC (\text{favorece salida LCR}) - \text{presión venosa} (\text{se opone a la salida de LCR})$

*correcta: b

. ¿El síntoma más frecuente de la hernia subfalcial o cingular en un adulto es?: (2024 enero)

- a) Rigidez de nuca.
- b) Hemorragias de Duret.
- c) Infarto cerebral.
- d) Todas son falsas.

$\rightarrow \text{hernia subfalcial/cingular} = \text{hernia asintomática} + \text{posible infarto ACA}$

*correcta: d (al principio puse c pero los infartos ACA son posibles, no frecuentes)

. El edema vasogénico está originado por: (2016 junio)

- a) Alteración de la bomba Na/K .
- b) Disrupción intersináptica.
- c) Alteración en la dinámica del LCR.
- d) Alteración en la barrera hematoencefálica.
- e) Son ciertas la A y la D.

→ edema cerebral vasogénico:

- alteración BHE = salida H₂O vasos → espacio intersticial parénquima cerebral

*correcta: d

. 51.0 edema citotóxico afecta fundamentalmente a: (2023 enero)

- a) Os núcleos da base.
- b) Á substancia branca.
- c) Tronco cerebral.
- d) Á substancia gris.

*correcta: d

. O edema citotóxico caracterízase por: (2024 junio)

- a) Afecta aos lóbulos frontais.
- b) Ser extracelular e tratarse con dexametasona.
- c) A membrana celular está intacta.
- d) Ser un edema intracelular.

*correcta: d

. El edema citotóxico se caracteriza por: (2017 junio) (2015 enero)

- a) Afecta a los lóbulos frontales.
- b) Es extracelular y se trata con dexametasona.
- c) La barrera hematoencefálica está intacta y se localiza en la sustancia blanca.
- d) La membrana celular está intacta.
- e) Es un edema intracelular.

→ edema cerebral citotóxico:

- alteración bomba Na⁺/K⁺ (membrana celular) [BHE intacta] = Na⁺ → [in]neurona = H₂O → [in]neurona
- edema intracelular = edema sustancia gris
- NO rotura BHE = NO respuesta corticoides

*correcta: e

. Cal das seguintes afirmacións é CERTA? (2020 enero)

- a) A produción de líquido cefalorraquídeo é sempre constante.
- b) A presión de perfusión cerebral depende da drenaxe venosa yugular.
- c) O edema vasoxénico está producido por unha disfunción da bomba Na / K.
- d) O edema intersticial pódese tratar cunha drenaxe ventricular.
- e) Os esteroides non deben usarse para tratar o edema ante un absceso cerebral.

→ edema cerebral

- vasogénico = alteración/disrupción BHE → edema intersticial con célula íntegra (bomba Na⁺/K⁺ intacta)
 - = x lesiones focales (infecciones-abscesos / tumores)
 - = tto = corticoides
- citotóxico = alteración bomba Na⁺/K⁺ (membrana celular) → rotúralo célula - NO rotura BHE (no se corrige con corticoides)
- intersticial = hidrocefalia (+) LCR ventrículos → (+) PIC → reabsorción intersticial LCR ⇒ resuelve vaciando ventrículos (no dicho en clase)

*correcta: d

. A mellor actitude terapéutica para un paciente que presenta efecto Cushing é: (2020 enero)

- a) Axuste de electrolitos: Na e K.
- b) Metilprednisolona IV.
- c) Drenaxe ventricular.
- d) Implantar unha válvula ventrículo-peritoneal.
- e) Reducir a presión intracraneal.

→ hipertensión intracraneal - mecanismos compensatorios - sangue = efecto Cushing:

- (+) PIC = descarga adrenérgica = (+) TA → manter PPC
- NO tto HTA con fármacos hipotensores = (-) Tª = (-) PPC = isquemia cerebral
- SI tto PIC = bajarla

*correcta: e

[No recuerdo yo que le haya dado mucha importancia]

. De los métodos de tratamiento de la hipertensión intracraneal enumerados, señale cuál/es son de primer nivel. (2017 enero)

- a) Esteroides y craneotomía descompresiva.
- b) Diuréticos osmóticos y coma barbitúrico.
- c) Hipotermia.
- d) Ventriculostomía y diuréticos osmóticos.
- e) Son correctas A y B.

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas en el tratamiento de la hipertensión intracraneal se considera de segundo nivel?: (2025 enero)

- a) Diuréticos.
- b) Esteroides.
- c) Drenaje ventricular.
- d) Craniectomía descompresiva.

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas de la hipertensión intracraneal es de segundo nivel?: (2024 enero)

- a) Drenaje ventricular.
- b) Hiperventilación moderada.
- c) Coma barbitúrico.
- d) Terapia esteroidea.

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas en el tratamiento de la hipertensión intracraneal se considera de segundo nivel? (2022 enero)

- a) Diuréticos.
- b) Drenaje ventricular.
- c) Hiperventilación moderada.
- d) Craniectomía descompresiva.

*correcta: e

. En el tratamiento de la hipertensión intracraneal, se consideran medidas de segundo nivel: (2019 enero)

- a) El coma barbitúrico.
- b) El empleo de dexametasona.
- c) La craniectomía descompresiva.
- d) Drenaje ventricular.
- e) Son correctas a y c.

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas en el tratamiento de la hipertensión intracraneal se considera de segundo nivel? (2021 julio) (2021 enero) (2020 junio) (2015 junio) (2014 enero)

- a) Diuréticos.
- b) Esteroides.
- c) Drenaje ventricular.
- d) Hiperventilación moderada.
- e) Craniectomía descompresiva.

→ hipertensión craneal - tto - medidas:

- 1er nivel = cabecera cama (elevación) + esteroides + osmoterapia + relajación muscular + hiperventilación moderada + drenaje ventricular
- 2º nivel = hiperventilación profunda + coma barbitúrico + hipotermia moderada + craniectomía descompresiva

*correcta: e

[pregunta que cae si o si, si no es con el primer nivel es con el segundo y si no es con el segundo no es con el tercero porque no hay, que te he pillado]

Cosas no vistas en clase este año

. La hipertensión intracraneal en TCE no se debe a: (2020 julio)

- a) Lesiones ocupantes de espacio.
- b) Hipertensión arterial.
- c) Convulsiones.
- d) Lesión axonal difusa.
- e) Aumento de tono muscular.

→

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en la hipertensión intracraneal benigna? (2020 julio)

- a) El LCR suele ser normal.
- b) La presión intracraneal suele ser normal.
- c) La cefalea es un síntoma frecuente.
- d) En la exploración neurológica podemos encontrar edema de papila.
- e) Se afecta el VI par en ocasiones.

→

*correcta: b

. La neuroimagen en la hipertensión intracraneal idiopática: (2015 enero)

- a) La TC y RM muestran ventrículos grandes.
- b) En la RM se puede observar tortuosidad vertical del nervio óptico.
- c) Se observan datos de infección en la RM.
- d) La angiografía y RM muestran datos de obstrucción de senos cerebrales.
- e) La neuroimagen siempre es patológica.

→

*correcta: b

[MIR]

. Varón de 49 años que ingresa en UCI por un traumatismo craneoencefálico tras un accidente laboral. En la exploración física no abre ojos, no emite sonidos antes de ser intubado y presenta extensión de extremidades al estímulo nociceptivo. Se coloca un sensor de presión intracraneal y debe realizarse una craneotomía descompresiva por una hemorragia intraparenquimatosa. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?: (MIR 2021)

- 1. A su llegada se encuentra en un coma de la escala de Glasgow de 7.
- 2. La presión de perfusión cerebral es la presión arterial media más la presión intracraneal.
- 3. El edema cerebral vasogénico se produce por edema celular, rotura de la membrana y muerte celular.
- 4. El flujo vascular cerebral aumenta con la hipercapnia y la acidosis.

*correcta: 4

. Con respecto al tratamiento de la hipertensión intracraneal NO es una medida aceptada: (MIR 2021)

- 1. Elevar la cabeza del enfermo y mantener la cabeza centrada.
- 2. El drenaje de LCR a través de un drenaje lumbar.
- 3. La hiperventilación moderada.
- 4. Los glucocorticoides en algunas circunstancias.

→ drenaje LCR x drenaje lumbar = contraindicado en hipertensión intracraneal significativa o cuando hay riesgo de herniación x disminuir presión espinal = favorece desplazamiento cerebro (hernia)

- drenaje de LCR se hace por vía ventricular (no lumbar) si se necesita descomprimir

*correcta: 2

29. HIDROCEFALIA

. La hidrocefalia que aparece en las primeras horas tras una hemorragia subaracnoidea es de tipo: (2024 enero)

- a) Obstructiva.
- b) Comunicante.
- c) Mixta.
- d) La presencia de hidrocefalia en la hemorragia subaracnoidea es excepcional.

→ hidrocefalia - tipos según nivel obstrucción (sistema ventricular / granulaciones)

- obstructiva / NO comunicante = obstrucción sistema ventricular => tumores
- NO obstructiva / comunicante = obstrucción granulaciones => infecciones + posthemorrágicas (HSA) + posted

*correcta: a

. La hidrocefalia más frecuente en el adulto es la hidrocefalia: (2025 enero)

- a) Hipertensiva.
- b) Obstructiva.
- c) Normotensiva.
- d) No comunicante.

→ hidrocefalia - epidemiología = pico bimodal:

- edad pediátrica = anomalías congénitas → estenosis acueducto Silvio (+frec)
- edad adulta = hidrocefalia normotensiva (/sd Hakim)

*correcta: c

. En un paciente anciano, la causa más frecuente de hidrocefalia es: (2024 enero)

- a) Estenosis del agujero de Monro.
- b) Síndrome de Hakim.
- c) Hemorragia subaracnoidea.
- d) Tumor del tercer ventrículo.

*correcta: b

. Varón de 72 años sin antecedentes de interés que presenta desde hace 3 meses pérdida progresiva de memoria y dificultad para caminar. No refieren incontinencia urinaria. Aporta un TAC y una RM craneales con un índice de Evans de 0,37. ¿Qué prueba diagnóstica indicaría? (2019 enero)

- a) Una resonancia magnética.
- b) Una cisternografía isotópica.
- c) Un electroencefalograma.
- d) Un test manométrico de infusión.
- e) Un estudio polisomnográfico (sueño).

→ hidrocefalia hipertensiva - dx = RNM (no datos patognomónicos, y ya hecha, índice Evans >0,3 sospechoso) + test infusión + punción lumbar

*correcta: d

. Niño de 10 años con cefalea de 1 mes de evolución. La RM demuestra una hidrocefalia supratentorial con índice de Evans de 0,44 y un pequeño tumor en el tectum mesencefálico. ¿Qué aconsejaría hacer? (2022 enero)

- a) Biopsia estereotáctica y radioterapia.
- b) Radiocirugía.
- c) Ventrículo-cisternostomía endoscópica.
- d) Ver evolución ya que los tumores del tectum en numerosas ocasiones no crecen.

*correcta: c

. Niño de 10 años con cefalea de 1 mes de evolución. La RM demuestra una hidrocefalia supratentorial con índice de Evans de 0,44 y un pequeño tumor en el tectum mesencefálico. ¿Qué aconsejaría hacer? (2021 julio) (2021 enero) (2020 enero) (2015 junio) (2014 enero)

- a) Biopsia estereotáctica y radioterapia.
- b) Radiocirugía.
- c) Ventrículo-cisternostomía endoscópica.
- d) Craneotomía y exéresis del tumor.

e) Ver evolución ya que los tumores del tectum en numerosas ocasiones no crecen.

→ hidrocefalia

- edad pediátrica (+)frec = estenosis acueducto Silvio

- tto = ventriculocisternostomía endoscópica → hidrocefalia NO comunicante / obstructiva (tumor, estenosis acueducto Silvio, ...)

*correcta: c

. Cuando no está indicada la realización de una ventriculocisternostomía endoscópica para tratar una hidrocefalia: (2018 enero)

a) En la hidrocefalia de presión normal.

b) En una hidrocefalia ocasionada por un tumor en el IV ventrículo.

c) En la estenosis congénita del acueducto de Silvio.

d) En la estenosis adquirida del acueducto de Silvio.

e) En un síndrome de Hakim.

→ ventriculocisternostomía = uso en hidrocefalia NO comunicante / obstructiva (tumor, estenosis acueducto Silvio)

- resultados = >75% estenosis acueducto adquirida + obstrucción x tumores / >50% estenosis congénita + DV previa (mielomeningocele) / <50% niños infecciones + hemorragias + mielomeningocele

*correcta: a/e

. La derivación lumbo-peritoneal está indicada en: (2022 enero)

a) Todos los tipos de hidrocefalia.

b) Hidrocefalia comunicante.

c) En la estenosis del acueducto de Silvio.

d) En el síndrome de ventrículos pequeños.

→ hidrocefalia - tto = derivaciones LCR ⇒ uso en comunicantes NO obstructiva

- ventrículo-peritoneales

- ventriculo-auriculares

- lumbo-peritoneales

*correcta: b

. ¿Cuál es la triada clínica característica de la hidrocefalia de presión normal síndrome de Hakim? (2025 enero)

a) Demencia, ataxia de la marcha e incontinencia urinaria.

b) Diplopía, ataxia e incontinencia.

c) Dismetría, ataxia y demencia.

d) Incontinencia, Parinaud y estenosis del Monro.

→ hidrocefalia normotensiva / sd Hakim - triada Hakim-Adams = trastorno marcha + incontinencia urinaria + demencia

*correcta: a

. ¿Cuál es la triada clínica característica de la hidrocefalia de presión normal o síndrome de Hakim? (2023 enero)

a) Demencia, ataxia de la marcha e incontinencia urinaria.

b) Diplopía, ataxia e incontinencia.

c) Dismetría, ataxia y demencia.

d) Incontinencia, Parinaud y estenosis del Monro.

*correcta: a

. Home de 79 anos que progresivamente desde hai 2 anos refire que camiña con dificultade, a pasos curtos, presentando tamén en ocasións incontinencia urinaria e alteracións mnésicas. A TAC cranial demostra dilatación de todas as cavidades ventriculares con edema transependimario, sen marcada atrofia cerebral. É remitido á consulta de Neurociruxía desde o neurólogo. Cal sería a súa actuación?: (2024 junio)

a) Probablemente trátase dunha enfermidade de Parkinson e necesite valoración para estimulación cerebral profunda.

b) Sospeita un cadro de hidrocefalia de presión normal e inclúeo en lista de espera para ventriculostomía endoscópica.

c) Urxentemente necesita ingreso para evacuación de líquido cefalorraquídeo pois existe risco de herniación cerebral.

d) Probablemente o cadro mellor, tras as adecuadas probas diagnósticas, cunha derivación ventriculoperitoneal.

→ iba a poner b IPERO! hidrocefalia normotensiva - tto = Qx derivación ventriculoperitoneal

*correcta: d

. Varón de 79 años que progresivamente desde hace 2 años refiere que camina con dificultad, a pasos cortos, presentando también bradifrenia y alteraciones amnésicas. La TAC craneal demuestra dilatación de todas las cavidades ventriculares con edema transependimario, sin marcada atrofia cerebral. Es remitido a la consulta de Neurocirugía desde el neurólogo. ¿Cuál sería su actuación? (2017 junio) (2017 enero) (2015 enero)

- a) Probablemente se trate de una enfermedad de Parkinson y necesite valoración para estimulación cerebral profunda.
- b) Sospecha un cuadro de hidrocefalia de presión normal y lo incluye en lista de espera para ventriculostomía endoscópica.
- c) Urgentemente necesita ingreso para evacuación de líquido cefalorraquídeo pues existe riesgo de herniación cerebral.
- d) Probablemente el cuadro mejore, tras las adecuadas pruebas diagnósticas, con una derivación ventriculoperitoneal.
- e) Los cuadros que como éste presentan alteraciones cognitivas nunca se benefician de tratamiento neuroquirúrgico.

*correcta: d

. Paciente home de 77 anos que chega a Urgencias con intensa cefalea motivada por un sangrado subaracnoideo espontáneo que ocupa as cisternas basales con hemorragia ventricular. Vostede decide ingresar ao paciente en UCI para vixilancia neurolóxica. Pasadas unhas horas, o nivel de conciencia do paciente empeora polo que o intensivista realízalle unha TAC cranial urxente onde se observa unha importante dilatación ventricular. Señale a resposta correcta: (2023 enero)

- a) A hidrocefalia aguda asociada á hemorragia subaracnoidea responde de forma exitosa á ventriculostomía endoscópica.
- b) Unha drenaxe ventricular externo sería a opción terapéutica indicada.
- c) Implantación dunha válvula ventriculoperitoneal de forma urxente.
- d) A drenaxe ventricular externo nunca sería unha opción xa que o sangrado o obstruiría inmediatamente.

→ no es la c porque DVP no es urgente pero yo lo de que el tto sea el drenaje ventricular externo sea la indicada tampoco estoy muy de acuerdo cuando es un tto temporal

*correcta: b

. Paciente de 72 años diagnosticado de hidrocefalia crónica del adulto. ¿Cuál sería la mejor opción de tratamiento? (2021 enero) (2020 julio) (2014 enero)

- a) Ventriculostomía endoscópica.
- b) Válvula ventrículo-peritoneal.
- c) Anhidrasa carbónica por vía oral.
- d) Derivación ventrículo-peritoneal.
- e) Se trata de una hidrocefalia comunicante y no precisa tratamiento quirúrgico

*correcta: d

[MIR]

. Señale, de las propuestas a continuación, cuál es la causa más frecuente de hidrocefalia congénita:

- 1. Estenosis del acueducto de Silvio.
- 2. Quistes congénitos.
- 3. Meningitis perinatal.
- 4. Espina bifida abierta.

*correcta: 1

. Señale, de los cuadros clínicos siguientes, cuál considera más característico de la hidrocefalia normotensa en el anciano:

- 1. Alteraciones en la marcha, pérdida de visión y demencia.
- 2. Demencia, pérdida de visión e incontinencia de esfínteres.
- 3. Incontinencia de esfínteres, pérdida de visión y alteraciones de la marcha.
- 4. Demencia, incontinencia de esfínteres y alteraciones de la marcha.

*correcta: 4

. ¿De cuál de los siguientes procesos se considera característica la tríada sintomática de apraxia de la marcha, incontinencia esfinteriana y deterioro mental progresivo?

- 1. Corea de Huntington.
- 2. Hipertensión intracraneal benigna (pseudotumor cerebral).
- 3. Enfermedad de Parkinson.
- 4. Hidrocefalia normotensiva.

*correcta: 4

. Un hombre de 72 años comienza dos meses antes con trastornos de la marcha e incontinencia urinaria. En las dos últimas semanas el enfermo deja de realizar sus tareas habituales y es incapaz de mantener una conversación coherente. En la exploración clínica no se observan defectos focales motores ni sensitivos. Únicamente la marcha es anormal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Enfermedad de Alzheimer.
2. Tumor cerebral.
3. Hematoma subdural.
4. Hidrocefalia normotensiva.

*correcta: 4

. Paciente de 58 años operado 3 meses antes de aneurisma de la arteria comunicante anterior manifestado por hemorragia subaracnoidea. El postoperatorio inmediato fue favorable pero en el último mes el paciente desarrolla dificultad progresiva para la marcha, apatía, torpeza mental e incontinencia urinaria. ¿Cuál de las siguientes complicaciones parece más probablemente la responsable del deterioro neurológico tardío?:

1. Hidrocefalia comunicante.
2. Vasoespasmo de las arterias cerebrales anteriores.
3. Hiponatremia por secreción inadecuada de hormona antidiurética.
4. Resangrado por oclusión incompleta del saco aneurismático.

*correcta: 1

. ¿Cuál de las siguientes consideraciones NO es cierta sobre la Hidrocefalia a Presión Normal?:

1. La etiología es desconocida en la mayoría de las ocasiones.
2. Triada clínica consistente en alteración para la marcha, demencia e incontinencia urinaria.
3. El estudio por Resonancia Magnética Nuclear proporciona datos patognomónicos.
4. El tratamiento consiste en la realización de derivación ventrículo peritoneal del líquido cefalorraquídeo.

*correcta: 3

30. TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

. Paciente varón de 35 años que sufre accidente de circulación en la autopista. Cuando es recogido por el 061 la exploración neurológica muestra: ojos abiertos al dolor, respuesta dolorosa en extensión y emite sonidos. ¿Cuál es su puntuación en la escala de coma de Glasgow?: (2023 enero)

- a) Seis (02, M2, V2).
- b) Siete (02, M3, V2).
- c) Cinco (02, M2, V1).
- d) Cinco (01, M2, V2).

*correcta: a

. Al paciente de la pregunta anterior, se le practica un TAC craneal que muestra un hematoma epidural con enclavamiento del lóbulo temporal derecho. ¿qué tipo de traumatismo craneoencefálico tiene?: (2023 enero)

- a) Leve.
- b) Moderado.
- c) Grave.
- d) Crítico.

*correcta: c

. Home de 64 anos que sofre atropelo na vía publica golpeándose na cabeza. Á chegada do 061 o paciente atópase en decúbito supino con abundante sangrado por ferida en coiro cabeludo e fosas nasais. O paciente ten os ollos pechados, pero ábreo á dor, as pupilas son isocóricas e reactivas, responde con flexión #ante os estímulos dolorosos e responde á chamada cunha linguaxe incoherente. De acordo con os datos achegados indique: ¿cal é a súa puntuación na escala de Glasgow e que tipo de traumatismo presenta? (2023 enero)

- a) Traumatismo cranial moderado con Glasgow de 8.
- b) Traumatismo cranial grave con Glasgow de 8.
- c) Traumatismo cranial moderado con Glasgow de 9.
- d) Traumatismo cranial grave con Glasgow de 9.

*correcta: c (lenguaje incoherente 3 / flexión normal, es movimiento respuesta al dolor 4)

. Mujer de 63 años, sin antecedentes de interés que sufre traumatismo craneoencefálico con lesión axonal difusa grave. La exploración a su ingreso muestra: coma, ojos abiertos al dolor, pupilas isocóricas y reactivas, lenguaje incoherente, respuesta en extensión con las 4 extremidades. En función obtenida en la escala de coma de Glasgow, ¿qué tipo de traumatismo presenta este paciente? (2021 enero)

- a) Traumatismo craneoencefálico grave.
- b) Traumatismo craneoencefálico leve.
- c) Traumatismo craneoencefálico abierto.
- d) Traumatismo craneoencefálico moderado.
- e) Traumatismo craneoencefálico cerrado.

→ Escala Coma Glasgow:

- parámetros

- O = ojos → 4 espontáneo - 3 a la voz - 2 al dolor - 1 nula
- M = respuesta motora → 6 obedece - 5 localiza - 4 retira - 3 flexión anormal - 2 respuesta extensora - 1 nula
- V = respuesta verbal → 5 orientado - 4 conversación confusa - 3 palabras inadecuadas - 2 sonidos incomprensibles - 1 nula

- puntuación = 15-14 leve / 13-9 moderado / <8 grave

→ ojos abiertos al dolor 2 + respuesta motora extensora 2 + 2/3 palabras inadecuadas/sonidos incomprensibles = 6/7 = grave

*correcta: a

. Muller de 53 anos, condutora de autobús e sen antecedentes de interese que sofre traumatismo cranioencefálico con lesión axonal difusa grave. A exploración ao seu ingreso mostra: coma. Ollos abertos á dor. Isocoria e normorreactividade pupilar. Linguaxe incoherente. Resposta en flexión coas 4 extremidades. En función da puntuación obtida na escala de coma de Glasgow, que tipo de traumatismo presenta esta paciente? (2020 enero)

- a) Traumatismo cranioencefálico grave.
- b) Traumatismo cranioencefálico leve.

- c) Traumatismo craneoencefálico abierto.
- d) Traumatismo craneoencefálico moderado.
- e) Traumatismo craneoencefálico cerrado.

*correcta: a

. El traumatismo craneoencefálico moderado se define por: (2019 enero)

- a) Puntuación en la escala de Glasgow entre 9-13.
- b) Puntuación en la escala de Glasgow entre 5-9.
- c) Puntuación en la escala de Glasgow entre 6-10.
- d) Puntuación en la escala de Glasgow entre 9-12.
- e) Puntuación en la escala de Glasgow entre 14-15.

*correcta: a

. La conmoción cerebral: (2025 enero)

- a) Es un proceso fisiopatológico complejo de origen biomecánico traumático que afecta al encéfalo sin alteraciones estructurales identificables en estudios por imagen.
- b) Es una subdivisión del TCE leve.
- c) Todas son ciertas.
- d) Presenta alteraciones en la orientación, el equilibrio, la velocidad de reacción o del aprendizaje verbal y la memoria con GCS de 13 a 15.

→ conmoción cerebral:

- proceso fisiopatología complejo - origen biomecánica traumático
- afecta encéfalo (parénquima cerebral) - sin alteraciones estructurales identificables en estudio imagen
- subdivisión TCE leve
- alteraciones = orientación + equilibrio + velocidad reacción/aprendizaje verbal + memoria
- GCS 13-15

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? (2024 junio)

- a) Los focos de contusión cerebral son urgencias quirúrgicas.
- b) Los focos de contusión cerebral pueden crecer en las primeras 24 horas.
- c) Los focos de contusión cerebral localizarse preferentemente en los lóbulos occipitales.
- d) El tratamiento de los focos de contusión es la resección quirúrgica.

→ contusión cerebral - complicación = contusión hemorrágica expansiva = expansiva xq puede aumentar en los próximos 5 días → mantener ingresado

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2021 julio) (2021 enero) (2020 julio) (2020 enero) (2017 junio) (2017 enero) (2015 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Los focos de contusión cerebral son urgencias quirúrgicas.
- b) Los focos de contusión cerebral pueden crecer en las primeras 24 horas.
- c) Los focos de contusión cerebral se localizan preferentemente en los lóbulos frontal y temporal.
- d) El tratamiento de los focos de contusión es habitualmente sintomático.
- e) Los focos de contusión cerebral se producen por golpe/contragolpe.
- f) Afectan preferentemente a la población anciana.

→

*correcta: a

. En relación a los focos de contusión cerebral focal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta? (2016 junio)

- a) Se localizan típicamente en los ganglios de la base.
- b) Pueden ser evolutivos.
- c) Son lesiones características de la infancia.
- d) Para su diagnóstico debe realizarse una resonancia magnética.
- e) Son hipodensos con un nivel hemático en su interior.

*correcta: b

[MIR]

. Tras un accidente de tráfico usted atiende a un herido. El paciente abre los ojos a la llamada, pero únicamente emite palabras que son inapropiadas. En la exploración motora localiza el dolor en extremidades derechas pero extiende al estimular las extremidades izquierdas. ¿Cómo describiría su situación según la escala de coma de Glasgow?: (MIR 2021)

1. E3V2M4.
2. E3V3M5.
3. E2V3M4.
4. E2V4M5.

*correcta: 2

. Mujer de 35 años, remitida a urgencias por traumatismo craneoencefálico por caída en patinete, sin pérdida de conciencia ni amnesia. En la exploración se trata de un traumatismo craneoencefálico cerrado con conmoción y cefalea leve sin presencia de náuseas y vómitos. La exploración neurológica es normal y presenta un índice de Glasgow de 15. Ante esta situación ¿qué prueba de imagen está indicada en primer lugar?: (MIR 2021)

1. TC craneal sin contraste.
2. TC craneal con contraste.
3. Ninguna prueba de imagen.
4. Radiografía simple de cráneo.

→ TCE - TC = NO necesario si riesgo bajo (ausencia síntoma, cefalea no intensificada, no pérdida conciencia) - en estas situación Rx son normales 99% casos, asíNq una caricia y a casita

*correcta: 3

. ¿Cuál de las siguientes complicaciones de un traumatismo craneal aparece de forma tardía o diferida?

1. Meningitis postraumática recurrente.
2. Hemorragia subaracnoidea.
3. Parálisis de pares craneales.
4. Hematoma epidural.

→ Todas son manifestaciones agudas excepto la meningitis recurrente, que es consecuencia de un fractura que ponga en comunica con espacio subaracnoideo con la cavidad paranasal, nasofaringe, senos u oído medio, lo que favorece la infección bacteriana.

*correcta: 1

31. FRACTURAS DE LA BÓVEDA Y BASE DEL CRÁNEO

. Se denomina fractura craneal abierta: (2016 enero)

- a) Cuando presentan herida inciso-contusa en cuero cabelludo.
- b) Cuando existe laceración de la duramadre.
- c) Las que afectan al temporal.
- d) Cuando existe hemorragia intracraneal.
- e) A la que presenta hundimiento craneal.

→ fracturas abiertas = comunican encéfalo con exterior (está en contacto con aire)

- TCE abierto = duramadre rota

*correcta: b (yo pondría a)

. Se consideran fracturas craneales de riesgo: (2016 enero)

- a) Las que afectan al oído medio.
- b) Las que afectan al seno frontal.
- c) Todas las fracturas del esfenoides.
- d) Las fracturas de la escama del temporal.
- e) Las fracturas occipitales.

→ fracturas riesgo = fracturas:

- escama temporal
- fracturas atraviesan línea media
- fracturas atraviesan senos (longitudinal + transverso)

*correcta: c (yo pondría d)

. Nas fracturas de fosa anterior: (2023 enero)

- a) Pódesse ver afectado o IV par craneal.
- b) O signo de Battle é frecuente.
- c) Pódesse afectar o VI par craneal.
- d) Son certas a A e a C.

→ fracturas base - fosa anterior:

- signo mapache = hematoma peripalpebral
- pares craneales = I-VI

*correcta: d

. El signo de Battle es característico de: (2020 julio) (2017 enero) (2015 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Fracturas de la base del cráneo.
- b) Fracturas del tímpano.
- c) Fractura de la escama del temporal.
- d) Hematomas epidurales.
- e) Fracturas de la fosa media.

→ fracturas base - fosa media ⇒ signo Battle = hematoma subcutáneo retroauricular

*correcta: a/e

. El complejo VII-VIII par craneales se pueden ver afectados característicamente en fracturas: (2025 enero)

- a) De fosa posterior.
- b) De bóveda craneal.
- c) De fosa anterior.
- d) De fosa media.

→ fracturas base cráneo - fosa media = afectación pares craneales VII-VIII (+frec) + V-VI + arteria

*correcta: d

. O signo de Battle é característico de: (2024 junio)

- a) Fracturas da base do cranio.
- b) Fracturas do tímpano.
- c) Hematoma epidural.

d) Fracturas da fosa media.

→ fracturas base cráneo - fosa media = hematoma retroauricular = signo battle

*correcta: d

. En un paciente con fractura de peñasco, ¿cuál es el nervio afectado con mayor frecuencia?: (2021 julio)

a) Glossofaríngeo.

b) Recurrente mayor.

c) Auditivo externo.

d) Motor ocular externo.

e) Facial.

→ fracturas base - fosa media - fracturas transversales peñasco = suelen afectar nervio facial

*correcta: e

. ¿Qué par craneal (pc) se puede lesionar, tanto en las fracturas de fosa media como de fosa anterior? (2019 enero)

a) El II pc.

b) El VIII pc.

c) El VI pc.

d) El III pc.

e) El IV pc.

→ fracturas base:

- fosa anterior = olfatorio

- fosa media = V + VI + VII + VIII

*correcta: c

. En las fracturas de la fosa media de la base craneal no se lesiona: (2018 enero)

a) La carótida.

b) El V par craneal.

c) El VII par craneal.

d) El III par craneal.

e) El I par craneal.

*correcta: e

. El tratamiento de las fístulas de LCR en las fracturas de la base del cráneo se realiza con: (2016 enero)

a) Posición elevada de la cabeza.

b) Drenaje lumbar.

c) Craneotomía.

d) Todas son ciertas.

e) Todas son falsas.

→

*correcta: d

[MIR]

. Un paciente que ha sufrido un traumatismo craneal llega consciente al Servicio de Urgencias. Radiológicamente se aprecia una fractura lineal de la bóveda craneal. A las 12 horas del accidente comienza a reducirse de forma progresiva el nivel de conciencia, observándose asimetría pupilar. ¿Qué diagnóstico de los siguientes debe hacerse en primer lugar?:

1. Un hematoma subdural.

2. Un hematoma epidural.

3. Una crisis epiléptica postraumática.

4. Una meningitis.

*correcta: 2

. En relación con la fractura lineal de la bóveda craneal, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Si se objetiva en una Rx simple de cráneo, no es necesaria la realización de TC craneal.

2. Puede dar lugar a la formación demorada de un hematoma epidural.
3. Su presencia conlleva indicación de ingreso para observación aún cuando la TC craneal sea normal.
4. Cuando se combina con herida abierta del cuero cabelludo suprayacente conlleva riesgo de infección intracraneal.

*correcta: 1

. Tras una fractura de base de cráneo ¿cuál de los siguientes pares craneales es MENOS probable que se lesione?:

1. Olfatorio.
2. Óptico.
3. Motor ocular común.
4. Glossofaríngeo.

→ Tras una fractura de base de cráneo es más probable que se lesionen aquellos nervios con trayectos intracraneales largos y, que obviamente, pasen por las estructuras lesionadas (p.e: peñasco del temporal). El glossofaríngeo es un nervio craneal de inicio en tronco y, por tanto, difícilmente se lesionará en este tipo de accidentes.

*correcta: 4

. En relación con las fracturas de la base craneal, señale cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

1. Su localización más común es la región frontal y el peñasco.
2. La Rx craneal las detecta con dificultad y la TC craneal es más sensible.
3. Deben sospecharse en pacientes que presentan hematoma periocular o en la región mastoidea.
4. En ellas es usual observar salida de líquido cefalorraquídeo por nariz o conducto auditivo externo.

→ Para que salga líquido cefalorraquídeo por nariz o conducto auditivo externo es preciso que se rompa la duramadre y la aracnoides, lo no es usual. La rinorrea u otorrea, aunque pueden ocasionarse tras una fractura de base craneal, no son frecuentes. Las fracturas de base son difíciles de detectar en radiología simple, y podemos sospecharlas como prolongación de una fractura de bóveda craneal, y se visualizan mejor en el TC. Los "ojos de mapache" o el signo de Battle (hematomas orbitarios o mastoideos, respectivamente), nos hacen sospecharlas. Si se produce brecha meníngea pueden producirse meningitis recurrentes. El hueso occipital es muy resistente motivo por el cual la fosa posterior es donde menos fracturas hay.

*correcta: 4

32. LESIONES ASOCIADAS A TCE

. La prueba de elección para el diagnóstico de la hemorragia subaracnoidea es: (2019 enero)

- a) La tomografía computarizada (TC).
- b) La resonancia magnética.
- c) La angiografía cerebral.
- d) PET.
- e) El electrocardiograma.

→ hemorragia subaracnoidea postraumática - dx = TAC sin contraste

*correcta: a

. ¿Cuál das seguintes afirmacións é correcta? (2024 junio)

- a) Os focos de contusión cerebral son urxencias cirúrxicas.
- b) Os focos de contusión cerebral poden crecer nas primeiras 24 horas.
- c) Os focos de contusión cerebral localízanse preferentemente nos lóbulos occipitales.
- d) O tratamento dos focos de contusión é a resección cirúrxica.

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta? (2022 enero)

- a) Los focos de contusión cerebral con urgencias quirúrgicas.
- b) Los focos de contusión cerebral pueden crecer en las primeras 24-48 horas.
- c) Los focos de contusión cerebral se hacen isodensos al final de la primera semana e hipodensos posteriormente.
- d) Las áreas cerebrales que más sufren contusiones traumáticas con los lóbulos frontal o temporal.

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2021 julio) (2021 enero) (2020 julio) (2020 enero) (2017 junio) (2017 enero) (2015 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Los focos de contusión cerebral son urgencias quirúrgicas.
- b) Los focos de contusión cerebral pueden crecer en las primeras 24 horas.
- c) Los focos de contusión cerebral se localizan preferentemente en los lóbulos frontal y temporal.
- d) El tratamiento de los focos de contusión es habitualmente sintomático.
- e) Los focos de contusión cerebral se producen por golpe/contragolpe.
- f) Afectan preferentemente a la población anciana.

→ lesiones parenquimatosas traumáticas = contusión traumática:

- hemorragia expansiva = puede evolucionar 5 días => vigilancia
- ocurre: contusión parénquima contra prominencias óseas [after] golpe (directo)/ contragolpe (lado contrario lesión, x rebote)
- tto = conservador/Cx

*correcta: a

. En relación a los focos de contusión cerebral focal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta? (2016 junio)

- a) Se localizan típicamente en los ganglios de la base.
- b) Pueden ser evolutivos.
- c) Son lesiones características de la infancia.
- d) Para su diagnóstico debe realizarse una resonancia magnética.
- e) Son hipodensos con un nivel hemático en su interior.

*correcta: b

. O dano axonal difuso (DAI) grave caracterízase por: (2023 enero)

- a) Presenza de coma prolongado con contusión no tronco cerebral.
- b) Coma profundo con bradicardia e hemorraxia no corpo caloso.
- c) Coma moderado e hemorraxias nos ganglios da base.
- d) Coma prolongado, afectación simpática e do tronco cerebral.

*correcta: d

. El daño axonal difuso (DAI) grave se caracteriza por: (2022 enero)

- a) Presencia de coma prolongado con contusión en el tronco cerebral.
- b) Coma profundo con bradicardia y hemorragia en el cuerpo calloso.
- c) Coma prolongado con afectación simpática y del tronco cerebral.
- d) Coma profundo, anisocoria y hemorragia ventricular.

→ DAI - clasificación clínica = grave:

- coma meses duración
- posturas flexión-extensión anormales
- trastornos: cognitivos + memoria + habla + sensitivo motores + personalidad
- puede haber disautonomía

*correcta: c

. La lesión encefálica difusa (DAI) se caracteriza desde el punto de vista radiológico por presentar las siguientes lesiones: (2024 enero)

- a) Hemorragias petequiales en cerebelo.
- b) Hematoma extra-axial supratentorial.
- c) Hemorragias en cuerpo calloso.
- d) Hemorragias de Duret.

*correcta: c

. En la lesión axonal difusa (DAI) tipo II, ¿Dónde es habitual encontrar lesiones encefálicas?: (2020 julio)

- a) En los pedúnculos cerebelosos y vermis.
- b) En la unión sustancia gris y blanca y en el cuerpo calloso.
- c) Cuerpo calloso y en el sistema ventricular.
- d) Bulbo y protuberancia.
- e) Periventriculares.

*correcta: b

. ¿Qué lesiones aparecen en la lesión axonal difusa tipo II? (2019 enero)

- a) Hemorragias subpiales en el cuerpo calloso.
- b) Hemorragia intraventricular.
- c) Hemorragias en la unión sustancia gris-sustancia blanca y cuerpo calloso.
- d) Hemorragias en el tronco cerebral.
- e) Contusión en la corona radiata y núcleos de la base.

→ lesión axonal difusa - clasificación según localización hemorragias puntuiformes:

- I = sustancia blanca (unión corticosubcortical)
- II = cuerpo calloso + I
- III = troncoencéfalo (dorsolateral porción anterior + I/II)

*correcta: c

. El hematoma epidural intracraneal se caracteriza radiológicamente por: (2024 enero)

- a) Presentar una morfología biconvexa.
- b) Presentarse como una lesión hipodensa.
- c) Acompañarse siempre de otras lesiones intracraneales.
- d) No presentar fractura craneal.

→ hematoma epidural =- dx = TC = lesión hiperdensa + biconvexa

*crónica: a

. Con relación al hematoma epidural intracraneal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?: (2022 enero)

- a) Tiene una mortalidad inferior al 5%.
- b) Es más frecuente en adultos.
- c) Su localización más frecuente en la región occipital.
- d) En la TAC tiene una morfología biconvexa.

*correcta: b

. El tratamiento del hematoma epidural: (2016 junio)

- a) Es siempre quirúrgico.
- b) Debe realizarse tratamiento conservador.
- c) Puede ser conservador en los menores de 25 cc.
- d) En los de localización temporal es siempre quirúrgico.
- e) El tratamiento depende sobre todo de la edad y localización.

→ hematoma epidural - tto = Qx (mayoría) + médico si:

- <25cc volumen
- paciente consciente y orientado
- NO déficit motores
- NO efecto masa

*correcta: c

. En TC o hematoma subdural agudo manifiéstase habitualmente como unha lesión: (2023 enero)

- a) Hiperdensa e biconvexa.
- b) Hiperdensa e cóncavo-convexo.
- c) Hipodensa e convexa.
- d) Densidade mixta e bordos irregulares.

*correcta: b

. En TC el hematoma subdural agudo se manifiesta habitualmente como una lesión: (2022 enero)

- a) Hiperdensa y biconvexa.
- b) Hiperdensa y cóncavo-convexo.
- c) Densidad mixta y bordes irregulares.
- d) Hipodensa con nivel hemático en su interior.

→ hematoma subdural agudo - dx = TC → semiluna hiperdensa

*correcta: b

. En el estudio de TAC, el hematoma subdural agudo se manifiesta habitualmente como una lesión: (2019 enero) (2016 junio)

- a) Hiperdensa y biconvexa.
- b) Hiperdensa y cóncavo-convexo.
- c) Hipodensa y convexa.
- d) Densidad mixta y bordes irregulares.
- e) Hipodensa con nivel hemático en su interior.

*correcta: b

. Al paciente anterior se realizó un TAC craneal al ingreso que podemos ver debajo. ¿Qué lesión / es presenta? (2019 enero)



- a) Hematoma subdural agudo
- b) Hematoma subdural crónico.
- c) Hemorragia intraparenquimatosa.
- d) DAI.
- e) Hematoma epidural.

→ hipertenso (más blanquito) = agudo

*correcta: b

. Varón de 80 años, cardiópata a tratamiento con aspirina, presenta alteración del comportamiento de 1 semana de evolución. Acude a urgencias donde realizan una tomografía computarizada que muestra una lesión hipodensa con restos hemáticos

en su interior, que ocupa la totalidad de la convexidad del hemisferio izquierdo, con gran desplazamiento de la línea media y colapso del ventrículo lateral izquierdo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2021 julio) (2020 julio) (2015 junio)

- a) Glioblastoma multiforme.
- b) Hidrocefalia crónica del adulto.
- c) Hematoma subdural crónico.
- d) Hematoma subdural agudo.
- e) Hematoma hipertensivo.

→ hematoma subdural - clasificación => crónica = hipodensos (densidad TC)

*correcta: c

. Las formas de presentación clínica más frecuentes en un paciente con hematoma subdural crónico son: (2024 enero)

- a) Hemiparesia y afasia.
- b) Cefalea y alteraciones cognitivas.
- c) Hernia subfalcial.
- d) Alteraciones de la marcha e incontinencia.

*correcta: b

. Las formas de presentación clínica más habituales del hematoma subdural crónico son: (2022 enero)

- a) Cefalea y fiebre.
- b) Deterioro cognitivo y parálisis de pares craneales.
- c) Cefalea, deterioro cognitivo v/o déficit neurológico.
- d) Déficit neurológico y alteración extrapiramidal.

*correcta: c

. Las formas de presentación clínica más habituales del hematoma subdural crónico son: (2021 enero) (2016 junio) (2014 enero)

- a) Cefalea y fiebre.
- b) Deterioro cognitivo y parálisis de pares craneales.
- c) Cefalea, deterioro cognitivo y/o déficit neurológico.
- d) Alteración del comportamiento y afasia.
- e) Déficit neurológico y alteración extrapiramidal.

→ hematoma subdural crónico - clínica = cefalea + convulsiones + dificultad habla + alteración estado conciencia + bradipsiquia + hemiplejía + crisis epilépticas

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes formas de presentación es más frecuente en un paciente anciano con un hematoma subdural crónico? (2018 enero)

- a) Cefalea y crisis epiléptica
- b) Bajo nivel de conciencia y afasia.
- c) Hipertensión intracraneal y demencia.
- d) Deterioro cognitivo y déficit motor.
- e) Epilepsia y deterioro cognitivo.

→

*correcta: d

. ¿Cuál es el mejor tratamiento para el hematoma subdural crónico?: (2024 junio)

- a) Craneotomía e evacuación.
- b) Craneotomía con exéresis de las membranas.
- c) Buraco de trepano, lavado e drenaje subdural.
- d) Craniectomía e drenaje.

→ hematoma subdural crónico - tto = drenaje Qx (trepano - evacuación - drenaje subdural)

*correcta: d

. ¿Cuál es el mejor tratamiento para el hematoma subdural crónico? (2017 junio) (2017 enero) (2015 enero)

- a) Craneotomía y evacuación.
- b) Craneotomía con exéresis de las membranas.

- c) Agujero de trépano, lavado y drenaje subdural.
- d) Tratamiento sintomático.
- e) Craniectomía y drenaje.

*correcta: c

No las encuentro en los apuntes

. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento de las hemorragias intracerebrales es correcto?: (2020 julio) (2015 enero)

- a) El tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección.
- b) Si existen datos de hipertensión arterial debemos administrar corticoides intravenosos.
- c) El adecuado control de la tensión arterial mejora el pronóstico de los pacientes.
- d) Ante una hemorragia cortical se debe iniciar tratamiento antiepiléptico para evitar que se produzca una crisis convulsiva.
- e) Debemos administrar fármacos sedantes para evitar la agitación del paciente.
- f) Se deben administrar fármacos antiepilépticos como profilaxis de las crisis convulsivas.

→

*correcta: c

. El hematoma intraparenquimatoso traumático se observa en la TAC como: (2019 enero)

- a) Lesión hiperdensa mayor de 2,5cm.
- b) Lesión hipodensa mayor de 2,5 cm.
- c) Lesión mixta con captación irregular de contraste.
- d) Lesión irregular mal definida.
- e) Lesión cóncavo-convexa hiperdensa.

→

*correcta: d

. ¿En cuál de los siguientes casos estaría más indicada la realización de una resonancia magnética en un paciente con una hemorragia intracerebral? (2017 junio)

- a) Paciente de 50 años con antecedentes de hipertensión arterial mal controlada y hemorragia talámica.
- b) Paciente de 65 años con antecedentes de adenocarcinoma de pulmón y hemorragia lobar.
- c) Paciente de 85 años, con antecedentes de deterioro cognitivo y hemorragia lobar.
- d) La resonancia magnética no aporta información a la tomografía computarizada.
- e) Siempre está indicado realizar una resonancia magnética ante una hemorragia intracerebral.

→

*correcta: b

. Señale la respuesta incorrecta sobre las manifestaciones clínicas de las hemorragias intracerebrales. (2017 junio)

- a) Nunca se manifiestan como un síndrome lacunar.
- b) La cefalea es frecuente en hemorragias de gran tamaño.
- c) Dependen de la localización y del tamaño del hematoma.
- d) Pueden cursar con bajo nivel de conciencia.
- e) Los síntomas son similares a los originados por un ictus isquémico.

→

*correcta: a

. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento de las hemorragias intracerebrales es correcto? (2017 junio)

- a) Se deben administrar fármacos antiepilépticos como profilaxis de las crisis convulsivas.
- b) Debemos administrar fármacos sedantes para evitar la agitación del paciente.
- c) Si existe hipertensión intracraneal debemos administrar corticoides.
- d) El adecuado control de la tensión arterial mejora el pronóstico de los pacientes.
- e) El tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección.

→

*correcta: d

. La localización más frecuente de los hematomas intraparenquimatosos espontáneos de causa hipertensiva es: (2015 enero)

- a) Putamen.
- b) Cápsula interna.
- c) Tálamo.
- d) Hemisferios cerebrales.
- e) Hemisferios cerebelosos.

→

*correcta: a

*. La hipertensión intracraneal en TCE no se debe a: (2021 enero)

- a) Lesiones ocupantes de espacio.
- b) Hipertensión arterial.
- c) Convulsiones.
- d) Lesión axonal difusa.
- e) Aumento de tono muscular.

→

*correcta: b

[MIR]

. ¿Cuál de las siguientes complicaciones es más probable en un paciente que, tras sufrir un traumatismo craneal, presenta cefalea y deterioro progresivo del nivel de conciencia iniciados al cabo de una hora:

- 1. Hematoma subdural agudo.
- 2. Hidrocefalia aguda postraumática.
- 3. Hematoma epidural agudo.
- 4. Lesión axonal difusa con confusión cerebral bifrontal.

→ hematoma epidural = intervalo lúcido tras traumatismo craneal - asociado a fractura temporal con desgarró de la arteria menínea media.

*correcta: 4

. Tras cuatro horas asintomático, un paciente que ha sufrido politraumatismo por accidente de tráfico comienza a acusar estado confusional creciente que evoluciona rápidamente, midriasis unilateral y hemiparesia contralateral. Es imperativo sospechar, ante esta clínica, como causa más grave y más frecuente:

- 1. Hematoma subdural agudo.
- 2. Conmoción cerebral.
- 3. Hematoma extradural (rotura del seno venoso de la duramadre).
- 4. Hematoma extradural (desgarro de arteria menínea media).

→ Es la forma típica de preguntar por el hematoma epidural en el MIR. Tras un periodo de tiempo con buen nivel de conciencia ("intervalo lúcido"), el paciente se deteriora rápidamente por el acúmulo de sangre arterial de la menínea media por fractura temporal normalmente.

El hematoma subdural agudo suele dar síntomas desde el principio, la conmoción cerebral no produce deterioro neurológico progresivo.

Así mismo, merece la pena destacar que, mientras que el sangrado extradural es típicamente arterial (arteria menínea media la más frecuentemente dañada), el sangrado que típicamente se produce tras un desgarró venoso es el subdural.

*correcta: 4

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO ES CORRECTA con respecto al hematoma subdural crónico?

- 1. Puede simular el cuadro clínico de un tumor cerebral.
- 2. La ausencia de antecedentes de traumatismo craneal previo en la anamnesis permite descartarlo.
- 3. La mayor parte se evacúan quirúrgicamente.
- 4. Puede presentarse como demencia.

→ En muchas ocasiones el traumatismo previo es banal o incluso no hay ningún antecedente traumático. El resto de las opciones son verdaderas y características del hematoma subdural crónico. Recordad también que el diagnóstico es mediante TC donde se ve hipodenso (negro) al tratarse de sangrado crónico. Si fuera agudo se vería hiperdenso (blanco).

*correcta: 2

33. TRAUMATISMOS VÉTEBRO-MEDULARES

. Las lesiones agudas por hiperextensión en adultos con estenosis cervical adquirida son características de: (2025 enero)

- a) Síndrome Centromedular.
- b) Síndrome de Brown-Séquard.
- c) Síndrome de Cordón Anterior.
- d) Síndrome de Cordón Posterior.

→ lesiones medulares - secciones incompletas - sd centromedular (Schneider) = lesiones agudas x hiperextensión - afecta a adultos con estenosis cervical adquirida

*correcta: a

. En el síndrome de hemisección medular (Brown-Sequard): (2024 enero)

- a) La alteración sensitiva es homolateral.
 - b) No se afecta la sensibilidad profunda.
 - c) La paresia/plejía es homolateral.
 - d) Los reflejos musculares son siempre normales.
- lesiones medulares - sección medular incompleta - sd Brown-Sequard
- homolateral = parálisis + propiocepción-vibración (cordones post)
 - contralateral = anestesia dissociative (dolor-T^º)
 - conserva = tacto protopático

*correcta: c

34. TUMORES INTRACRANEALES. GLIOMAS

. Los gliomas en alas de mariposa se localizan en: (2025 enero)

- a) Pedúnculos cerebrales.
- b) Cápsula interna.
- c) Cuerpo calloso.
- d) Ambos hemisferios cerebelosos.

→ gliomas - x extension = sustancia blanca - cuerpo calloso = glioma alas mariposa

*correcta: c

. El glioma de alto grado se caracteriza por presentar: (2016 junio)

- a) Atipias celulares.
- b) Mitosis.
- c) Necrosis y proliferación vascular.
- d) Pseudorosetas perivasculares.
- e) Gránulos basófilos.

→ glioblastoma IDH mutante (ahora se llama astrocitoma) - multiforme - grado IV

- AP = mutIDH + criterios Kernohan al completos (atipias + mitosis + proliferación vascular + necrosis)

*correcta: c

*. ¿En qué tumores está indicado el tratamiento con quimioterapia intratumoral (carmustina)? (2015 junio) (2014 enero)

- a) Gliomas en general.
- b) Metástasis cerebrales.
- c) Gliomas de alto grado.
- d) Gliomas de bajo grado.
- e) Meningiomas malignos y atípicos.

→

*correcta: c

. El astrocitoma de alto grado que no presenta la mutación IDH (isocitrato deshidrogenasa) se denomina: (2019 enero)

- a) Astrocitoma grado IV.
- b) Astrocitoma wildtype.
- c) Astrocitoma IDH NOS.
- d) Glioblastoma multiforme.
- e) Gliosarcoma.

→ A día de hoy se le llama Glioblastoma wildtype

*correcta: b

. El glioma cerebral del adulto más frecuente es: (2017 junio)

- a) Astrocitoma pilocítico.
- b) Oligodendroglioma anaplásico.
- c) Astrocitoma anaplásico.
- d) Glioblastoma multiforme.
- e) Astrocitoma.

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los glioblastomas es falsa? (2021 enero)

- a) Son los tumores cerebrales primarios malignos más frecuentes.
- b) La variante wild type se asocia a un mejor pronóstico.
- c) La edad avanzada y el Karnofsky bajo empobrecen el diagnóstico.
- d) El tratamiento ha de incluir el protocolo Stupp (radioterapia y temozolamida).
- e) El bevacizumab se usa en las recidivas en pacientes jóvenes con un Karnofsky alto.

→ glioblastoma - IDH wildtype:

- tumor primario cerebral (+)frec

- tto = Cx/biosia + STUPP (RDT + QMT)

- pronox = malo x recidivas = no llegan a un año

*correcta: b

. En relación aos glioblastomas, cal das seguintes afirmacións é FALSA? (2020 enero)

- a) Na secuencia T1 de RM con gadolinio adoitan aparecer como masas expansivas, cun centro quístico hipointenso e unha periferia hiperintensa pola captación de contraste.
- b) Os glioblastomas multicéntricos obrigan a efectuar un diagnóstico diferencial coas metástases cerebrais.
- c) Adoitan recidivar con frecuencia.
- d) A media de supervivencia tras o tratamento oscila entre os 9 e 12 meses.
- e) Os glioblastomas IDH-wildtype teñen un mellor pronóstico.

→ glioblastoma - IDH wildtype:

- tumor 1º cerebral (+)frec
- glioblastoma multicentrico = dx dif tumores metastásicos
- TC/RNM = captación heterogénea → "en anillo" = capta periferia + centro quístico NO capta (necrosis)
- pronóstico = malo → recidiva local frec + supervivencia 15meses con tto

*correcta: e

. En que tumores está indicado el tratamiento con temozolamida: (2022 enero)

- a) Gliomas en general.
- b) Metástasis cerebrales.
- c) Gliomas de alto grado.
- d) Meningiomas malignos y atípicos.

→ astrocitoma alto grado + Glioma wildtype = tto con QMT

*correcta: c

. ¿En qué tumores está indicado el tratamiento con temozolamida? (2021 julio)

- a) Gliomas de bajo grado.
- b) Metástasis cerebrales.
- c) Gliomas de alto grado.
- d) Ependimomas grado III.
- e) Meningiomas malignos y atípicos.

→ este año no se ha dicho chicos

*correcta: c

. El tratamiento más adecuado para un tumor localizado en tálamo derecho, compatible por características de imagen de glioma de alto grado sería: (2019 enero) (2016 junio)

- a) Quimioterapia sistémica según protocolo Stupp.
- b) Cirugía con exéresis total.
- c) Biopsia guiada y radioterapia.
- d) Solo radioterapia.
- e) Radiocirugía.

→ glioblastoma - tto = Cx/biopsia + RTP + QTP

*correcta: c

. Si nos dicen que un tumor es frontal, con crisis comiciales como primera manifestación y con calcificaciones en la Tomografía Computarizada, en una persona joven, pensaremos como primera opción: (2025 enero)

- a) Glioblastoma.
- b) Oligodendroglioma.
- c) Astrocitoma IDH mutado grado 3.
- d) Astrocitoma IDH mutado grado 4.

→ oligodendroglioma:

- adultos 26-46a (tb pico 6-12a)
- localización (+)frec = lóbulos frontales
- AP = calcificaciones frec + codelección 1p/19q
- radiología = calcificaciones (TAC hipertensas / RNM hipotensas)

*correcta: b

. Los gliomas que pueden tener calcificaciones más habitualmente son: (2021 enero) (2018 enero)

- a) El glioblastoma multiforme.
- b) El oligodendroglioma y el ependimoma.
- c) El astrocitoma pilocítico y el oligodendroglioma.
- d) El ependimoma y el astrocitoma anaplásico.
- e) Los gangliocitomas.
- f) Hemangiopericitoma.

→ oligodendroglioma - dx - AP = calcificaciones frecuentes

*correcta: b

. A delección 1p-19q é característica de: (2024 junio)

- a) Ependimoma anaplásico.
- b) Metástases cerebrais.
- c) Oligodendroglioma.
- d) Gliomas de baixo grao.

*correcta: c

. La delección 1p-19q ocurre en: (2015 enero)

- a) Ependimoma anaplásico.
- b) Metástasis cerebrales.
- c) Oligodendroglioma.
- d) Gliomas de bajo grado.
- e) Meningiomas malignos y atípicos.

→ oligodendroglioma - AP = codelección 1p/19q (patognomónico)

*correcta: c

. Os ependimomas mixopapilares localízanse fundamentalmente en: (2025 enero)

- a) Hemisferio cerebeloso.
- b) Lóbulo frontal.
- c) Quiasma óptico.
- d) Filum terminal.

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes tumores es característico del filum terminal? (2024 enero)

- a) Astrocitoma.
- b) Schwannoma.
- c) Ependimoma mixopapilar.
- d) Meningioma.

*correcta: c

. ¿Qué tumor es característico del filum terminal? (2022 enero)

- a) Xantoastrocitoma.
- b) Meduloblastoma.
- c) Ependimoma mixopapilar.
- d) Epidermoide.

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes tumores es característico del filum terminal?: (2020 julio) (2020 enero) (2017 junio) (2017 enero) (2015 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Xantoastrocitoma.
- b) Meduloblastoma.
- c) Ependimoma mixopapilar.
- d) Meningioma.
- e) Epidermoide.

→ ependimoma supratentorial - localizaciones:

- adultos = (+)frec médula (comp medular)

*correcta: c

. En relación aos GLIOMAS, ¿cal das seguintes afirmacións é incorrecta? (2023 enero)

- a) As radiacións electromagnéticas ionizantes son un factor etiolóxico de risco.
- b) A presenza de mutacións nos xenes da IDH1 e IDH2 son un factor de mellor pronóstico
- c) A codelección 1p/19qes patognomónica do Oligodendroglioma.
- d) A gliomatosis cerebro supón a afectación de máis de 3 lóbulos dun hemisferio e/o de ambos os hemisferios.

→ gliomas

- etiología = radiaciones electromagnéticas ionizantes (RDT previa)
- gliomatosis cerebri = afectación extensa de 1 hemisferio (3/+ lóbulos) / afectación ambos hemisferios
- gliomas IDH mutados (astrocitomas, oligodendroglioma)= mejor pronox > gliomas wildtype => ¡pero! Ependimomas no IDHtmut y el supratentorial el pronox es "meh" pero el sub sí que es bueno => por ello diría que la respuesta incorrecta es la b
- oligodendroglioma = codelección 1p/19q

*correcta: b (según la corrección es la c y según IA es la d)

[MIR]

. ¿Cuál de los siguientes tumores intracraneales es más prevalente en el adulto?:

- 1. Astrocitoma.
- 2. Meningioma.
- 3. Neurinoma.
- 4. Meduloblastoma.

→ Los tumores gliales constituyen el 50-60% de todos los tumores cerebrales primarios, los meningiomas suponen el 25%, los neurinomas alrededor del 10% y todos los demás tumores del SNC, el resto. El astrocitoma es el tumor de estirpe glial más frecuente.

*correcta: 1

. ¿Qué tumor de los siguientes se origina en el suelo del 4º ventrículo siendo por esta razón difícil su extirpación total?:

- 1. Oligodendroglioma.
- 2. Ependimoma.
- 3. Neurinoma.
- 4. Hemangioblastoma.

→ El ependimoma es típico en el suelo del 4º ventrículo de los niños y, en adultos, es frecuente en el filum terminale. Aunque su pronóstico es relativamente bueno, puede diseminarse por el líquido cefalorraquídeo "por goteo".

*correcta: 2

35. TUMORES MENÍNGEOS

. O tumor espinal intradural extramedular máis frecuentes é: (2023 enero)

- a) Meninxioma.
- b) Glioma.
- c) Ependimoma.
- d) Paraganglioma.

→ meningiomas = tumores primarios intracraneales extraparenquimatosos (+)frec

*correcta: a

. A propósito de los meningiomas intracraneales ¿Qué es falso?: (2025 enero)

- a) Son excepcionales en el niño.
- b) Son más frecuentes en hombres que en mujeres.
- c) A veces son hallazgos casuales.
- d) Pueden ser múltiples.

→ meningiomas:

- 8% casos son múltiples (st NF2)
- max incidencia = 45a → aumenta con la edad
- (+)frec = mujeres
- edad pediátrica = infrecuentes

*correcta: b

. Á mantente dos meninximas intracraneales Que é falso?: (2024 junio)

- a) Poden ser intraventriculares.
- b) Son excepcionais no neno.
- c) Son máis frecuentes en homes que en mulleres.
- d) Ás veces son achados casuais.

→ meningiomas:

- intraventriculares xq plexos coroideos (techo ventrículo) derivan aracnoides
- mujeres>hombres
- 5ª-6ª década
- 3% autopsias

*correcta: c

. En relación con los meningiomas intracraneales, ¿qué es FALSO? (2021 enero)

- a) Presentan alteraciones en el cromosoma 22.
- b) Son excepcionales en el niño.
- c) Son el tumor intracraneal más frecuente.
- d) A veces son hallazgos casuales.
- e) Pueden ser múltiples.

→ meningiomas

- tumor intracraneal extraparenquimatoso (+)frec
- pueden ser múltiples (asociados st a NF1)
- epidemiología = delección parcial/total cromosoma 22
- edad pediátrica = infrecuentes

*correcta: c

. A propósito de los meningiomas intracraneales ¿Qué es FALSO?: (2021 junio) (2017 junio) (2017 enero) (2015 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Pueden ser intraventriculares.
- b) Son excepcionales en el niño.
- c) Son más frecuentes en hombres que en mujeres.
- d) A veces son hallazgos casuales.
- e) Pueden ser múltiples.

→ meningiomas = deriva de células aracnoides - base implantación duramadre (vascularización x vasos duros)

- plexos coroideos = rodeados aracnoides → meningiomas intravenosoculares NO implantación dural (xq plexos NO duramadre)

*correcta: c

. ¿En cuál de las siguientes localizaciones son más frecuentes los meningiomas? (2019 enero)

- a) Seno cavernoso.
- b) Tienda del cerebelo.
- c) Clivus.
- d) Surco olfatorio.
- e) Parasagital.

→ meningiomas - localización = parasagital (+frec) > convexidad

*correcta: e

. Señale por orden decreciente de frecuencia de localización los siguientes meningiomas intracraneales: (2018 enero)

- a) Fosa posterior, ventrículos cerebrales, base craneal.
- b) Surco olfatorio, agujero occipital, parasagitales / hoz.
- c) Base craneal, pared de seno cavernoso, parasagitales / hoz.
- d) Base craneal, parasagitales / hoz, convexidad de hemisferios.
- e) Intraventricular, fosa posterior, agujero occipital

→ ese (-) → (+) ⇒ base craneal > parasagital > convexidad (intuimos incluye parasagital)

*correcta: d

. La forma de presentación más frecuente de los meningiomas espinales es: (2016 junio)

- a) Déficit motor.
- b) Dolor.
- c) Déficit sensitivo.
- d) Alteración de esfínteres.
- e) Cefalea.

→ meningiomas - clínica:

- meningiomas supratentorial es = epilepsia + déficit focal
- meningiomas infratentoriales = afectación pares craneales

*correcta: b

. La radioterapia en el tratamiento de los meningiomas de la base del cráneo: (2016 junio)

- a) Debe realizarse siempre.
- b) Únicamente en los de la fosa media.
- c) Cuando la resección no es completa.
- d) Debe asociarse a quimioterapia.
- e) Únicamente en pacientes ancianos.

→

*correcta: c

***. Señale por orden decreciente de frecuencia los siguientes tipos histológicos de tumores ... adulto: (2018 enero)

- a) Meningioma, hemangioblastoma, schwannoma.
- b) Lipoma, meningioma, schwannoma.
- c) Metástasis, lipoma, meningioma.
- d) Meningioma, schwannoma, paraganglioma.
- e) Hemangioblastoma, paraganglioma, meningioma.

→

*correcta: d

36. TUMORES HIPOFISARIOS

. En un paciente con hemianopsia bitemporal y cefalea debemos sospechar: (2021 julio) (2020 julio) (2020 enero) (2015 junio)

- a) Tumor occipital de cisura calcarina.
- b) Tumor talámico.
- c) Quiste coloide.
- d) Adenoma de hipófisis.
- e) Ninguno de ellos.

→ tumores hipofisarios (adenomas / tumores células granulares) - clínica:

- efecto masa - clínica compresiva = hemianopsia bitemporal (quiasma óptico)
- cefalea súbita = x apoplejía hipofisaria (tumor que sangra/necrosa/infarta produce distensión cápsula silla turca y meninges cercanas que producen una cefalea tan súbita como el sangrado) [se presenta como cefalea + deterioro visual + oftalmoplejía + reducción nivel conciencia]

*correcta: d

. Varón de 27 años que acude a urgencias por presentar súbitamente cefalea intensa y disminución de la agudeza visual. Le practican TAC craneal donde se observa una masa hiperdensa centrada en la región selar. Señale la opción correcta: (2018 enero)

- a) La causa más frecuente del cuadro que se sospecha son los aneurismas cerebrales.
- b) Iniciaría tratamiento con esteroides a dosis altas y solicitaría ingreso en UCI para vigilancia neurológica.
- c) Este cuadro es subsidiario de descompresión transesfenoidal urgente, tras confirmar el diagnóstico con una resonancia magnética.
- d) La neuritis óptica retrobulbar entra en el diagnóstico diferencial del cuadro clínico.
- e) Sospecharía un glioma de quiasma y practicaría una Resonancia Magnética.

→ masa hiperdensa súbita (x sangre) + cefalea intensa = apoplejía hipofisaria → tto Cx + corticoides dosis altas

*correcta: c

. De los tumores hipofisarios, ¿Cuál es el adenoma secretor más frecuente? (2024 enero)

- a) Secretor de GH.
- b) Secretor de ACTH.
- c) Prolactinoma.
- d) Secretor de ACRH.

*correcta: c

. O tumor funcionante más frecuente de la hipófisis es: (2023 enero)

- a) Secretor de ACTH.
- b) Secretor de FSH.
- c) Secretor de PRL.
- d) Secretor de GH.

*correcta: c

. El tumor funcionante más frecuente de la hipófisis es: (2016 junio)

- a) Secretor de ACTH.
- b) Secretor de FSH.
- c) Secretor de PRL.
- d) Secretor de GH.
- e) Secretores mixtos.

→ prolactinomas = adenoma secretor (+)frec

*correcta: c

. El tratamiento del prolactinoma: (2021 enero)

- a) Se realiza mediante abordaje transesfenoidal en la mayoría de casos.
- b) En ocasiones la cirugía transesfenoidal se considera para su tratamiento.
- c) El tratamiento médico con antagonistas dopaminérgicos es el tratamiento de elección.
- d) En casi ningún caso la hiperprolactinemia se normaliza con el tratamiento médico.

e) Cuando es quirúrgico, actualmente, se realiza mediante abordaje microscópico transesfenoidal.

→ prolactinoma:

- adenoma secretor (+) frec

- tto = ÚNICO pastilleo = agonistas dopaminérgicos (si NO responde / paciente no soporta efectos 2º → Cx)

*correcta: c

. Tratamiento de elección dunha enfermidade de Cushing ocasionada por un adenoma hipofisario produtor de hormona adenocortico trófica: (2025 enero)

a) Bromocriptina.

b) Acetazolamida.

c) Adenomectomía transesfenoidal.

d) Hipofisectomía transcraneal.

*correcta: c

. Tratamiento de elección de una enfermedad de Cushing ocasionada por un adenoma hipofisario produtor de hormona adenocortico trófica: (2017 junio) (2015 enero) (2014 enero)

a) Bromocriptina.

b) Acetazolamida.

c) Interferón.

d) Adenomectomía transesfenoidal.

e) Hipofisectomía transcraneal.

→ enfermedad Cushing = adenoma hipofisario produtor ACTH (hipersecrección ACTH) = hipercortisolismo endógeno

- tto = Cx

*correcta: d

. NO es indicación de cirugía transesfenoidal como tratamiento de inicio: (2019 enero)

a) Adenoma hipofisario con extensión suprasellar de 2 cm.

b) Enfermedad de Cushing con resonancia magnética hipofisaria negativa.

c) Prolactinoma resistente a agonistas dopaminérgicos.

d) Adenoma invasivo grado IV de Knosp con extensión laterosuprasellar que envuelve la arteria cerebral media.

e) Astrocitoma de quiasma óptico.

→ tumores hipofisarios-craneofaringiomas-pineales:

- tumores hipofisarios

• adenomas invasivos (suprasellar/lateral/intracraneal) - tto = Cx - mayoría x vía transesfenoidal lperol vía transcraneal en los grandes

• prolactinomas - tto = agonistas dopaminérgicos (único adenoma tto pastillas → Itrucol P-P = Prolactinoma-Pastillas)
lojo piojo! Yo iba lanzada a poner la c como correcta pero hay que leer ¿sanes no?, pues parece que yo no. El caso, que si le damos pastillas y el tumor resiste / paciente no soporta efectos 2º → Cx

• Cushing - tto = Cx

- tumores región pineal (germinoma>astrocitomas>teratoma>pineoblastoma) - tto = Cx

→ Cx adenomas hipofisarios

- abordaje endoscópico transesfenoidal = vía elección → contraindicado si: vasos atrapados x tumor / extensión para sellar hacia lateralidad

- abordaje transcraneal = tumores expansiones supra selares/laterales

*correcta: d

. Paciente de 9 anos. A súa nai dáse conta que está cega do ollo dereito, do cal a nena nunca se decatou. Acoden ao hospital onde practican resonancia magnética cerebral. Obsérvase unha masa redondeada selar e supraselar sólido-quística con captación heteroxénea de contraste, sen implicación de arterias do polígono de Willis. O tamaño da cadeira turca é normal. Sinale a resposta CORRECTA: (2020 enero)

a) O diagnóstico máis probable é xerminoma, co cal deberá completarse o estudo cunha resonancia raquídea, e análise en soro e en líquido cefalorraquídeo de fosfatasa placentaria e beta-hCG.

b) O astrocitoma pilocítico óptico-hipotalámico é o primeiro diagnóstico que vostede sospeitaría. Deberíase realizar unha cirurxía radical buscando a exéresis completa da lesión.

c) O craneofarinxoma sería a primeira opción a contemplar. Débese solicitar un estudo hormonal completo, estudo oftalmolóxico e realizar unha craneotomía pterional esquerda.

- d) Sin duda é un macroadenoma hipofisario; debido ao lento crecemento da lesión a nena non se decatou da cegueira.
- e) A abordaxe endonasal endoscópica transplanum esfenoideal pode ser usada para resecar a tumoración.

→ craneofaringiomas:

- tumores localizado nivel supraselar - NO expansión silla turca (si la hay descartamos)
- provocan alteraciones visuales x cercanía quiasma
- epidemiología = 2 picos: infancia (5-15a "tumor origen NO glial (+)frec edad pediátrica) + adulta (>50a)
- dx =
 - RNM = parte sólida realce heterogéneo + parte quística pared avidez
 - NO aumenta tamaño silla turca = xq crece de tejidos supra selares
 - TAC = calcio
- tto = quirúrgico → abordaje: transcraneal (de elección x seguro vascular) + transesfenoideal extendida

*correcta: c

[MIR]

. La apoplejía hipofisaria es habitualmente una urgencia endocrinológica. Señale la respuesta correcta: (MIR 2020)

1. Cursa con sintomatología compresiva, hipopituitarismo e hiperprolactinemia por sección del tallo hipofisario.
2. La oftalmoplejía por afectación de pares craneales remite espontáneamente.
3. En pacientes sin alteración del campo visual es preciso realizar de forma urgente cirugía transesfenoideal descompresiva.
4. El déficit hormonal más frecuente es el de hormona antidiurética.

*correcta: 1

. Ante un niño de 5 años con un cuadro de hipertensión endocraneal, alteraciones visuales e hipotalámicas, que presenta en una radiografía lateral de cráneo calcificaciones en forma de paréntesis a nivel supraselar, ¿cuál será su diagnóstico presuntivo?:

1. Adenoma hipofisario.
2. Pinealoma productor de hidrocefalia.
3. Craneofaringioma.
4. Meduloblastoma.

→ Esta pregunta corresponde a un examen MIR antiguo y en ella se observan signos de hipertensión intracraneal (vómitos de predominio matutino, cefalea) y alteraciones visuales e hipotalámicas (que indican que el tumor se sitúa en la región central del cráneo). Además nos aportan un dato que permite hacer el diagnóstico de certeza: en la radiografía lateral de cráneo se observan calcificaciones en forma de paréntesis en la zona supraselar, que son muy sugestivas de craneofaringioma (ver imagen anexa)... (no tengo imagen)

*correcta: 3

. ¿Qué diagnóstico le parece más probable ante un joven obeso de 11 años que presenta cefaleas de meses de evolución, hemianopsia bitemporal y calcificaciones supraselares en la Rx de cráneo?

1. Granuloma tuberculoso.
2. Aneurisma del sifón carotídeo calcificado.
3. Glioma del quiasma óptico.
4. Craneofaringioma.

→ El craneofaringioma es el tumor supratentorial más frecuente en niños. Produce obesidad por afectación hipotalámica que puede provocar hiperfagia, hemianopsia bitemporal por afectación quiasmática por efecto masa y suele ser un tumor calcificado de localización supraselar. El glioma del quiasma óptico podría ser otra posibilidad, pero menos frecuente. El resto de las opciones son mucho más raras

*correcta: 4

. Ante un niño de 5 años con un cuadro de hipertensión endocraneal, alteraciones visuales e hipotalámicas, que presenta en una radiografía lateral de cráneo calcificaciones en forma de paréntesis a nivel suprasellar, ¿cuál será su diagnóstico presuntivo?

1. Adenoma hipofisario.
2. Glioma del nervio óptico.
3. Craneofaringioma.
4. Meduloblastoma.

→ El craneofaringioma es el tumor supratentorial más frecuente en niños. Además, se origina en la región supraselar y da síntomas visuales por compresión del quiasma, hipotalámicos por efecto masa e hipertensión intracraneal por hidrocefalia y efecto masa.

*correcta: 3

. En los craneofaringiomas es característica la presencia de:

1. Hemorragias intratumorales.
2. Quistes y calcificaciones.
3. Zonas de necrosis.
4. Áreas sarcomatosas.

→ Las calcificaciones y quistes son muy frecuentes en los craneofaringiomas; sin embargo, es rara la necrosis ya que suelen ser tumores benignos de crecimiento lento. Tampoco es típica la degeneración sarcomatosa, ni la hemorragia intratumoral, más propia de las metastasis de melanoma, coriocarcinoma, carcinoma renal, etc.

*correcta: 2

. Un paciente de 18 años tiene un tumor intracraneal localizado en la región pineal. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?:

1. Meningioma.
2. Astrocitoma.
3. Germinoma.
4. Pineocitoma.

→ El germinoma es el tumor más frecuente en pacientes jóvenes (y más en varones) del área pineal. Le siguen los derivados de células pineales (pinealocitoma, pinealoblastoma).

*correcta: 3

37. TUMORES FOSA POSTERIOR

. Os astrocitomas pilocíticos infantís ocorren máis frecuentemente en: (2024 junio)

- a) Hemisferio cerebeloso.
- b) Cuarto ventrículo.
- c) Lóbulo frontal.
- d) Quiasma óptico.

→ astrocitoma pilocítico:

- (+)frec <20a
- localización = hemisferios cerebeloso

*correcta: a

. Niño caucásico de 10 años con tumoración en fosa posterior de morfología quística y nódulo mural sólido que realza tras la administración de contraste. El tumor más probable es: (2017 enero)

- a) Cisticercosis.
- b) Meduloblastoma.
- c) Astrocitoma pilocítico de cerebello.
- d) Glioblastoma.
- e) Meningioma quístico.

→ astrocitoma pilocítico:

- tumor cerebral (+) frec <20a
- localización: hemisferios cerebelosos
- RM: lesión quística + nódulo captante (en su interior)

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes tumores es más frecuente en la edad pediátrica? (2025 enero)

- a) Meduloblastoma.
- b) Ependimoma.
- c) Astrocitoma quístico de cerebello.
- d) Neurocitoma.

. ¿Cuál de los siguientes tumores es más frecuente en la edad pediátrica? (2024 enero)

- a) Ependimoma.
- b) Meduloblastoma.
- c) Astrocitoma pilocítico de cerebello.
- d) Neurocitoma.

→ meduloblastoma = neoplasia intracraneal maligna (+)frec edad infantil

*correcta: a

. ¿Que enfermedad cursa con hemangioblastomas múltiples do sistema nervioso central? (2024 junio)

- a) Laforet.
- b) Von Hippel Lindau.
- c) Sturge-Weber.
- d) Neurofibromatosis tipo II.

*correcta: b

. ¿Qué enfermedad se asocia con la presencia de hemangioblastomas? (2024 enero)

- a) Síndrome de Cushing.
- b) Von Hippel-Lindau.
- c) Enfermedad de Bourneville.
- d) Síndrome de Bruns.

→ hemangioblastoma:

- suelen ser: esporádicos (70%) + solitarios
- 30% asocian a enfermedad Von Hippel-Lindau = suelen ser múltiples

*correcta: b

. ¿Cuáles de los siguientes factores conceden peor pronóstico en un meduloblastoma de cerebelo? (2017 enero)

- a) Localización en el IV ventrículo.
- b) Edad inferior a 5 años.
- c) Ausencia de diseminación.
- d) Todos son correctas.
- e) Son correctas las respuestas A y B.

→ meduloblastoma - clasificación = grupo 3 → peor pronóstico + x2(+)frec niños<5a + da metas

*correcta: b

. ¿Cuál es la localización más frecuente de los hemangioblastomas? (2017 enero)

- a) Hemisferios cerebrales.
- b) Médula espinal.
- c) Hemisferios cerebelosos.
- d) Cuarto ventrículo.
- e) Tronco cerebral.

→ hemangioblastoma - Localización = 83-95% en cerebelo

*correcta: c

. Os schwannomas intracraneales son más frecuentes no nervio: (2024 junio)

- a) Trigemino.
- b) Patético.
- c) Óptico.
- d) Vestibular.

*correcta: d

. Los schwannomas (neurinomas) intracraneales son más frecuentes en el nervio: (2021 enero) (2017 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Trigémino.
- b) Facial.
- c) Patético.
- d) Óptico.
- e) Vestibular.

→ pues bueno si solo hemos dados las schwannoma del nervio vestibular será porque son los más frecuentes (Es más, los schwannomas vestibulares son los tumores más frecuentes del ángulo ponto cerebeloso)

*correcta: e

. ¿Cuál es el proceso expansivo más frecuente en el ángulo pontocerebeloso derecho? (2019 enero)

- a) Astrocitoma.
- b) Quiste epidermoide.
- c) Quiste aracnoideo.
- d) Meningioma.
- e) Schwannoma del vestibular.

→ schwannomas vestibulares = tumores (+) frecuentes del ángulo ponto cerebeloso

*correcta: e

. ¿Cuál dos siguientes tumores non é característico da infancia? (2023 enero)

- a) Glioma do nervio óptico.
- b) Meduloblastoma.
- c) Meninxoma.
- d) Astrocitoma pilocítico de cerebelo.

*correcta: b

38. TUMORES VENTRICULARES Y METÁSTASIS CEREBRALES

. ¿Cuál de las siguientes localizaciones es la más frecuente para una metástasis cerebral? (2023 enero)

- a) Subcortical.
- b) Lóbulo temporal.
- c) Plexos coroideos.
- d) Cerebelo.

→ metástasis cerebrales ⇒ localización (+)frec = metástasis zona cortico-subcortical

*correcta: a

. Como norma general: ¿Cuál consideramos el mejor tratamiento para una metástasis cerebral? (2025 enero)

- a) Cirugía resectiva.
- b) Radioterapia holocraneal.
- c) Radiocirugía estereotáctica.
- d) Protonterapia.

*correcta: a

. ¿Cuál es el mejor tratamiento para una metástasis cerebral? (2018 enero)

- a) Radiocirugía.
- b) Radioterapia holocraneal.
- c) Cirugía.
- d) Dexametasona.
- e) Radioterapia conformacional.

→

*correcta: c

. Paciente de 67 años diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón estadio II. Acude por presentar por la mañana una crisis parcial motora en el miembro superior derecho. Tras la realización de un TC y una RM cerebrales se diagnostican 3 lesiones intracraneales con intenso edema vasogénico localizadas en: hemisferio cerebeloso derecho de 2,5 cm, lóbulo frontal izdo. de 1,5 cm y otra temporal derecha de 1 cm. ¿Qué tratamiento aconsejaría? (2024 junio) (2021 julio) (2017 junio) (2017 enero)

(2015 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Cirugía resectiva de las 3 lesiones.
- b) Radioterapia holocraneal.
- c) Radiocirugía de las 3 lesiones.
- d) Resección de la lesión cerebelosa y radiocirugía sobre las otras dos.
- e) Quimioterapia sistémica.

→

*correcta: d

. Con relación a las metástasis cerebrales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2019 enero)

- a) El mejor tratamiento es la cirugía.
- b) El estado clínico al diagnóstico tiene un valor pronóstico significativo.
- c) El empleo de radioterapia antes de la cirugía aumenta la supervivencia.
- d) Cuanto más pequeña es la lesión menor es la dosis de radioterapia (radiocirugía).
- e) La localización más frecuente es en el hemisferio izquierdo.

→

*correcta: d

. Paciente con un carcinoma de pulmón diagnosticado hace 1 año, presenta un episodio vertiginoso de 24 horas de evolución. Se realizan TC y RM cerebrales que muestran dos lesiones de aspecto metastático, una de 1 cm. Localizada en tálamo derecho y otra de 2,5 cm en vermis cerebeloso. ¿Qué tratamiento indicaría? (2019 enero)

- a) Radioterapia holocraneal.
- b) Resección quirúrgica de ambas lesiones.

- c) Resección de la cerebelosa y radiocirugía de la supratentorial.
- d) Radiocirugía de las dos lesiones.
- e) Tratamiento paliativo.

→

*correcta: c

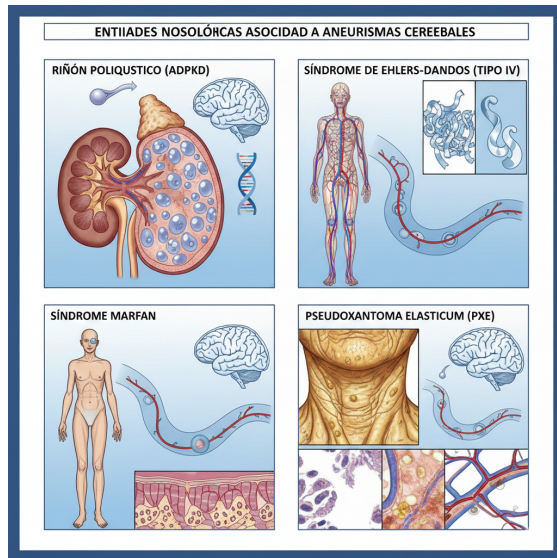
39. PATOLOGÍA VASCULAR CEREBRAL

¿En cuál de las siguientes patologías son frecuentes los aneurismas cerebrales? (2024 enero)

- a) Poliquistosis renal.
- b) Síndrome de Burdenko.
- c) Esclerosis tuberosa.
- d) Enfermedad de Virgan.

→ hemorragia subaracnoidea x aneurisma - factores riesgo = entidades nosológicas asocian aneurisma:

- riñón poliquístico
- enfermedad de Ehlers-Danlos
- Sd Marfan
- pseudoxantoma elasticum



*correcta: a

¿Cuáles de los aneurismas cerebrales son los más frecuentes? (2021 enero)

- a) Los del territorio vertebrobasilar.
- b) Los de arteria comunicante anterior.
- c) Los de la arteria cerebral media.
- d) Los de la PICA.
- e) Ninguno de los anteriores.

→ HSA - aneurismas - ubicación ⇒ sistema carotídeo (85-95%) = ACoA (+)frec

*correcta: b

Los aneurismas cerebrales más frecuentes son: (2019 enero)

- a) De circulación anterior, en concreto de la arteria cerebral media.
- b) De circulación anterior, en concreto de la arteria comunicante anterior.
- c) De circulación posterior, en concreto de la arteria basilar.
- d) De circulación posterior, en concreto de la PICA.
- e) De la ampolla de Galeno.

*correcta: b

La localización más frecuente de los aneurismas intracraneales es la arteria: (2016 junio)

- a) Basilar.
- b) Oftálmica.
- c) Comunicante posterior.
- d) Comunicante anterior.
- e) Cerebral media.

*correcta: d

. La prueba de elección para el diagnóstico de la hemorragia subaracnoidea es: (2019 enero)

- a) La tomografía computarizada (TC).
- b) La resonancia magnética.
- c) La angiografía cerebral.
- d) PET.
- e) El electrocardiograma.

→ creo q este año habla de q la prueba de elección es la angiografía → no cariño mío - te explico:

- TC craneal sin contraste = prueba elección confirma presencia sangre espacio subaracnoideo = rápida + sensibilidad 95% primeras 24-48h
- angiografía cerebral = gold → identifica causa (aneurisma) + planifica Cx [NO 1ª prueba pedimos, 1º dx si hay sangrado]

*correcta: a

. En relación con las complicaciones de las roturas aneurismáticas, la aparición de un déficit neurológico isquémico, focal y diferido que se instaura progresivamente comenzando con cefalea, meningismo, fiebre y leucocitosis, debería estar producida por: (2025 enero)

- a) Un resangrado.
- b) Convulsiones posthemorragia.
- c) Vasoespasmo.
- d) Hidrocefalia comunicante.

→ HSA x negrísima - complicaciones = vasoespasmo:

- déficit neurológico isquémico + focal + diferido
- se instaura progresivamente → comenzando con: cefalea + fiebre + leucocitosis + sd focal ACA/ACM

*correcta: c

. La complicación más común en una hemorragia subaracnoidea entre los días 3 y 14 del sangrado es: (2024 junio) (2022 enero)

- a) Epilepsia.
- b) Edema agudo de pulmón neurogénico.
- c) Vasoespasmo.
- d) Hidrocefalia comunicante.

→ hemorragia subaracnoidea aneurismática - complicaciones = vasoespasmo → afecta 20-30% HSA día4-11

*correcta: c

. ¿Cuál es la causa más frecuente de agravamiento clínico en un paciente con hemorragia subaracnoidea (HSA)? (2018 enero)

- a) Vasoespasmo.
- b) Epilepsia.
- c) Síndrome de Terson.
- d) Hidrocefalia.
- e) Infarto cerebral.

→ Aunque la hidrocefalia es muy común, el vasoespasmo cerebral es la causa más frecuente de deterioro neurológico diferido (agravamiento clínico que ocurre días después del ingreso).

*correcta: a

. El tratamiento endovascular de un aneurisma del polígono de Willis que ha causado una hemorragia subaracnoidea: (2021 julio) (2020 julio) (2015 junio)

- a) No puede hacerse si el paciente tiene implantadas prótesis metálicas.
- b) Está contraindicado en pacientes mayores de 70 años.
- c) Nunca debe plantearse como primera opción terapéutica.
- d) Por lo general debe hacerse lo antes posible tras el diagnóstico.
- e) Se debe demorar hasta que pase la fase aguda de la hemorragia.

→ aneurismas - tto - endovascular = se realiza como tto urgencia

*correcta: d

. La complicación más común en una hemorragia subaracnoidea entre los días 3 y 14 del sangrado es: (2020 julio) (2017 junio) (2017 enero) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Epilepsia.
- b) Edema agudo de pulmón neurogénico.
- c) Vasoespasmo.
- d) Hidrocefalia comunicante.
- e) Síndrome de Terson.

*correcta: c

. En las hemorragias subaracnoideas por rotura aneurismática señale la afirmación correcta: (2025 enero)

- a) Los aneurismas de circulación posterior son los más frecuentes.
- b) El tratamiento anticomitial preventivo es importante.
- c) La escala de Hunt y Hess valora la evolución de las malformaciones arterio-venosas.
- d) Son correctas la B y la C.

→ hemorragia subaracnoidea x rotura aneurisma:

- escala Hunt y Hess = mide estado neurológico paciente con rotura aneurisma
- complicaciones - convulsiones = tto anticomitial preventivo (x tal gravedad que pueden producir hemorragia mucho mayor)

*correcta: b

. A complicación hidroelectrolítica relacionada con hemorragia subaracnoidea es: (2023 enero)

- a) Isquemia subendocardica.
- b) Hipocalcemia.
- c) Hiponatremia.
- d) Hipernatremia.

→ hiponatremia (bajo nivel de sodio en sangre) es la complicación electrolítica más frecuente tras una hemorragia subaracnoidea (HSA), afectando aproximadamente al 30-40% de los pacientes.

*correcta: c

*. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con la hemorragia cerebral es FALSA? (2019 enero)

- a) La HTA es la causa más frecuente de hemorragia cerebral no traumática.
- b) La angiopatía amiloidea es la causa más frecuente de hemorragia cerebral en pacientes mayores de 80 años.
- c) Las malformaciones vasculares son causa frecuente de hemorragia en pacientes jóvenes.
- d) En la hemorragia cerebral de causa amiloidea se producen microaneurismas y necrosis fibrinoide en las arterias cerebrales.
- e) La hemorragia cerebral representa el 20% de los ictus.

→

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes lesiones es una malformación vascular?: (2022 enero)

- a) Hemangioblastoma.
- b) Aneurisma cerebral.
- c) Cavernoma.
- d) Aneurisma venoso.

→ malformaciones vasculares:

1. malformaciones arterio-venosas
2. angiomas cavernosos
3. telangiectasias capilares
4. malformaciones venosas

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes lesiones es una malformación vascular? (2020 julio) (2017 junio) (2017 enero) (2015 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Hemangioblastoma.
- b) Hemangioma.

- c) Aneurisma arterial.
- d) Cavernoma.
- e) Aneurisma venoso.
- f) Quiste dermoide.
- g) Aneurisma capilar.

*correcta: d

. Las fístulas arteriovenosas durales más frecuentes son: (202 enero)

- a) De la arteria comunicante anterior.
- b) De la arteria cerebral media.
- c) De la arteria basilar.
- d) En el seno longitudinal superior.
- e) En el seno transverso-sigmoide.

→ fístulas durales arteriovenosas = seno transverso sigmoideo → (+)frec

*correcta: e

. Las fístulas durales más frecuentes: (2019 enero)

- a) Son al seno cavernoso y cursan con tinnitus.
- b) Son al seno longitudinal superior y cursan con cefalea.
- c) Son al seno transverso y cursan con diplopía.
- d) Son al seno transverso y cursan con epilepsia.
- e) Son al seno transverso y cursan con acúfenos y tinnitus.

→ fístulas durales arterio-venosas

- seno transverso/sigmoideo (+)frec

- síntomas = acúfenos pulsátiles + soplo occipital + cefalea + trastornos visuales + papiledema

*correcta: e

. Os cavernomas incidentales asintomáticos: (2023 enero)

- a) Deben tratarse con radiocirugía.
- b) Deben operarse.
- c) Deben estudiarse con angiografía.
- d) Debe hacerse seguimiento.

→ angiomas cavernosos - tto:

- Cx si sintomáticos + accesibles

- radio Cx si TE + sintomáticos

*correcta: d

. La prueba radiológica de elección para el diagnóstico de cavernomas es: (2020 julio) (2020 enero)

- a) La TC porque son lesiones que pueden calcificar.
- b) La ANGIOGRAFIA porque pueden asociar angiomas venosos.
- c) La RM porque tienen una imagen típica en "palomita de maíz".
- d) Los estudios genéticos porque pueden ser familiares.
- e) La angioTC porque se pueden ver los vasos que irrigan el cavernoma.

→ angiomas cavernosos = RM estudio elección → "palomita maíz"

*correcta: c

. Los hemangiomas cavernosos son lesiones vasculares: (2021 julio)

- a) Con un aporte arterial y un drenaje venoso.
- b) Malignos, con tendencia a multiplicar.
- c) Angiográficamente ocultos.
- d) Que se heredan siempre por vía autosómica dominante.
- e) Que no se ven en la RM.

→ angiomas cavernosos = NO parénquima cerevral interpuesto - NO arterias acérenles = ocultos en angiografía (NO arterias, son venosos)

*correcta: c

. Acerca de los cavernomas. ¿cuál de las afirmaciones es VERDADERA? (2019 enero)

- a) Tienen que tratarse siempre.
- b) Son visibles en el estudio angiográfico.
- c) No son hereditarios.
- d) Cursan con déficits neurológicos progresivos.
- e) Pueden asociar angiomas venosos.

→ angiomas cavernosos:

- hamartomas vasculares benignos → bien delimitados
- ocultos angiografía (x NO tener arterias)
- RM estudio elección = "palomitas maíz"
- bajo flujo
- NO parénquima cerebral interpuesto + NO arterias aferentes
- pueden estar asociados a alguna malformación venosa congénita
- presentación = convulsiones (como 1er síntoma)
- tto si síntomas = Cx / radiocirugía (TE)

*correcta: e

. El tratamiento de elección en un angioma venoso cerebral (anomalía del desarrollo venoso): (2018 enero)

- a) Radiocirugía.
- b) Embolización.
- c) Exéresis quirúrgica.
- d) No debe tratarse.
- e) Tratamiento de la epilepsia.

*correcta: d

40. PATOLOGÍA DEGENERATIVA VERTEBRAL

. A mielopatía cervical define por: (2023 enero)

- a) Diminución do diámetro da canle raquídeo.
- b) Osteofitos anteriores.
- c) Clínica neurológica.
- d) Hipertrofia de articulares interapofisarias.

→ espondilosis cervical - mielopatía:

- espondilosis = estenosis = canal estrecho ¡pero! esto es la causa y la mielopatía es la consecuencia (puedes tener canal estrecho y estará sintomático)
- afectación degenerativa relacionada con hipertrofia ligamentos + carillas articulares => esto ayuda a estrechar canal pero por sí sola no efímera la enfermedad
- clínica neurológica = déficit motores (perdida fuerza piernas [trastorno marcha] -> manos) + sensitivo + hiperreflexia
- osteofitos posteriores = mielopatía

*correcta: c

. Paciente de 60 años que consulta por debilidad en las 4 extremidades. En la resonancia magnética se aprecia una estenosis de canal cervical con gran hipertrofia de los ligamentos amarillos. ¿Qué tratamiento aconsejaría? (2016 junio)

- a) Fisioterapia.
- b) AINES.
- c) Laminectomía descompresiva.
- d) Abordaje anterior y discectomía.
- e) Artrodesis C4-C6.

→ espondilosis cervical (estenosis canal cervical)

- signo = paresia
- dx = RM -> ME
- tto - Qx = posterior (x compresión ligamentos amarillos) -> Laminectomía con/sin artrodesis

*correcta: c

. En relación a la espondilolistesis: (2025 enero)

- a) Es consecuencia de la hipertrofia de ligamentos y carillas articulares.
- b) Presenta alteraciones de la movilidad por anquilosis.
- c) El tratamiento quirúrgico es mediante una artrodesis instrumentada.
- d) Está en relación con un defecto del istmo vertebral.

→ espondilosis lumbar = causada x hipertrofia: carillas articulares + ligamento amarillo

→ espondilolisis = defecto istmo (= para interarticularis)

→ espondilolistesis:

- radiculopatía (dolor) x cizallamiento *anquilosis = fusión articulación = NO desplazamiento -> todo lo contrario que en la espondilolistesis que lo que hay es un hueco movimiento
- tto => Cx = fijación artrodesis instrumentada

*correcta: c

. Según la clasificación de Meyerding una espondilolistesis L5 grado II es aquella en la cual el ... vértebra L5 sobre S1: (2018 enero)

- a) Presenta una traslación de hasta el 25%.
- b) Presenta una traslación entre el 55% y el 65%.
- c) Traslación mayor del 100%.
- d) Traslación entre el 25% y el 50%.
- e) Menor del 33%.

→ espondilolistesis - clasificación = escala Meyerding -> % espondilolistesis (listesis/cuerpo vertebral x 100)

- grado II = 25-50%

*correcta: d

41. PATOLOGÍA DISCO INTERVERTEBRAL

. Paciente de 39 años que consulta por lumbociatalgia derecha de 4 semanas de evolución. En la exploración se observa: signo de Lasègue a 35 grados. Una paresia para la flexión del pie derecho de grado 3/5 y unos reflejos osteotendinosos presentes y simétricos bilateralmente. ¿Cuál sería su hipótesis diagnóstica? (2025 enero)

- a) Estenosis lumbar.
- b) Hernia de disco L4-L5 derecha.
- c) Hernia de disco L5-S1 derecha.
- d) Ependimoma de filum terminal.

→ hernia lumbar - radiculopatía L5:

- disco = L4-L5
- dolor = anterior muslo + rodilla + dorso pie
- debilidad = dorsiflexión pie → lo que necesitas para caminar con talones
- NO reflejo

*correcta: b

. Paciente de 37 años que consulta por lumbociatalgia derecha de 3 semanas de evolución. En la exploración se observa: signo de Lasègue a 30 grados. Una paresia para la extensión del pie derecho de grado 3/5 y una hiporreflexia aquilea del mismo lado. ¿Cuál sería su hipótesis diagnóstica?: (2024 junio) (2024 enero) (2022 enero) (2020 julio) (2020 enero) (2017 junio) (2017 enero) (2015 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Estenosis lumbar.
- b) Mielopatía.
- c) Hernia de disco L4-L5 derecha.
- d) Hernia de disco L5-S1 derecha.
- e) Ependimoma de filum terminal.

→ hernia lumbar - radiculopatía S1:

- disco L5-S1
- dolor = post pierna + planta pie
- debilidad → flexión plantar = extensión del pie (es lo mismo) → lo que necesitas para caminar de puntillas)
- reflejo aquileo

*correcta: d

. ¿Qué datos exploratorios podemos encontrar en una paciente con una lumbociática secundaria a una hernia de disco intervertebral L5-S1? (2018 enero)

- a) Paresia de cuádriceps y arreflexia aquilea.
- b) Paresia de los peroneos e hiporreflexia rotuliana.
- c) Paresia de tibiales y arreflexia rotuliana.
- d) Paresia de gemelos e hipo / arreflexia aquilea.
- e) Paresia de cuádriceps y Babinski.

→ L4 = cuádriceps / L5 = peroneos / L6 = gemelos

*correcta: d

. Un paciente que presenta un cuadro de ciática intensa e na resonancia magnética presenta unha hernia de disco L5-S1 dereita. Que achado presentará na exploración clínica?: (2023 enero)

- a) Signo de Lasègue a 60 graos.
- b) Salouco/arreflexia aquilea dereita.
- c) Perdida de forza para a extensión da coxa.
- d) Hipoestesia en cadeira de montar.

→ hernia lumbar:

- radiculopatía L4 = debilidad para extensión rodilla
- radiculopatía S1 = hipo/arreflexia aquilea
- signo lasègue (+) (no específico)
- sd cola caballo = hipoestesia en silla de montar

*correcta: b

. La indicación principal para el tratamiento quirúrgico de la hernia de disco es: (2019 enero)

- a) Existencia de déficit sensitivo.
- b) Abolición de un reflejo principal.
- c) Trastorno en la marcha de puntillas.
- d) Trastorno en la marcha de talones.
- e) Existencia de un déficit motor.

→

*correcta: e

42. TUMORES VERTEBRO-MEDULARES

. El tumor intradural extramedular más frecuente es: (2023 enero)

- a) Meningioma.
- b) Glioma.
- c) Ependimoma.
- d) Paraganglioma.

→ tumores vertebro-medulares:

- extradurales (cuerpo vertebral + tejido epidural = afectan hueso)
- intradurales-extramedulares = meningioma > schwannoma
- intradurales = astrocitoma (Glioma grado I/II/III) + ependimoma (glioma)

*correcta: a

. La forma de presentación más frecuente de los meningiomas espinales es: (2016 junio)

- a) Déficit motor.
- b) Dolor.
- c) Déficit sensitivo.
- d) Alteración de esfínteres.
- e) Cefalea.

→ tumores intradurales extra medulares - meningiomas - síntomas:

- dolor local/radicular = 42% al inicio
- déficit motor = 33%
- síntomas sensitivos = 25%

*correcta: b

. Os ependimomas mixopapilares localízanse fundamentalmente en: (2025 enero)

- a) Hemisferio cerebeloso.
- b) Lóbulo frontal.
- c) Quiasma óptico.
- d) Filum terminal.

. ¿Cuál de los siguientes tumores es característico del filum terminal? (2024 enero)

- a) Astrocitoma.
- b) Schwannoma.
- c) Ependimoma mixopapilar.
- d) Meningioma.

. ¿Cuál de los siguientes tumores es característico del filum terminal?: (2020 julio) (2020 enero) (2017 junio) (2017 enero) (2015 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Xantoastrocitoma.
- b) Meduloblastoma.
- c) Ependimoma mixopapilar.
- d) Meningioma.
- e) Epidermoide.

→ ependimoma supratentorial - localizaciones:

- adultos = (+)frec médula (comp medular)

*correcta: c

. O tumor más frecuente dos nervios periféricos é: (2023 enero)

- a) Neurofibroma.
- b) Lipoma.
- c) Meningioma.
- d) Schwannoma.

*correcta: d

. ¿Cuál es el tumor más frecuente en un nervio periférico? (2017 junio)

- a) Neurofibroma.
- b) Lipoma.
- c) Meningioma.
- d) Astrocitoma periférico.
- e) Schwannoma.

. ¿Cuál es el tumor más frecuente en los nervios periféricos?: (2016 junio)

- a) Meningioma.
- b) Neuroblastoma.
- c) Astrocitoma.
- d) Ependimoma.
- e) Schwannoma.

→ tumores extra medulares = Schwannomas:

- tumores originan en células Schwann (vainas nerviosa)
- tumores benignos crecimiento lento
- [IA] tumor benigno (+) común nervio periférico

*correcta: e

. ¿Cuál es la forma de presentación más habitual de un schwannoma de nervio periférico? (2018 enero)

- a) Déficit motor y sensitivo.
- b) Hipoestesia en el territorio inervado.
- c) Dolor a la presión.
- d) Parestesias de predominio nocturno.
- e) Piernas inquietas.

→ tumores extra medulares = Schwannomas

- [IA] tumor encapsulado desplaza fibras nervio hacia periferia - [NO] destruye nada:
- masa palpable (tumefacción) = "bulto"
- signo Tinel (+) = presión sobre tumor = dolor a presión → paciente siente como chispazo/corriente eléctrica

*correcta:

. ¿Cuál es la forma de presentación más habitual de un tumor de nervio periférico? (2017 enero)

- a) Parestesias distales.
- b) Pérdida de fuerza.
- c) Dolor.
- d) Tumefacción.
- e) Deformidad de la extremidad.

*correcta: d

. ¿Qué tumor es característico del filum terminal? (2022 enero)

- a) Xantastrocitoma.
- b) Meduloblastoma.
- c) Ependimoma mixopapilar.
- d) Epidermoide.

→ tumores intramedulares - Ependimoma = (+) común → ependimoma mixopapilar en filum

*correcta: c

. Indicar cuál no es objetivo de una vertebroplastia percutánea transpedicular: (2018 enero)

- a) Control del dolor.
- b) Recuperar altura del cuerpo colapsado.
- c) Evitar la progresión de la cifosis.
- d) Evitar la pérdida de masa ósea.
- e) Mejorar la compresión medular.

→

*correcta: e

43. PATOLOGÍA NERVIOS PERIFÉRICOS

. La degeneración Walleriana distal se produce en: (2025 enero)

- a) La neuroapraxia.
- b) La axonotmesis.
- c) La neurotmesis.
- d) Síndrome del Túnel Carpiano.

→ patología nervio periférico - clasificación lesiones - Seddon:

- axonotmesis = degeneración (atrofia) Walleriana distal

*cuando un axon se corta la parte que queda desconectada del cuerpo de la neurona muere y se desintegra = degeneración Walleriana = limpieza del corte hacia delante

*correcta: b

. ¿Cuál es el tumor más frecuente en un nervio periférico? (2017 junio)

- a) Neurofibroma.
- b) Lipoma.
- c) Meningioma.
- d) Astrocitoma periférico.
- e) Schwannoma.

. ¿Cuál es el tumor más frecuente en los nervios periféricos?: (2016 junio)

- a) Meningioma.
- b) Neuroblastoma.
- c) Astrocitoma.
- d) Ependimoma.
- e) Schwannoma.

→ tumores extra medulares = Schwannomas:

- tumores originan en células Schwann (vainas nerviosa)
- tumores benignos crecimiento lento
- [IA] tumor benigno (+) común nervio periférico

*correcta: e

. ¿Cuál es la forma de presentación más habitual de un schwannoma de nervio periférico? (2018 enero)

- a) Déficit motor y sensitivo.
- b) Hipoestesia en el territorio inervado.
- c) Dolor a la presión.
- d) Parestesias de predominio nocturno.
- e) Piernas inquietas.

→ tumores extra medulares = Schwannomas

- [IA] tumor encapsulado desplaza fibras nervio hacia periferia - [NO] destruye nada:
- masa palpable (tumefacción) = "bulto"
- signo Tinel (+) = presión sobre tumor = dolor a presión → paciente siente como chispazo/corriente eléctrica

*correcta:

. ¿Cuál es la forma de presentación más habitual de un tumor de nervio periférico? (2017 enero)

- a) Parestesias distales.
- b) Pérdida de fuerza.
- c) Dolor.
- d) Tumefacción.
- e) Deformidad de la extremidad.

*correcta: d

44. PATOLOGÍA INFECCIOSA SNC

. ¿Cuál es la causa más frecuente de un absceso cerebral?: (2025 enero) (2021 julio) (2020 julio) (2020 enero) (2015 junio) (2014 enero)

- a) Foco séptico a distancia: metastásico.
- b) Un traumatismo craneal abierto.
- c) Infección contigua.
- d) Malformación cardíaca.
- e) Foco dentario.

→ absceso cerebral - mecanismos patogénicos:

- hematógena => niños = tetralogía Fallot (+)
- contigüidad (+++) => odio medio -> lóbulo temporal
- traumatismos penetrantes / neurocx (++)

	causa (+) común	microorganismo (+)
población general	sinusitis / otitis	estreptococos / anaerobios
trauma / Cx	fragmentos óseos / neuroCx invasiva	s.aureus / s.epidermidis
cardiópatas	shunt drch-izq	estreptococo viridans

→ [IA] orden oficial suele ser = 1.Contigüidad (40-50%) / 2.Hematógena (20-25%) / 3.Traumatismo / Post-cirugía (10-15%)

*correcta: c

. La localización más frecuente de los abscesos cerebrales en la población infantil es: (2019 enero)

- a) Tronco cerebral.
- b) Núcleos de la base.
- c) Lóbulo frontal.
- d) Suelen ser múltiples.
- e) Lóbulo temporal.

→ abscesos cerebrales - causa (+) = x contigüidad -> sinusitis = se localizan en lóbulo frontal

*correcta: c

. Paciente de 37 años con un absceso cerebral de localización en el tálamo izquierdo y que clínicamente presenta un Glasgow de 11. No se encontró un foco séptico. ¿Qué tratamiento indicaría? (2025 enero) (2024 junio) (2021 julio) (2021 enero) (2020 enero) (2017 junio) (2017 enero) (2015 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Antibióticos de amplio espectro.
- b) Craneotomía para evacuación + antibióticos.
- c) Punción estereotáctica o neuronavegada y tratamiento empírico con antibióticos.
- d) Antibióticos de amplio espectro + dexametasona.
- e) Cefalosporinas + dexametasona.

→ abscesos cerebrales - tto Qx = punción aspiración estereotáctica

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes pautas terapéuticas se puede emplear de manera empírica ante un absceso cerebral? (2023 enero) (2022 enero) (2018 enero)

- a) Metronidazol + Amoxicilina + Cefotaxima.
- b) Cloxacilina + Vancomicina + Cefalosporina.
- c) Vancomicina + Metronidazol + Cefotaxima.
- d) Pirimetamina + Metronidazol + Cefotaxima.
- e) Cloranfenicol + Metronidazol + Gentamicina.

→ triple cobertura:

1. cefotaxima (/ ceftriaxona) [cefa3^g] = streptococcus (infección x contigüidad = sinusitis)
2. metronidazol = anaerobios (infección dental / otitis crónica)
3. vancomicina = staphylococcus aureus (MRSA) (trauma / neuroCx / hematógena desde piel)

*correcta: c

45. MALFORMACIONES CRANEOENCEFÁLICAS

. El cierre prematuro de la sutura metópica produce una anomalía craneal denominada: (2025 enero) (2024 enero)

- a) Cabeza de pepino.
- b) Trigonocefalia.
- c) Escafocefalia.
- d) Turricefalia.

*correcta: b

. La trigonocefalia se produce por: (2019 enero)

- a) Cierre prematuro de la sutura sagital.
- b) Mantener al niño apoyado de manera continuada sobre la región occipital
- c) Cierre precoz de la sutura metópica.
- d) Aumento desproporcionado del diámetro anteroposterior del cráneo.
- e) Cierre precoz de la sutura interparietal.

→ craneostenosis/craneosinostosis = osificación prematura sutura craneal:

- primarias/idiopáticas = trigonocefalia

→ [IA] trigonocefalia es un tipo de craneosinostosis (cierre prematuro de las suturas craneales) que le da al cráneo una forma característica de triángulo o "proa de barco" cuando se mira desde arriba.

1. Sutura Metópica: sutura que recorre línea media frente (desde nariz - hasta fontanela ant). Normalmente es la primera en cerrarse, pero si lo hace demasiado pronto (antes del nacimiento o en los primeros meses), impide que la frente se ensanche.
2. Mecanismo: Al no poder crecer hacia los lados, la frente se proyecta hacia adelante de forma puntiaguda y suele aparecer un reborde óseo palpable en el centro de la frente.

*correcta: c

. La craneosinostosis motivada por el cierre precoz de la sutura metópica se denomina: (2018 enero)

- a) Escafocefalia.
- b) Trigonocefalia.
- c) Plagiocefalia anterior.
- d) Braquicefalia.
- e) Turricefalia.

*correcta: b

. La localización más frecuente de los quistes aracnoideos es: (2016 junio)

- a) La fosa craneal posterior.
- b) La región selar.
- c) La región lumbosacra.
- d) La fosa craneal media.
- e) La unión cráneo-cervical.

→ quistes aracnoideos - localización = supratentoriales (95%) → (+) cisterna silviana (fosa craneal media)

*correcta: d

. Os quistes aracnoideos de la línea media manifiestan por: (2023 enero)

- a) Deformidad craneal.
- b) Crisis epilépticas.
- c) Ocasionalmente un hematoma subdural.
- d) Hidrocefalia.

→ quistes aracnoideos - clínica fosa media = convulsiones + cefalea + hemiparesia

*correcta: d (yo hubiese puesto b)

. Los quistes aracnoideos de la línea media se manifiestan por: (2023 enero) (2022 enero)

- a) Deformidad craneal.
- b) Ocasionalmente un hematoma subdural.
- c) Hidrocefalia.
- d) Retraso psicomotor.

→ quistes aracnoideos - clínica - línea media = convulsiones + cefalea + hemiparesia

- [IA] quistes línea media (cisterna Silvio + cisterna supraselar + cisterna cuadragésimas) → comprimen acueducto Silvio/3er ventrículo = hidrocefalia obstructiva (/ no comunicante)

*correcta: c

. Niño de 7 años que sufre un traumatismo craneal jugando al fútbol. En el hospital le realizan una tomografía computarizada craneal que muestra un quiste aracnoideo de 4x3 cm. En la punta del lóbulo temporal izquierdo. ¿Qué actitud terapéutica aconsejaría? (2025 enero) (2021 julio) (2020 julio) (2015 junio)

- a) Ventriculostomía endoscópica.
- b) Seguimiento clínico.
- c) Craneotomía y exéresis por el alto riesgo de hemorragia.
- d) Derivación cisto-peritoneal.
- e) Tratamiento con anhidrasa carbónica.

→ quistes aracnoideos - tto ⇒ en asintomáticos/incidentales = mejor tto esperar+vigilar con imagen

*correcta: b

. El encefalocele etmoidal puede manifestarse por: (2019 enero) (2016 junio)

- a) Crisis epilépticas.
- b) Meningitis de repetición.
- c) Ataques isquémicos transitorios.
- d) Diplopia.
- e) Disfagia.

→ [IA] encefalocele = malformación congénita → defecto (orificio) en huesos cráneo → protruyen meninges (a veces tejido cerebral)

1. Localización Etmoidal (Anterior) = hueso etmoides forma parte: base anterior del cráneo + techo de las fosas nasales (lámina cribosa) ⇒ encefalocele ahí = hernia tejido se asoma hacia cavidad nasal/senos paranasales.
2. Comunicación (Fístula LCR) ⇒ defecto óseo + dural = comunicación entre espacio subaracnoideo está LCR y nariz
3. Vía de entrada bacteriana ⇒ nariz NO medio estéril = bacterias pueden ascender desde las fosas nasales hacia el cerebro a través de ese orificio.

*correcta: b

. ¿Qué ventajas ofrece el tratamiento quirúrgico intraútero de una espina bífida quística? (2025 enero) (2024 junio) (2021 julio) (2021 enero) (2020 enero) (2017 junio) (2017 enero) (2015 enero) (2014 enero)

- a) El niño no tendrá déficit motor.
- b) Mejor control de los esfínteres.
- c) Menor índice de hidrocefalia.
- d) Mejor maduración fetal.
- e) Más facilidad para el parto vaginal.

*correcta: c

. Con relación al tratamiento intraútero de la espina bífida, ¿qué afirmación es CORRECTA? (2019 enero)

- a) Reduce la incidencia de siringomielia.
- b) Aumenta el riesgo de malformaciones asociadas.
- c) Aumenta la morbilidad materna.
- d) Mejora el tratamiento de la hidrocefalia.
- e) Mejora la movilidad en los miembros inferiores.

*correcta: d

. ¿Qué ventajas reporta la corrección quirúrgica prenatal del mielomeningocele? (2018 enero)

- a) Hay menor agenesia del cuerpo calloso.
- b) Mejora el rendimiento escolar.
- c) Menor incidencia de hidrocefalia.
- d) Son correctas las respuestas a y c.
- e) Son correctas las respuestas a y b.

→ espina bífida - mielomeningocele ⇒ Bruner y Tulipan = 1º Cx correctora mielomeningocele [IN]útero → ventajas:

- (-) [NEED] válvula (menos riegos hidrocefalia)
 - mejor desarrollo psicomotor
 - riesgo para la madre
- *correcta: c

. La malformación de Chiari tipo 0 se caracteriza por: (2019 enero)

- Descenso de amígdalas superior a 5 mm.
- Presencia de siringomielia y descenso de amígdalas superior a 10 mm.
- Presencia de descenso de amígdalas y médula anclada.
- Presencia de siringomielia sin descenso amígdalas.
- Presencia de siringomielia con hidrocefalia.

*correcta: d

. La malformación de Chiari tipo 0 consiste en: (2017 enero)

- Descenso de amígdalas cerebelosas.
- Ventriculostomía.
- Descenso de amígdalas y IV ventrículo.
- Presencia de siringomielia cervical sin descenso de amígdalas.
- Descenso del tronco cerebral.

*correcta: d

. Paciente con siringomielia cervical sintomática y malformación de Chiari tipo I. ¿Cuál es el mejor tratamiento? (2021 julio) (2021 enero) (2020 julio) (2020 enero) (2015 junio)

- Descompresión de fosa posterior y válvula ventrículo-peritoneal.
- Ventriculostomía.
- Descompresión de fosa posterior.
- Derivación ventrículo-peritoneal.
- Derivación siringo-subaracnoidea.

→ malformación Chiari tipo I - tto = descompresión fosa posterior

→ [IA]

- Chiari tipo I => amígdalas cerebelosas descienden x agujero magno = actúan como "tapón"/pistón = altera dinámica normal LCR
- bloqueo agujero magno = LCR acumula [IN] ME = cavidad siringomiélica (siringo).
- tratamiento causa => consenso neuroquirúrgico dicta que si tratas causa (bloqueo agujero magno) = siringomielia suele resolverse/estabilizarse x sí sola => descompresión fosa posterior (craniectomía suboccipital + laminectomía de C1 + duroplastia) = tto elección.

*correcta: c

. El tratamiento de la malformación de Chiari tipo I consiste en: (2016 junio)

- Descompresión de fosa posterior.
- Ventriculostomía.
- Descompresión de fosa posterior y válvula de derivación.
- Derivación ventrículo-peritoneal.
- Derivación siringo-subaracnoidea.

*correcta: a

. O tratamiento da malformación de Chiari tipo II consiste en: (2024 junio) (2023 enero) (2022 enero)

- Descompresión de fosa posterior.
- Ventriculostomía.
- Descompresión de fosa posterior e válvula de derivación.
- Derivación siringo-subaracnoidea.

→ malformación Chiari II - tto = derivación LCR (x hidrocefalia) + descompresión occipital

*correcta: c

. El tratamiento de la malformación de Chiari tipo II consiste en: (2017 junio) (2015 junio) (2014 enero)

- Descompresión de fosa posterior.

- b) Ventriculostomía.
- c) Descompresión de fosa posterior y válvula de derivación.
- d) Derivación ventrículo-peritoneal.
- e) Derivación siringo-subaracnoidea.

→ [IA] Si aparece "Derivación ventrículo-peritoneal" sola: Suele ser la respuesta preferida por ser el primer paso terapéutico y el más eficaz para resolver la clínica en la mayoría de neonatos.

*correcta: d

	definición anatómica	tto elección
0	siringomielia + NO descenso evidente amígdalas (obstrucción invisible LCR)	descompresión fosa post
I	descenso amígdalas cerebelosas (> 5mm)	descompresión fosa post
II	descenso amígdala + IV ventrículo + TE / asocia a meningocele	tto hidrocefalia = válvula DVP

. ¿Cuál de las siguientes malformaciones cursa con hidrocefalia?: (2024 enero)

- a) Malformación de Chiari tipo 2.
- b) Estenosis del acueducto de Silvio.
- c) Quiste aracnoideo de línea media.
- d) Todas son ciertas.

*correcta: e

46. NEUROCIRUGÍA FUNCIONAL

. A principal vantagem da estimulação cerebral profunda sobre os procedimentos ablativos é: (2024 junio)

- a) É mais económica.
- b) É reversível.
- c) Pode realizar-se a qualquer idade.
- d) Nenhuma é certa.

→ no lo encuentro en los apuntes pero: ECP implanta electrodos administran impulsos eléctricos cuya estimulación se puede ajustar, desactivar o retirar. Los procedimientos ablativos destruyen permanente el tejido cerebral

→ ablativos [vs] estimulación cerebral profunda

- procedimientos ablativos (talamotomía + HIFU) = lesión permanente + NO ajustable
- DBS = reversibles + ajustables + (+)€

*correcta: b

. La principal ventaja de la estimulación cerebral profunda sobre los procedimientos ablativos es: (2021 enero) (2020 enero) (2017 enero) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Es más económica.
- b) Es reversible.
- c) Puede realizarse a cualquier edad.
- d) No requiere técnicas de estereotaxia.
- e) Ninguna es cierta.

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes patologías puede tratarse con estimulación cerebral profunda? (2024 enero)

- a) Distrofia.
- b) Depresión.
- c) Anorexia.
- d) Todas son ciertas.

→ estimulación cerebral profunda - se emplea en:

- trastornos movimiento = párkinson + distonía + temblores
- trastornos psiquiátricos = trastorno obsesivo compulsivo + trastorno depresión mayor + Sd Gilles-Tourette
- dolor
- otras: adicciones + HTA + obesidad + TCA (bulimia, anorexia)

*correcta: d

. En un paciente con distonía que va a ser sometido a estimulación cerebral profunda, ¿cuál es la diana de elección? (2022 enero)

- a) El núcleo central del tálamo (NCT)
- b) El globo pálido interno (GPI).
- c) El núcleo subtalámico (NST).
- d) Ninguno de los anteriores.

→ estimulación cerebral profunda - Distonía => tto Qx preferencia = estimulación globo pálido interno (GPI)

*correcta: b

. La diana más frecuente en la estimulación cerebral profunda para el temblor esencial es: (2025 enero)

- a) El Núcleo Subtalámico.
- b) El Globo Pálido Interno.
- c) El Núcleo Ventral Intermedio.
- d) El Núcleo Central Anterior.

→ estimulación cerebral profunda -> temblor esencial = tto Qx elección: estimulación talámica (VIN)

*correcta: c

. En un paciente de 75 años con temblor esencial con mala respuesta al tratamiento médico ¿Qué terapia aconsejaría?: (2022 enero)

- a) Estimulación cerebral profunda sobre el subtálamo.
- b) Por edad están contraindicadas terapias que no sean medicamentosas.

c) Terapia con ultrasonidos sobre el núcleo ventral intermedio del tálamo.

d) Crioterapia.

*correcta: c

. El tratamiento con HIFU (ultrasonidos de alta intensidad) está aconsejado en: (2024 enero)

a) Distonía.

b) Enfermedad de Parkinson.

c) Temblor esencial.

d) Epilepsia.

→ HIFU (ultrasonidos alta intensidad) - posibles indicaciones:

- temblor esencial (VIN)

- enfermedad párkinson - síntoma principal temblor

- dolor crónico

- resección tumores (gliomas)

- epilepsia

- trastornos comportamiento

*correcta: c

. En un paciente con epilepsia refractaria en el que la estereoelectroencefalografía ha objetivado varios focos epileptógenos.

¿Cuál sería el tratamiento quirúrgico aconsejable? (2024 enero)

a) Marcapasos vagal.

b) Estimulación cerebral profunda.

c) Hemisferectomía.

d) Resecciones subpiales.

→ cirugía epilepsia

- indicada:

• mala respuesta tto

• intolerancia / efectos adversos

• niños con crisis parciales complejas (indicación absoluta)

- técnicas => estimulación vagal - indicaciones:

• epilepsia refractaria multifocal

• rechazo / fracaso Cx

*correcta: a

. ¿En qué tipo de epilepsia estaría indicado el implante de un estimulador del nervio vago? (2018 enero)

a) Epilepsia catastrófica de la infancia.

b) Epilepsia refractaria multifocal.

c) Esclerosis mesial temporal.

d) Disritmia crónica idiopática.

e) Ausencias.

*correcta: b

Otros años que no tenemos respuesta

. ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO empleamos habitualmente para tratar la espasticidad?: (2021 julio) (2021 enero) (2020 julio) (2020 enero) (2017 junio) (2017 enero) (2015 junio) (2015 enero) (2014 enero)

a) Radicotomías selectivas.

b) Infusión intratecal de baclofeno.

c) Diacepam.

d) Toxina botulínica.

e) Estimulación cerebral profunda.

→

*correcta: e

. La termocoagulación percutánea del trigémino lesiona: (2024 junio) (2022 enero) (2021 julio) (2021 enero) (2020 julio) (2017 junio) (2015 junio) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Fibras nerviosas mielínicas.
- b) Fibras nerviosas poco mielinizadas.
- c) Todas las fibras nerviosas.
- d) Las fibras transmisoras de la sensibilidad.
- e) Fibras nerviosas tipo beta y delta.

→ [IA] El dolor de la neuralgia del trigémino se transmite principalmente por dos tipos de fibras:

- Fibras A-delta: Poco mielinizadas (conducción rápida del dolor agudo).
- Fibras C: Amielínicas (conducción lenta del dolor crónico/quemante).

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes técnicas de tratamiento quirúrgico de la neuralgia del trigémino no se ... anestesia general? (2018 enero)

- a. Radiocirugía estereotáctica
- b. Termocoagulación percutánea (técnica de Sweet)
- c. Microdescompresión vascular (técnica de Janetta)
- d. Microcompresión ganglionar (técnica de Mullan)
- e. Microavulsión radicular

→

*correcta: b

. De los siguientes cuadros dolorosos, ¿cuándo estaría indicado realizar una lesión sobre la DREZ cervical? (2017 enero)

- a) En la neuralgia del trigémino.
- b) Dolor por avulsión del plexo braquial.
- c) En los casos de miembro fantasma.
- d) En el dolor facial atípico.
- e) En los tumores de cabeza y cuello.

→

*correcta: b

. ¿Cuándo está indicada realizar una termocoagulación en la DREZ a nivel cervical?: (2016 enero)

- a) En lairingomielia.
- b) En el dolor por avulsión del plexo.
- c) En las lesiones del plexo dorsal.
- d) Cuando hay pérdida de sensibilidad.
- e) En los traumatismos medulares cervicales.

→

*correcta: b

1.

. La

*. En un paciente de 45 años con una neuralgia idiopática de la 2ª rama del trigémino derecho, refractaria a fármacos, ¿Qué tratamiento aconsejaría? (2024 enero)

- a) Estereotáctica trigeminal.
- b) Microcompresión.
- c) Descompresión microvascular trigeminal.
- d) Rizólisis con glicerol.

→

*correcta: c

. En un paciente con epilepsia refractaria en el que la estereoelectroencefalografía ha objetivado varios focos epileptógenos, ¿Cuál sería el tratamiento quirúrgico aconsejable? (2024 enero)

- a) Marcapasos vagal.
- b) Estimulación cerebral profunda
- c) Hemisferectomía.
- d) Resecciones subpiales.

→

*correcta: a

Colocar en HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

. ¿Cuál es la causa más frecuente de agravamiento clínico en un paciente con hemorragia subaracnoidea (HSA)? (2018 enero)

- a. Vasoespasmo
- b. Epilepsia
- c. Síndrome de Terson
- d. Hidrocefalia
- e. Infarto cerebral

→

*correcta: a

. La complicación más común en una hemorragia subaracnoidea entre los días 3-14 del sangrado es: (2017 enero) (2015 enero) (2014 enero)

- a) Epilepsia.
- b) Edema agudo de pulmón neurogénico.

- c) Vasoespasmo.
- d) Hidrocefalia comunicante.
- e) Síndrome de Terson.

→

*correcta: