

Dermatología

DESGLOSES MIR

DM

T01 Generalidades

P041 MIR 2017-2018

¿Cuál de estos fármacos está contraindicado en embarazadas por el riesgo de malformaciones congénitas?

1) Gentamicina.
2) Dexametasona.
3) Isotretinoína.
4) Alfa-metildopa.

Respuesta correcta: 3

P225 MIR 2011-2012

¿Qué tipo de fibras vegetativas son las que inervan las glándulas sudoríparas y los músculos piloerectores?

1) Fibras simpáticas adrenérgicas.
2) Fibras simpáticas colinérgicas.
3) Fibras parasimpáticas adrenérgicas.
4) Fibras parasimpáticas colinérgicas.
5) Las glándulas sudoríparas no poseen inervación, siendo controladas únicamente por factores humorales.

Respuesta correcta: 2

P016 MIR 2009-2010

Pregunta vinculada a la imagen n.° 8.

Una paciente joven consulta por la reciente aparición en las piernas de las lesiones que pueden observarse en la Imagen 8. Por las características de las mismas, una de las siguientes opciones diagnósticas es muy IMPROBABLE:

1) Paniculitis de Weber-Christian.
2) Vasculitis leucocitoclástica.
3) Eritema indurado o enfermedad de Bazin.
4) Eritema nudoso.
5) Linfangitis nodular.

Respuesta correcta: 2

P021 MIR 2009-2010

Pregunta vinculada a la imagen n.° 11.

Una niña de 12 años viene a consulta con las lesiones que presenta la Imagen 11, afectando a ambos huecos poplíteos. ¿Qué tipo de lesiones se ajustan mejor a las que presenta la niña?

1) Lesiones esclerosas.
2) Lesiones liquenificadas.
3) Lesiones atróficas.
4) Lesiones habonosas.
5) Lesiones costrosas residuales.

Respuesta correcta: 2

T02 Infecciones víricas

P011 MIR 2018-2019

Pregunta vinculada a la imagen nº 11.

Con respecto a las lesiones dermatológicas de la imagen vinculada, señale la afirmación CORRECTA:

1) Es una dermatosis producida por herpes virus.
2) El tratamiento de elección es imiquimod.
3) Se considera una zoonosis de frecuente transmisión al ser humano.
4) Se incluye dentro de las enfermedades de transmisión sexual.

Respuesta correcta: 4

P012 MIR 2018-2019

Pregunta vinculada a la imagen nº 12.

Hombre de 35 años diagnosticado de enfermedad de Hodgkin estadio IIB en tratamiento con quimioterapia protocolo ABVD. A los 7 días tras el cuarto ciclo de tratamiento presenta la lesión cutánea de la imagen vinculada. Entre los antecedentes epidemiológicos se recoge que convive con un gato y que su hijo de 5 años ha presentado un cuadro mononucleósico reciente. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable?

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

1) Infección diseminada por CMV.
2) Herpes zoster.
3) Síndrome de Sweet.
4) Toxicidad cutánea por bleomicina.

Respuesta correcta: 2

P110 MIR 2016-2017

¿A qué familia pertenece el agente causal del molusco contagioso?

1) *Arboviridae.*
2) Virus del papiloma humano.
3) *Poxvirus.*
4) *Coxsackie.*

Respuesta correcta: 3

P113 MIR 2010-2011

Mujer de 71 años con antecedentes de artritis reumatoide, en tratamiento con sulfasalazina 1 g/8 h, prednisona 15 mg/d y etanercept 25 mg veces/semana. Acude a Urgencias por clínica de 72 h compatible con herpes zóster facial afectando a hemofacies derecha, incluyendo pabellón auricular, respetando frente y quemosis conjuntival. ¿Cuál sería el tratamiento adecuado?

1) Tratamiento sintomático del dolor únicamente.
2) Tratamiento tópico con aciclovir.
3) Tratamiento ambulatorio con aciclovir, valaciclovir o famciclovir oral.
4) Ingreso hospitalario y tratamiento con aciclovir o famciclovir.
5) Inmuglobulina parenteral y vacunación.

Respuesta correcta: 4

T03 Infecciones micóticas

P157 MIR 2010-2011

Niño de 6 años que viene a la consulta acompañado del monitor de un centro de acogida de nuestro barrio por tumoración dolorosa a la palpación de 3 cm de diámetro en zona occipital derecha del cuero cabelludo. Padece alopecia en dicha zona y 3 adenomegalias de consistencia bastante dura en región cervical posterior derecha. ¿Qué tratamiento sería el más adecuado?

1) Incisión y drenaje.
2) Mucipirona tópica.
3) Griseofulvina por vía oral.
4) Cefazolina intravenosa.
5) Ketoconazol tópico.

Respuesta correcta: 3

T04 Infecciones bacterianas

P157 MIR 2015-2016

Ante un paciente de 8 años de edad que acude por presentar desde hace 3 días lesiones pustulosas superficiales, erosiones y costras amarillentas alrededor de la boca, pensaremos en:

1) Eritema exudativo multiforme.
2) Impétigo contagioso.
3) Acné infantil.
4) Psoriasis pustuloso.

Respuesta correcta: 2

T06 Enfermedades eritematodescamativas

P026 MIR 2017-2018

Pregunta vinculada a la imagen n.º 26.

Hombre de 26 años que presenta desde hace 7 años brotes de placas eritemato-escamosas en el cuero cabelludo, codos, región sacra, periumbilical y rodillas. Ha seguido diferentes tratamientos (acitretino, metotrexate, ciclosporina, fototerapia) que han sido tan solo parcialmente eficaces o le han causado efectos adversos. ¿Cuál de los siguientes fármacos tiene indicación aprobada para nuestro paciente?

1) Abatacept.
2) Ustekinumab.
3) Leflunomida.
4) Tocilizumab.

Respuesta correcta: 2

P212 MIR 2015-2016

El virus de la hepatitis C se ha descrito como uno de los factores implicados en la etiopatogenia de los siguientes procesos, EXCEPTO en uno:

1) Crioglobulinemia mixta.
2) Porfiria cutánea tarda.
3) Liquen plano.
4) Psoriasis pustulosa generalizada de von Zumbuch.

Respuesta correcta: 4

P214 MIR 2015-2016

Un paciente acude a urgencias por presentar una eritrodermia con fiebre y malestar general. En la exploración, se aprecia en las uñas la presencia de piqueteado ungueal y unas zonas amarillentas distales en mancha de aceite. ¿Cuál es la enfermedad primaria que ha originado el cuadro?

1) Linfoma cutáneo.
2) Dermatitis atópica.
3) Psoriasis.
4) Ictiosis.

Respuesta correcta: 3

P170 MIR 2011-2012

Paciente que presenta desde hace 2 semanas una erupción pruriginosa constituida por múltiples pápulas eritemato-violáceas poligonales, de superficie aplanada, localizadas preferentemente en cara anterior de muñecas, zona pretibial y área lumbar. Además presenta lesiones reticuladas blanquecinas en mucosa yugal, ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1) Pitiriasis versicolor.
2) Micosis fungoides.
3) Psoriasis en gotas.
4) Pitiriasis rosada de Gibert.
5) Liquen plano.

Respuesta correcta: 5

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

T07 Eccemas

P030 MIR 2016-2017

Pregunta vinculada a la imagen n.º 30.

Un niño de 5 años presenta brotes recurrentes de eccemas muy pruriginosos desde hace meses. Su pediatra lo deriva al dermatólogo. ¿Cuál de las siguientes exploraciones complementarias debería realizar para establecer el diagnóstico?

1) Biopsia cutánea.
2) Analítica sanguínea con determinación de IgE.
3) Intradermorreacción con suero autólogo.
4) Ninguna, es suficiente con la anamnesis y exploración clínica.

Respuesta correcta: 4

P022 MIR 2009-2010

Pregunta vinculada a la imagen n.º 11.

El antecedente que nos puede dar más información en el caso de la Imagen 11 sería:

1) La existencia de más casos entre los que viven en la misma casa.
2) Haber padecido lesiones en cara y dorso de brazos cuando era más pequeña.
3) Haber padecido un cuadro gripal con 15 días de antelación.
4) Haber vivido fuera de España.
5) Tener piel de fototipo I.

Respuesta correcta: 2

T08 Urticaria y angioedema

P054 MIR 2018-2019

Hombre de 24 años que acude a Urgencias por disnea y disfagia. En la exploración se objetiva edema de glotis, PA de 119/72 mmHg, frecuencia cardiaca de 102 lpm, saturación de O_2 91%. En la anamnesis refiere haber comenzado hace unos dos años con episodios autolimitados de angioedema no pruriginoso en extremidades. Su padre presenta episodios similares. Tras asegurar la vía aérea, el tratamiento MÁS apropiado para este paciente en Urgencias es:

1) Corticoides intravenosos.
2) Adrenalina 1/1.000 subcutánea.
3) Icatibant o concentrado de C1 inhibidor intravenoso.
4) Omalizumab.

Respuesta correcta: 3

P137 MIR 2010-2011

Una paciente de 14 años de edad, en buen estado general, presenta desde hace 4 días una erupción cutánea generalizada muy pruriginosa, formada por placas eritemato-edematosas de entre 2 y 15 centímetros de diámetro sin descamación, con tendencia a adquirir una morfología anular que individualmente desaparecen en menos de 24 horas. Las mucosas están respetadas.

Su primera impresión diagnóstica sería:

1) Urticaria.
2) Rubéola.
3) Toxicodermia.
4) *Shock* tóxico estafilocócico.
5) Escabiosis.

Respuesta correcta: 1

T09 Toxicodermias

P074 MIR 2018-2019

Paula, de 27 años, acude a Urgencias por un cuadro de enrojecimiento generalizado, fiebre y malestar general de 24 horas de evolución. En la guardería en la que trabaja ha tenido 4 niños con un cuadro viral asociado a exantema malar marcado. No es alérgica a ningún fármaco y está tomando minociclina 100 mg al día desde hace un mes por acné, así como ibuprofeno los dos últimos días por dolor menstrual. En la exploración física presenta un exantema generalizado, edema facial, adenopatías axilares y cervicales bilaterales. En la analítica destacan leucocitosis con eosinofilia, leve linfocitosis y un discreto aumento de transaminasas. ¿Cuál es la causa MÁS probable?

1) Toxina del *Stafilococcus aureus.*
2) *Coxsackie* B 4.
3) Minociclina.
4) Virus difícil de filiar, posiblemente el mismo que el cuadro de la guardería.

Respuesta correcta: 3

P067 MIR 2016-2017

En relación a las formas clínicas del eritema multiforme, todas las afirmaciones siguientes son correctas EXCEPTO:

1) Las formas *minor* se asocian a la infección por virus del Herpes simple y se caracterizan por las denominadas lesiones en diana.
2) Las formas *major,* o síndrome de Stevens-Johnson, se caracterizan por la ausencia de afectación de las mucosas.
3) La afectación de las mucosas en las formas *minor* se observa en alrededor del 25% de los casos y se limita a la mucosa oral.
4) La necrolisis epidérmica tóxica, cuadro caracterizado por el despegamiento de amplias áreas de la piel, representa la forma más grave eritema multiforme *major* y se relaciona con la ingesta de fármacos.

Respuesta correcta: 2

P030 MIR 2015-2016

Pregunta vinculada a la imagen n.º 30.

Una niña de 7 años ingresa en el hospital por presentar un cuadro de 72 horas de evolución de fiebre de hasta 38,5 ºC, malestar general y dificultad para la deglución. A la exploración presenta una erupción cutánea generalizada cuyas características se pueden apreciar en la imagen. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1) Síndrome de la piel escaldada.
2) Síndrome de Stevens-Johnson.
3) Enfermedad mano-pie-boca atípica.
4) Penfigoide ampolloso.

Respuesta correcta: 2

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

T13 Fotosensibilidad. Trastornos inducidos por la luz

P016 MIR 2018-2019

Pregunta vinculada a la imagen n.º 16.

Pintor de 30 años que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal acompañado de parestesias en extremidades. En la exploración física está agitado, con presión arterial de 185/100 mmHg y frecuencia cardiaca de 120 lpm. Se recoge una muestra de orina (tubo A) y se añade un par de gotas de orina del paciente a una solución de p-dimetilamino benzaldehído en HCl (reactivo de Ehrlich) apreciándose un cambio de coloración (tubo B). Ante la sospecha clínica y en espera de la confirmación diagnóstica, ¿cuál es la actitud terapéutica MÁS correcta?

1) Administrar soluciones glucosadas y hem arginato i.v.
2) Administrar edetato cálcico disódico i.v.
3) Iniciar tratamiento con fenoxibenzamida seguido de labetalol.
4) Iniciar terapia de sustitución enzimática con agalsidasa-alfa.

Respuesta correcta: 1

P092 MIR 2014-2015

De los siguientes enunciados, uno NO es un desencadenante de las crisis abdominopsiconeurológicas en la porfiria aguda. Indique cuál:

1) La fase lútea del ciclo menstrual.
2) Los fármacos inductores enzimáticos hepáticos.
3) Las infecciones.
4) Una dieta restrictiva en proteínas.
5) Los inhibidores de la proteasa empleados en la infección por el VIH.

Respuesta correcta: 4

P171 MIR 2011-2012

Enfermo de 60 años que refiere hace 10 días la aparición de lesiones ampollosas en dorso de manos, después de la exposición solar. El cuadro se acompaña de fragilidad cutánea. Histopatológicamente, existe una ampolla subepidérmica con depósitos PAS positivos en y alrededor de los vasos dérmicos superficiales. El diagnóstico más verosímil será:

1) Pénfigo benigno familiar.
2) Penfigoide.
3) Porfiria cutánea tarda.
4) Pénfigo vulgar.
5) Síndrome de la piel escaldada.

Respuesta correcta: 3

P131 MIR 2010-2011

Hombre de 62 años con antecedentes de hábito enólico importante, portador de virus de hepatitis C, sigue tratamiento con ibuprofeno por una tendinitis en hombro derecho, acude a su dermatólogo porque después de pasar 2 semanas de vacaciones en la playa, observa la aparición de ampollas tensas en dorso de manos. A la exploración, además de localización y ligera hipertricosis malar. El diagnóstico más probable es:

1) Epidermolisis ampollosa adquirida.
2) Porfiria cutánea tarda.
3) Reacción fototóxica.
4) Dermatitis de contacto.
5) Porfiria aguda intermitente.

Respuesta correcta: 2

T14 Enfermedades ampollosas autoinmunitarias

P010 MIR 2016-2017

Pregunta vinculada a la imagen n.º 10.

Mujer de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia y artrosis cervical en tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida y simvastatina desde hace años y esporádico con paracetamol. Consulta por lesiones cutáneas pruriginosas en tronco y extremidades de 2 semanas de evolución para las que no ha realizado tratamiento médico (Imagen). La paciente se encuentra hemodinámicamente estable y afebril cuando acude al servicio de urgencias. Señale la opción correcta:

1) En la biopsia cutánea realizada de una lesión de reciente aparición esperaría encontrar espongiosis epidérmica, vesículas espongióticas y un infiltrado eosinofílico.
2) Las lesiones son compatibles con una pustulosis exantemática aguda generalizada por lo que iniciaría tratamiento con amoxicilina/clavulánico por vía oral.
3) Con la sospecha de una enfermedad ampollosa autoinmune se realiza una biopsia de las lesiones para inmunofluorescencia directa. Se cursa ingreso hospitalario y se inicia tratamiento con prednisona a dosis de 1mg/kg/día.
4) Con la sospecha de eccema diseminado se realiza biopsia de lesiones para hematoxilina-eosina y se inicia tratamiento con prednisona a dosis de 1mg/kg/día.

Respuesta correcta: 3

P145 MIR 2014-2015

¿Cuál de las siguientes enfermedades cutáneas está asociada con la enfermedad celíaca?

1) Dermatitis atópica.
2) Dermatitis herpetiforme.
3) *Moluscum* contagioso.
4) Granuloma anular.
5) Rosácea.

Respuesta correcta: 2

P218 MIR 2013-2014

Ante un paciente con sospecha de penfigoide ampolloso, ¿cuál de las siguientes pruebas deberíamos realizar para confirmar el diagnóstico?

1) Dermatoscopia.
2) Cultivo del contenido de una ampolla.
3) Biopsia de la piel para cultivo.
4) Biopsia de la piel para estudio histológico e inmunofluorescencia directa.
5) Analítica con determinación de anticuerpos antinucleares y anti-DNA.

Respuesta correcta: 4

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

T15 Paniculitis

P192 MIR 2016-2017

Hombre de 38 años que consulta por la aparición de nódulos enrojecidos y dolorosos en ambos miembros inferiores a nivel pretibial de 2 semanas de evolución. Además el paciente refiere que desde hace unos meses y de forma recurrente tiene aftas orales y úlceras a nivel genital. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1) Sarcoidosis.
2) Dermatomiositis.
3) Síndrome de Behçet.
4) Lupus eritematoso sistémico.

Respuesta correcta: **3**

T16 Manifestaciones cutáneas de las enfermedades endocrinas y metabólicas

P073 MIR 2018-2019

Hombre de 37 años que acude a la consulta por presentar unas lesiones papulosas de disposición arciforme, asintomáticas, en el dorso de la mano. El dermatólogo no le da ninguna importancia, aunque para confirmar el diagnóstico le realiza una biopsia cutánea donde, aparte de otros signos, se aprecia necrobiosis del colágeno. El diagnóstico MÁS probable es:

1) Liquen plano.
2) Xantoma tuberoso.
3) Sarcoidosis cutánea.
4) Granuloma anular.

Respuesta correcta: **4**

T17 Manifestaciones cutáneas de las enfermedades digestivas

P003 MIR 2013-2014

Pregunta vinculada a la imagen n.º 2.

Mujer de 67 años con antecedentes de HTA mal controlada, en tratamiento con insulina por diabetes mellitus y controlada por un servicio de hematología para estudio de síndrome mielodisplásico. Hace 3 semanas inicia una lesión pustulosa de bordes necróticos que ha crecido hasta condicionar una gran úlcera con el aspecto que muestra la imagen adjunta. Dolor intenso. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el indicado para este caso?

1) Infiltración cutánea específica de su proceso-mieloproliferativo.
2) Necrobiois lipoídica.
3) Úlcera por microangiopatía diabética.
4) Pioderma gangrenoso.
5) Úlcera hipertensiva.

Respuesta correcta: **4**

P004 MIR 2013-2014

Pregunta vinculada a la imagen n.º 2.

El mismo tipo de patología puede darse en otros contextos. Señale en cuál de ellos es más probable:

1) Hipotiroidismo.
2) Hipertiroidismo.
3) Colitis ulcerosa.
4) Esclerodermia.
5) Glucagonoma.

Respuesta correcta: **3**

T19 Facomatosis

P160 MIR 2017-2018

Un lactante de 6 meses de edad presenta episodios de espasmos en flexión, en rachas, más frecuentemente cuando tiene somnolencia. Los padres le encuentran apagado y triste y con impresión de escasos avances en el desarrollo. En la exploración física se encuentran 7 manchas hipopigmentadas en tronco y en las extremidades. Entre los estudios complementarios realizados destaca el hallazgo en la ecocardiografía de una tumoración cardíaca aparentemente asintomática. ¿Cuál de las siguientes patologías es más probable en este niño?

1) Síndrome de Sturge-Weber.
2) Neurofibromatosis tipo 1.
3) Neurofibromatosis tipo 2.
4) Esclerosis tuberosa.

Respuesta correcta: **4**

P221 MIR 2011-2012

Una niña de 8 años (caso índice) está diagnosticada clínicamente como afecta de neurofibromatosis tipo 1 (NF1) o enfermedad de Von Recldinghausen con múltiples neurofliBromas, manchas café con leche y nódulos de Lisch. Su padre (no diagnosticado de NF1) falleció por accidente de circulación a los 38 años. La madre presenta a la exploración dos manchas café con leche y acude a la consulta de consejo genético con su nueva pareja donde se plantea un diagnóstico genético preimplantación (DGP). ¿Está indicado en este caso un DGP?

1) Sí. Al tener la madre 2 manchas café con leche es portadora y el DGP está indicado con estos datos.
2) Está indicado tras detectar la mutación causante en el caso índice y eventualmente en su madre.
3) No está indicado pues la NF1 responde a mutaciones en el gen neurofibromín (17q11.2) con herencia recesiva.
4) No, dos manchas café con leche no son diagnósticas y su nueva pareja es muy improbable que sea portador (la NF1 es una enfermedad poco frecuente).

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

5) Está indicado con estos datos un DGP consistente en seleccionar embriones in vitro, para implantar en el útero materno aquellos sin la mutación.

Respuesta correcta: 2

T20 Tumores cutáneos benignos y lesiones cutáneas precancerosas

P019 MIR 2012-2013

Pregunta vinculada a la imagen n.° 10.

Hombre de 42 años de edad, fumador de unos 20 cigarrillos/día, camionero de profesión, bebedor de 1 litro de vino al día. Padre y madre muertos de accidentes cerebrovasculares. Entre sus antecedentes destaca herpes zóster oftálmico hace un año y hernia de hiato diagnosticada hace dos años en tratamiento con omeprazol. Acude remitido a la consulta por su odontólogo, que está tratándolo por múltiples caries, por observar en mucosa yugal derecha, placa blanquecina, de unos 3 centímetros de diámetro, de contornos irregulares, geográficos, superficie lisa, no infiltrada al tacto, situada justo detras de la comisura bucal (Imagen n.° 10). No se observaban otras alteraciones en el resto de las mucosas, ni en resto del tegumento cutáneo. La lesión no le provocaba ningún síntoma y no sabía precisar el tiempo de evolución al no habérsela visto personalmente. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de este caso?

1) Candidiasis.
2) Leucoplasia.
3) Liquen plano.
4) Lupus eritematoso.
5) Chancro sifilítico.

Respuesta correcta: 2

P020 MIR 2012-2013

Pregunta vinculada a la imagen n.° 10.

¿Cómo confirmaría el diagnóstico?

1) Dermatoscopia digital.
2) Serología de virus hepatotropos.
3) Serología de lúes.
4) Anticuerpos antinucleares.
5) Examen histológico.

Respuesta correcta: 5

P133 MIR 2009-2010

Paciente de 78 años con antecedentes de tabaquismo importante, hipercolesterolemia y cardiopatía isquémica diagnosticada a los 65 años, que consulta por presentar desde hace 3 años la aparición progresiva de múltiples lesiones asintomáticas, localizadas en espalda y abdomen, de color marrón-negruzco, de tamaños variables entre 0,52 cm de diámetro, bien limitadas, de superficie rugosa, sensación "untuosa" al tacto y en cuya superficie se observa la presencia de tapones córneos. El diagnóstico más probable es:

1) Melanoma maligno con satelitosis cutánea.
2) Síndrome del nevus basocelular.
3) Hiperpigmentación medicamentosa.
4) Nevus atípicos múltiples.
5) Queratosis seborreicas.

Respuesta correcta: 5

T21 Cáncer cutáneo no melanoma. Lesiones melanocíticas benignas

P027 MIR 2017-2018

Pregunta vinculada a la imagen n.º 27.

Hombre de 54 años diagnosticado de melanoma diseminado en tratamiento con vemurafenib. Seis semanas después de iniciar el tratamiento refiere la aparición de una lesión cutánea de rápido crecimiento (ver imagen). ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1) Botón de Oriente.
2) Metástasis en tránsito de melanoma.
3) Queratoacantoma.
4) Carcinoma basocelular.

Respuesta correcta: 3

P181 MIR 2017-2018

Acude a su consulta una mujer diabética con una úlcera maleolar de aproximadamente 10 años de evolución. Ha requerido curas tópicas continuas pero la herida nunca ha terminado de cerrarse por segunda intención. Usted observa que uno de los bordes de la úlcera comienza a mamelonarse. ¿Cuál debe ser su actitud inmediata?

1) Ingreso hospitalario y tratamiento antibiótico por vía intravenosa.
2) Biopsia de la zona mamelonada.
3) Realizar curas con pomadas enzimáticas desbridantes.
4) Cobertura de la úlcera con injerto de piel.

Respuesta correcta: 2

P031 MIR 2014-2015

Pregunta vinculada a la imagen n.º 16.

Paciente de 84 años que presenta una lesión tumoral ulcerada que se muestra en el cuero cabelludo de más de 20 años de evolución. No adenopatías locorregionales palpables. Evidentemente la lesión deberá ser biopsiada para confirmación diagnóstica pero, a priori, ¿cuál de los siguientes diagnósticos le parece más probable?

1) Tumor de células de Merkel.
2) Carcinoma basocelular.
3) Carcinoma escamoso.
4) Melanoma maligno amelanótico.
5) Linfoma cutáneo de células B.

Respuesta correcta: 2

P032 MIR 2014-2015

Pregunta vinculada a la imagen n.º 16.

En caso de tratar a la paciente quirúrgicamente con márgenes de resección adecuados, ¿qué pronóstico considera más probable?

1) Curación muy probable, con moderada posibilidad de recidiva local y muy remota posibilidad de metástasis a distancia.
2) Recidiva local con una probabilidad aproximada del 50%.

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

3) Probabilidad de metástasis ganglionares superior al 50%.
4) Probabilidad de metástasis a distancia superior al 30%.
5) En este caso no debe plantearse el tratamiento quirúrgico como única opción terapéutica.

Respuesta correcta: 1

T22 Melanoma maligno

P197 MIR 2017-2018

Señale la variable de la que dependerá, fundamentalmente, la decisión sobre los márgenes quirúrgicos en el tratamiento de un caso de melanoma cutáneo:

1) Diámetro mayor de la lesión, en milímetros.
2) Máximo espesor de la lesión, en milímetros (índice de Breslow).
3) Presencia de ulceración en la lesión.
4) Mitosis por milímetro cuadrado (índice mitótico).

Respuesta correcta: 2

P068 MIR 2016-2017

Un hombre de 43 años consulta por presentar un nevus congénito en brazo que en el último mes ha cambiado de forma y color. Se realiza extirpación quirúrgica de la lesión y el diagnóstico anatomopatológico es el siguiente: melanoma de extensión superficial no ulcerado de 1,3 mm de invasión vertical, 1 mitosis/$mm^{2,}$ que dista 2 mm del margen de resección más próximo. En la exploración física no se palpan adenopatías regionales. ¿Cuál es la actitud a seguir a continuación?

1) Realizar una PET/TC para investigar si existen metástasis viscerales.
2) Realizar ampliación de márgenes quirúrgicos a 1 cm y biopsia selectiva de ganglio centinela.
3) Realizar ampliación de márgenes quirúrgicos a 1 cm y linfadenectomía axilar.
4) Sólo es necesario realizar ampliación de márgenes quirúrgicos a 2 cm y después seguimiento periódico.

Respuesta correcta: 2

P212 MIR 2013-2014

¿Cuál es el factor pronóstico más importante en el melanoma estadio 1?

1) Nivel sérico de LDH.
2) Espesor tumoral medido en el índice de Breslow.
3) La presencia de ulceración clínica o histológica.
4) Número de metástasis.
5) El índice mitótico.

Respuesta correcta: 2

P017 MIR 2012-2013

Pregunta vinculada a la imagen n. ° 9.

¿Cuál de las lesiones cutáneas que aparecen en la Imagen n.° 9 debe ser extirpada de forma inmediata?

1) Lesión 1.
2) Lesión 2.
3) Lesión 3.
4) Lesión 4.
5) Lesión 5.

Respuesta correcta: 1

P018 MIR 2012-2013

Pregunta vinculada a la imagen n. ° 9.

El informe histológico de la lesión extirpada es una proliferación compuesta por nidos irregulares de células melanocíticas atípicas. ¿Cuál es el factor pronóstico más importante en este tumor?

1) La edad del paciente.
2) Los antecedentes familiares.
3) La localización anatómica del tumor.
4) El espesor tumoral (índice de Breslow).
5) El tipo histológico de melanoma.

Respuesta correcta: 4

P219 MIR 2011-2012

¿En qué gen es más frecuente una mutación en relación con melanoma maligno?

1) BRAF.
2) RET.
3) EGFR.
4) HERl/neu.
5) TP53.

Respuesta correcta: 1

T24 Otros tumores cutáneos

P020 MIR 2017-2018

Pregunta vinculada a la imagen n.º 20.

Niño de 3 años cuyos padres refieren que presenta lesión en cara interna de antebrazo derecho, detectada a los tres meses del nacimiento que en ocasiones se enrojece y le produce picor. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y qué actitud llevaría a cabo?

1) Mastocitoma, observación ya que probablemente involucione.
2) Nevus sebáceo, extirpación.
3) Angiofibroma, exploración de superficie corporal completa y estudio genético.
4) Nevus melanocítico congénito, seguimiento y control fotográfico.

Respuesta correcta: 1

T25 Dermatosis paraneoplásicas

P198 MIR 2017-2018

Un hombre de 74 años acude a su consulta por presentar síndrome constitucional con pérdida de 5 kilos de peso en el último mes, junto a astenia. Refiere que en las tres últimas semanas, además, ha observado la aparición de lesiones rojizas en piernas que en ocasiones drenan un material oleoso, asociándose también dolor abdominal y costal, así como dolor y rubor en tobillos y rodillas. Usted decide realizar una biopsia y observa que en el tejido celular subcutáneo aparecen "células fantasma". Las manifestaciones clínicas del paciente y este hallazgo de la biopsia cutánea le llevará a realizar una de las siguientes pruebas para hacer el diagnóstico definitivo:

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

1) Endoscopia digestiva: adenocarcinoma gástrico.
2) TC abdominal: cáncer de páncreas.
3) TC torácico: sarcoidosis ganglionar (síndrome de Löfgren).
4) Cultivo de los nódulos cutáneos: tuberculosis cutánea (lupus vulgar).

Respuesta correcta: 2

P027 MIR 2014-2015

Pregunta vinculada a la imagen n.º 14.

Un hombre de 68 años consulta por una pérdida del estado general en forma de astenia y anorexia y pérdida de 12 kg en los últimos tres meses. La exploración física únicamente muestra un paciente delgado y la lesión en la planta de los pies que puede observarse en la figura. ¿Cuál le parece el diagnóstico más probable y/o actitud más adecuada?

1) Buscaría factores de inmunodepresión, pues la lesión parece corresponder a una sarna noruega.
2) La lesión cutánea parece una callosidad en una zona de apoyo fisiológico, por lo que, de momento, no la consideraría relacionada con la pérdida del estado general.
3) La lesión sugiere una forma palmo-plantar de psoriasis.
4) Parece una forma de queratosis seborreica difusa asociada a la edad.
5) Sugiere una queratodermia plantar paraneoplásica.

Respuesta correcta: 5

P028 MIR 2014-2015

Pregunta vinculada a la imagen n.º 14.

Supongamos que el paciente no refiere ningún antecedente familiar de interés, nunca ha tomado drogas ilícitas ni recibe tratamiento médico habitual. Una analítica realizada en una mutua privada muestra una anemia microcítica e hipocroma, una función tiroidea normal, una serología para el VIH negativa y una determinación de arsénico también negativa. La radiografía de tórax es normal. Para proseguir el estudio se podrían realizar numerosas pruebas. ¿Cuál cree Ud. que nos podría ayudar más en este momento?

1) Un aspirado de médula ósea.
2) Un estudio inmunológico completo con ANA, ANCA y complemento.
3) No haría más pruebas inmediatamente y seguiría la evolución clínica durante un mes.
4) Una fibrogastroscopia.
5) Una biopsia de la lesión plantar.

Respuesta correcta: 4

P146 MIR 2014-2015

¿Cuál de los siguientes contextos clínicos debe hacernos sospechar un proceso paraneoplásico y, por tanto, nos obliga a realizar un despistaje de neoplasia maligna?

1) Niño de 13 años con púrpura palpable en miembros inferiores y nalgas, artralgias y dolor abdominal.
2) Hombre de 36 años con máculo-pápulas con ampolla central "en diana" en dorso manos, palmas y antebrazos con erosiones y ulceraciones en mucosa oral.
3) Mujer de 44 años con eritema en ambas regiones malares y dorso nasal, fotosensibilidad y eritema palmar en yemas de dedos de las manos.
4) Hombre de 27 años con máculas despigmentadas bien delimitadas de forma simétrica en región peribucal, periorbitaria y en la parte distal de dedos de manos y pies junto con alopecia en placa en región occipital con tallos pilosos cortos y rotos sin descamación ni eritema.
5) Mujer de 68 años con debilidad muscular progresiva en raíz de miembros, edema y exantema periorbitario violáceo y pápulas queratósicas en cara dorsal de las articulaciones interfalángicas.

Respuesta correcta: 5

P135 MIR 2009-2010

Mujer de 50 años diagnosticada hace 6 meses de síndrome mieloproliferativo, que presenta desde hace una semana, una erupción en forma de placas eritematosas, de aspecto infiltrativo edematoso en cara y zona de escote, que se acompañan de fiebre de 39,5 °C. Se le practica un hemograma que muestra leucocitosis con neutrofilia. El diagnóstico de sospecha es:

1) Erisipela.
2) Candidiasis.
3) Síndrome de Sweet.
4) Eritema multiforme.
5) Toxicodermia post-quimioterapia.

Respuesta correcta: 3

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

T01 Generalidades

P041 MIR 2017-2018

Pregunta básica y más que repetida en el *Manual de Dermatología* (en la el que aparece hasta en dos ocasiones). La isotretinoína como retinoide- que es, está contraindicado en mujeres embarzadas por el riesgo de malformaciones congénitas.

Recuerda que incluso en el caso de las mujeres en edad fértil con acné (su principal indicación) el tratamiento se suele realizar tras la firma de un consentimiento por parte de la paciente en el que se le explican y asume los riesgos o incluso de forma concomitante con anticonceptivos.

P225 MIR 2011-2012

Una pregunta un tanto imprecisa, porque no especifica el tipo de glándulas sudoríparas a las que se refiere, apocrinas o ecrinas. Probablemente, el autor de esta pregunta no considera las apocrinas como verdaderas glándulas sudoríparas, en la misma línea de pensamiento que C. Guyton. No obstante, cuando nos preguntan "glándulas sudoríparas y músculos piloerectores", podemos suponer que se refieren a las ecrinas, que son las que comparten inervación con estos músculos.

La inervación de las glándulas ecrinas y los músculos piloerectores es simpática. La mayoría de las neuronas simpáticas postganglionares del organismo son adrenérgicas. Sin embargo, existen algunas excepciones, como las glándulas sudoríparas ecrinas, los músculos piloerectores y unos pocos vasos sanguíneos donde son colinérgicas (respuesta correcta 2).

P016 MIR 2009-2010

La imagen que nos presentan resulta muy típica y, a primera vista, el diagnóstico más probable es el de eritema nodoso. Como puedes ver, se trata de lesiones nodulares, eritematosas, en la cara anterior de las piernas de una paciente joven.

Lo primero que tienes que hacer es comprender muy bien lo que se nos pregunta. Nos piden el diagnóstico más improbable. Desde luego, el más probable ya sabemos cuál es… Ahora tenemos que marcar el que menos se le parece. Tienes que considerar que, en esta imagen, sea o no un eritema nodoso, lo que tenemos claro es que se trata de nódulos. El nódulo, como lesión básica, debes relacionarlo siempre con las paniculitis.

P016 (MIR 09-10) Clasificación de la paniculitis

	No vasculitis	Vasculitis
Septo	• Eritema no-do-so: - no = no vasculitis - do = doloroso - so = septal • Morfea profunda • Necrobiosis lipoídica • Granuloma anular subcutáneo • Nódulo reumatoideo • Xantogranuloma necrobiótico	• PAN (que lo sePAN) • Tromboflebitis migratoria
Lobulillo	• Pancreática (necrosis grasa) • Déficit de α-1 antitripsina • Lupus paniculítico • Asociada a dermatomiositis • Sarcoidosis subcutánea • Paniculitis gotosa • Infecciosa • Neonatal • Postesteroidea • Física • Facticia • Postradiación con esclerosis • Histiocítica citofágica y Linfoma T paniculitis-*like*	• Eritema indurado de B-a zin: - B = "B" asculitis - a = adipocito - in = indolora (vasculitis nodular) • Eritema nudoso leproso

P016 (MIR 09-10) Imagen oficial 8 del MIR. Nódulos inflamatorios en miembros inferiores, clínicamente sugestivos de eritema nodoso

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"



Entre las opciones que nos presentan, cuatro de ellas tienen al nódulo como lesión elemental (respuestas 1, 3, 4 y 5). Sin embargo, la respuesta 2 produce lesiones purpúricas (a veces palpables), necrosis con úlceras cutáneas… Pero resultaría extraordinario que esa entidad produjese nódulos. Por lo tanto, la respuesta correcta es la 2.

P016 (MIR 09-10) Púrpura palpable en una vasculitis por hipersensibilidad



Es interesante señalar que, en esta pregunta, muchos opositores se confundieron y marcaron la opción 3, basados en el razonamiento de que el eritema indurado de Bazin afecta a la cara posterior de las piernas. Les influyó que, en el Examen MIR, el eritema nodoso y la vasculitis nodular presentan algunas manifestaciones contrarias, como se explica en el *Manual CTO*.

Todo esto es verdad, qué duda cabe… Pero la pregunta no es ésta. Lo que nos piden es: ¿qué diagnóstico es más IMPROBABLE?, y esto cambia mucho las cosas. Eritema indurado de Bazin es una paniculitis, lo mismo que el eritema nodoso, afectando también a las piernas, y en algunos casos se precisa biopsia para poder distinguirlos. En definitiva, aunque tengan algunas características opuestas, también tienen una en común: las dos son paniculitis y ambas producen nódulos (en otras palabras, se parecen más). En cambio, la respuesta 2 no tiene nada que ver y podría distinguirse a simple vista de cualquiera de las otras cuatro entidades.

P021 MIR 2009-2010

Teniendo en cuenta la edad de la paciente y la posición de las lesiones (hueco poplíteo), lo primero que tendríamos que considerar, incluso sin mirar la fotografía, es una dermatitis atópica. La imagen asociada no sirve sino para corroborar la sospecha: lesiones eccematosas entre subagudas y crónicas que, debido al rascado, han sufrido liquenificación (engrosamiento de la epidermis, con acentuación de los pliegues cutáneos, debido al rascado crónico).

P021 (MIR 09-10) Imagen oficial 11 del MIR. Lesiones típicas de dermatitis atópica de la infancia, en ambos huecos poplíteos. Liquenificación secundaria al rascado crónico



La dermatitis atópica puede debutar en cualquier momento de la vida, pero las primeras manifestaciones suelen aparecer en la infancia. Estos pacientes suelen tener antecedentes (personales o familiares) de asma, rinitis alérgica o eccema. Desde el punto de vista evolutivo, cabe distinguir tres fases:

- Lactante. Comienza hacia los tres meses de vida. Predomina el eritema, con pápulas y vesículas en cuero cabelludo y cara, respetando el triángulo nasogeniano.
- Infantil. Son características las lesiones secas, liquenificadas, en hueco poplíteo, como las que nos muestran en esta imagen. También pueden aparecer en la flexura antecubital.
- Adulto. Se trata de lesiones secas, subagudas-crónicas en cara, cuello, flexuras y dorso de las manos.

La respuesta correcta, por lo tanto, es la 2.

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

T02 Infecciones víricas

P011 MIR 2018-2019

Pregunta en la que no nos dan información clínica del paciente; directamente nos piden valorar las lesiones dermatológicas que se observan en la imagen vinculada a la pregunta. Se aprecian lesiones papulares, de color carne que, aunque la calidad de la imagen deja que desear, se puede intuir cierta umbilicación central en la cara de un/a niño/niña. Se trata de *Molluscum contagiosum*. Repasemos las opciones de respuesta:

1. Como sabes del *Manual CTO,* estas lesiones están causadas por un poxvirus y no herpes virus y tienen como peculiaridad la umbilicación central.
2. Aunque se puede valorar como tratamiento el imiquimod, no es éste el tratamiento de elección ni mucho menos, ya que el tratamiento inicial puede ser incluso la abstención terapéutica.
3. Tampoco se trata de una zoonosis.
4. Es la opción de respuesta correcta.

P012 MIR 2018-2019

En la imagen vinculada no se observan claras vesículas, pero como bien sabes de las clases, una erupción de distribución metamérica en un paciente inmunocomprometido es, hasta que se demuestre lo contrario, un herpes zóster. La infección por citomegalovirus puede producir un exantema maculopapuloso en tronco que se asemeja al de la mononucleosis. El síndrome de Sweet se manifiesta a modo de placas eritematoedematosas junto a fiebre y neutrofilia, y se asocia a procesos infecciosos o a neoplasias hematológicas (principalmente leucemia mieloide aguda). Por último, la bleomicina produce un eritema flagelado.

P110 MIR 2016-2017

Pregunta de cierta dificultad pues es una pregunta directa de un tema muy específico. El *Molluscum contagiosum* es un virus de la familia poxviridae al igual que el microorganismo causante de la viruela. La enfermedad por *Molluscum* se transmite por contacto directo y se presenta en forma de pápulas del color de la piel o blanquecinas, umbilicadas que se distribuyen de manera agrupada y que afectan a niños, adultos con vida sexual activa y pacientes inmunodeprimidos, especialmente VIH. El género *Arboviridae* no existe como clasificación taxonómica. *Arbovirus* es el término genérico que se emplea para referirse a un conjunto de virus transmitidos por artrópodos tales como el virus Dengue, Zika o Chikungunya. El virus *Coxsackie* pertenece a la familia *Picornaviridae* y al género Enterovirus, por lo que no constituye una familia por sí mismo.

P113 MIR 2010-2011

Pregunta de dificultad media. La paciente tiene un herpes zóster cuyo tratamiento habitual es aciclovir, valaciclovir (profármaco del aciclovir) o en casos de resistencia, famciclovir. En este caso clínico debemos tener en cuenta que tiene afectación del trigémino con implicación ocular (quemosis conjuntival). La afectación ocular implica gravedad pudiendo llegar a causar ceguera, y esto unido al hecho de estar inmunodeprimida debido a su tratamiento (sulfasalacina, prednisona y etanercept), obliga a un seguimiento estrecho hospitalizado (respuesta 3 incorrecta).

Respecto al resto de las opciones: el tratamiento sintomático (respuesta 1 incorrecta) y el tratamiento tópico (respuesta 2 incorrecta) son insuficientes. La inmunoglobulina y la vacunación se utilizan de forma preventiva, no como tratamiento. Por tanto, la respuesta 4 es la correcta.

T03 Infecciones micóticas

P157 MIR 2010-2011

La dificultad de esta pregunta reside en reconocer el cuadro clínico, que es una tiña de cuero cabelludo. Hay que observar que nos sugieren antecedentes de hacinamiento (o, al menos, condiciones de vida subóptimas) cuando nos mencionan el centro de acogida, lo que refuerza nuestra sospecha. La inflamación, la alopecia y las adenopatías también encajan en esta entidad.

Dado que se trata de un niño de 6 años, el tratamiento de elección sería la griseofulvina (respuesta 3 correcta). En un adulto, podríamos utilizar también terbinafina por vía oral, que no aparece entre las opciones, pero hay que recordar que este tratamiento no puede utilizarse en la infancia. Tampoco debemos olvidar que las tiñas de cuero cabelludo exigen tratamiento sistémico, no tópico.

T04 Infecciones bacterianas

P157 MIR 2015-2016

Se trata de una pregunta fácil que ilustra un caso típico de impétigo contagioso, en el que basta reconocer la clave: "costras amarillentas = melicéricas peribucales" para identificar la respuesta correcta (RC: 2). El impétigo contagioso se trata de una infección superficial de la piel generalmente producida por *St. aureus.* Recuerda que el tratamiento de las formas localizadas (afectación de 1 cm^2 aproximadamente) se realiza con antibióticos tópicos (generalmente, mupirocina), mientras que en las formas diseminadas o multifocales se debe instaurar tratamiento antibiótico oral.

En cuanto al resto de las opciones:

- No describen lesiones dianiformes en localizaciones acrales ni antecedente de infección herpética como para pensar en eritema multiforme minor. Tampoco describen antecedente de fármacos, ni una afectación pulmonar que haga pensar en una posible neumonía por *mycoplasma* (típicamente asociada a eritema multiforme mayor.
- SSJ infantil), ni afectación de la mucosa oral importante en forma de mucositis erosivo-ampollosa como para pensar síndrome de Stevens-Johnson (respuesta 1: falsa).
- El acné infantil se caracteriza por lesiones polimorfas con comedones localizadas en zonas seborreicas faciales (respuesta 3: falsa).
- La psoriasis pustulosa se caracteriza por la aparición de pústulas estériles de localización acral (manos y pies, en las formas localizadas

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

palmo-plantares, denominadas "pustulosis palmo-plantar") o generalizadas, si se trata de una la forma grave diseminada (psoriasis pustulosa de von Zumbuch). En cualquier caso, la psoriasis pustulosa no es una forma frecuente de psoriasis en edad pediátrica y, en ningún caso, se caracteriza por aparecer limitada únicamente a la región peribucal (respuesta 4: falsa).

T06 Enfermedades eritematodescamativas

P026 MIR 2017-2018

La foto es lo sufiicientemente clara como para que nadie dudara de que nos encontramos ante una psoriasis. A pesar de que no vemos el cuerpo completo del paciente podemos asumir que se trata de una psoriasis grave con una afectación de más del > 10% de la superficie corporal (el texto nos dice que afeca a cuero cabelludo, región sacra, periumbilical y rodillas). No ha respondido o ha tenido efectos adversos con los tratamientos sistémicos o de 2.ª línea (metotrexato, ciclosporina, acitretino e incluso la fototerapia). La 3.ª línea de tratamiento (terapia biológica) está más que justificada.

De los fármacos mencionados entre las posibles respuestas , el único con indicación para psoriasis es ustekinumab, un anti IL-12/23, que se administra por vía subcutánea cada 12 semanas.

P212 MIR 2015-2016

Pregunta de dificultad moderada al tratarse de un concepto puramente teórico y escasamente razonable, que requiere la integración de temas revisados en distintas asignaturas. La porfiria cutánea tarda y el liquen plano son dos dermatosis tradicionalmente vinculadas a la infección por VHC (respuesta 2 y respuesta 3: falsas). La crioglobulinemia suele estudiarse integrada en el tema de las glomerulonefritis, donde se describe a la infección por VHC como posible factor predisponente (respuesta 1: falsa). De las 4 opciones, la única que no se ha descrito en asociación al VHC es la forma clínica de pustulosis generalizada grave (o enfermedad de von Zumbuch). Respuesta correcta: 4. Para recordarlo fácilmente, asocia "VHC" a enfermedades que lleven "C" o CH = Crioglobulinemia, porfiria Cutanea tarda, y liCHen plano.

P214 MIR 2015-2016

Si bien todas son causas de eritrodermia, se trata de una pregunta relativamente sencilla.

Solo tenemos que fijarnos en la pregunta e identificar las "palabras claves" de: "piqueteado ungueal o *pitting*" y "mancha en aceite", alteraciones ungueales asociadas a la psoriasis (RC: 3). Recuerda que el *pitting* es la manifestación ungueal más frecuente en pacientes con psoriasis y se caracteriza por la aparición de múltiples depresiones puntiformes en la lámina ungueal (simulando el piqueteado de un alfiler). La onicodistrofia en "mancha de aceite" es la alteración ungueal más típica de la psoriasis y es en esta pregunta el dato clave que nos permite diagnosticar al paciente.

P170 MIR 2011-2012

Una pregunta muy sencilla, que ya había aparecido en convocatorias previas, por lo que acertarla no debería suponer ninguna dificultad.

El liquen plano es una enfermedad eritematodescamativa, que tradicionalmente, se ha conocido en el examen MIR como la enfermedad de las 5 P´s:

- Pápulas.
- Poligonales.
- Planas.
- Pruriginosas.
- Purpúricas.

En este caso clínico, se hace referencia a estas cuatro características. Por otra parte, aparecen en sus localizaciones típicas (cara anterior de las muñecas, pretibiales y región lumbar). Recuerda que, aproximadamente en un 70% de los casos, los pacientes con liquen plano asocian lesiones en mucosa oral o genital, cuyo aspecto típico se describe como un retículo-blanquecino, tal como nos describen en este caso clínico. Por tanto, la respuesta correcta es la 5. Con respecto al resto de las opciones, cabe decir:

- R1. La pitiriasis versicolor aparece en pecho y espalda, no es pruriginosa y no afecta mucosas.
- R2. La micosis fungoide se caracteriza, al menos en una primera fase, por lesiones eccematosas, que luego evolucionan a placas y, por último, a auténticas tumoraciones. No se trata, por tanto, de pápulas. Tampoco encontraríamos las lesiones mucosas que se describen.
- R3. La psoriasis en gotas suele precederse de una infección faríngea durante unos días antes de la erupción. Aparece en el tronco, no suele ser pruriginosa y no afecta mucosas.
- R4. La pitiriasis rosada de Gibert, en su forma típica, produce una lesión típica, conocida como "medallón heráldico", ovalada, con descamación central, seguida a los pocos días de otras más pequeñas, con características similares. No es pruriginosa, suele aparecer en personas jóvenes y no afecta a mucosa oral.

P170 (MIR 11-12) Liquen plano. Pápulas poligonales con estrías de Wickham



Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

T07 Eccemas

P030 MIR 2016-2017

Pregunta de caso clinico típico asociado a imagen. Nos presentan un paciente en edad pediátrica con un cuadro de lesiones eccematosas con afectación predominante de flexuras antecubitales. En la imagen clínica podemos observar liquenificación junto con costras serohemáticas de rascado. La lesión elemental y la distribución típica de las lesiones en este rango de edad es suficiente para establecer el diagnóstico inicial de brote de dermatitis atópica, sin necesidad de realización de otras pruebas complementarias confirmatorias agresivas.

P022 MIR 2009-2010

Dado que la paciente tiene 12 años y sospechamos dermatitis atópica, lo más lógico es que ésta se manifestase desde el comienzo de la vida, tal como explicábamos en la pregunta anterior. En sus primeras fases, la dermatitis afecta a la cara, con respeto del surco nasogeniano, por lo que la respuesta correcta es la 2.

P022 (MIR 09-10) Dermatitis atópica del lactante



T08 Urticaria y angioedema

P054 MIR 2018-2019

Pregunta de dificultad moderada en la que se describe un caso de edema angioneurótico familiar de Quincke. Este síndrome se caracteriza por la aparición de episodios recidivantes de edema del tejido celular subcutáneo y submucoso, que puede aparecer en cualquier parte de la superficie cutánea, del tracto respiratorio y/o gastrointestinal. No cursa con habones, únicamente con angioedema. Los síntomas respiratorios, como en el caso de nuestro paciente, incluyen alteraciones de la voz, disfagia o disnea al poder afectar tanto a la lengua como a la faringe y laringe. Se produce por déficit real o funcional del inhibidor de la fracción C1 del complemento y se hereda de forma autosómica dominante (el padre de nuestro paciente presenta episodios similares). También puede ser adquirido en procesos como el lupus eritematoso, las neoplasias, las anemias hemolíticas o las crioglobulinemias. Sin tratamiento puede alcanzar una mortalidad de hasta un 30-40 %, la mayor parte de los casos por obstrucción de la vía aérea. El manejo del paciente con déficit de C1-inhibidor debe incluir profilaxis (con danazol o agentes antifibrinolíticos) y tratamiento del ataque agudo con icatibant, o concentrado de C1 inhibidor intravenoso (respuesta 3 correcta). No se debe olvidar el mantenimiento de la vía aérea ya que, si se produjese edema laríngeo severo, podría ser necesaria la práctica de una traqueotomía. Veamos las demás opciones de respuesta:

1 y 2.- No existe evidencia de la efectividad de la adrenalina, así como de los corticosteroides o antihistamínicos.

4.- El omalizumab es un anticuerpo monoclonal anti-IgE que se utiliza como tratamiento de la urticaria crónica (de más de 6 semanas de duración) refractaria a tratamiento con antihistamínicos anti-H1 a dosis cuádruple.

P137 MIR 2010-2011

Pregunta de dificultad media-baja, perteneciente a un tema de escasa importancia, pero que enuncia datos típicos.

La lesión descrita corresponde a una urticaria (respuesta 1 verdadera). El concepto de habón implica una duración inferior a 24 h y prurito, muy típicos de esta entidad. El exantema de la rubéola (respuesta 2 falsa) no presenta las características citadas en la pregunta, tiene una duración de tres días y suele acompañarse de adenopatías, típicamente retroauriculares y cervicales además de mal estado general.

La toxicodermia (respuesta 3 falsa) podría manifestarse incluso como una reacción urticariforme, pero carecemos de datos que la avalen (uso previo de algún medicamento). Un cuadro de eritema multiforme puede presentar diagnóstico diferencial con la urticaria, dada la morfología anular de las lesiones, pero la corta duración de las lesiones en este caso, así como el marcado prurito hacen más plausible la urticaria que el EM (hay que recordar la relación de esta entidad con infección previa por VHS).

El cuadro no se corresponde con un *shock* tóxico estafilocócico (respuesta 4 falsa) que aparte de tener un exantema diferente, eritrodermia difusa, presentaría MEG, fiebre y disfunción multiorgánica. La lesión típica de la escabiosis (respuesta 5 falsa), surco acarino, es totalmente diferente a la lesión descrita y tampoco corresponde con la sarna nodular, cuya lesión básica son los nódulos como su nombre indica. Por último, reseñar que una duración de estas lesiones superior a 24 h hubiera hecho necesaria su biopsia para descartar la urticaria-vasculitis.

P137 (MIR 10-11) Urticaria aguda

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "



T09 Toxicodermias

P074 MIR 2018-2019

Aunque en esta pregunta hay muchos elementos distractores, no nos podemos dejar engañar. La presencia de eosinofilia, aumento de transaminasas, fiebre, adenopatías, exantema generalizado con edema facial y el antecedente de la toma de un fármaco, nos tienen que hacer pensar en un DRESS *(Drug Reaction with Eosinophilic and Systemic Symptons)*. El período de latencia desde la toma del fármaco suele ser de 2-8 semanas, con lo que cuadra con nuestro culpable, la minociclina. El tratamiento consiste en retirar el fármaco responsable y corticoides sistémicos en la mayoría de los casos. A pesar de ser una pregunta algo compleja, recuerda que ante la duda "lesiones en piel + fármaco = toxicodermia" hasta que se demuestre lo contrario, más si ese fármaco es uno de nuestros "sospechosos habituales" (AINE, antibióticos, antiepilépticos o alopurinol).

P067 MIR 2016-2017

Pregunta sobre el espectro clínico de eritema multiforme minor y major. En las formas de eritema multiforme major y Steven-Johnson, predomina una marcada afectación de mucosas por lo que esta sería una opción evidentemente falsa por definición (y además preguntado de forma indirecta mediante imagen en el examen MIR 2016). La afectación de mucosas en formas de eritema multiforme minor es mucho menos frecuente respecto a las otras variantes.

En la última década, cada vez se tiende más a diferenciar dos espectros clínicos diferentes. Por un lado, el espectro Steven-Johnson y necrolisis epidérmica tóxica se encuentra en relación con la administración previa de fármacos y tiene un pronóstico desfavorable.

Por otro lado, el espectro eritema multiforme minor y major se relaciona predominantemente con infecciones previas (virus herpes simple, *Mycoplasma pneumoniae…)* y por lo general se asocia a un comportamiento autolimitado y de mejor pronóstico.

La opción restante de esta pregunta asocia eritema multiforme major y necrolisis epidérmica toxica como parte del mismo espectro, por lo que podría considerarse una opción posiblemente impugnable.

P030 MIR 2015-2016

Se denomina síndrome de Stevens-Johnson (SJ) o eritema multiforme mayor a la variante severa de eritema multiforme. Consistente en una reacción de hipersensibilización que afecta la piel y las membranas mucosas. Se caracteriza por la aparición de lesiones cutáneas "dianiformes" de predominio acral junto a una intensa afectación de las membranas mucosas, hallazgo clínico diferencial (RC:4). Eventualmente, las lesiones cutáneas pueden generalizarse y/o evolucionar a formas erosivo-ampollosas. La causa más frecuentemente identificable del cuadro son los fármacos, seguida de las infecciones, entre las que cabe destacar al mycoplasma pneumoniae en el SJ pediátrico.

En cuanto al resto de las opciones:

- El síndrome de la piel escaldada está producido por las exotoxinas epidermolíticas (exfoliatinas) A y B del estafilococo *aureus,* las cuales ocasionan el desprendimiento dentro de la capa epidérmica. Desde el punto de vista sistémico, también cursa con fiebre y afectación del estado general pero las lesiones cutáneas consisten en un eritema de inicio en flexuras que rápidamente se generaliza, tendiendo característicamente ampollas muy sueprficiales con signo de Nikolsky positivo. A diferencia del SSJ, el SSS no suele acompañarse de tan intensa afectación mucosa (Respuesta 1: falsa)
- La enfermedad mano-pie-boca (EMPB) atípica hace referencia a brotes de enfermedad mano-pie boca (o glosopeda) de características clínicas peculiares, que han sido asociados en los últimos años a una amplia variedad de enterovirus, especialmente el *Coxsackievirus* A6. A diferencia de la EMPB clásica (considerada una infección exantemática de la infancia ligada al *Coxsackievirus* A16, definida por la aparición de vesículas blanco-grisáceas rodeadas de halo eritematoso en las manos, los pies y la mucosa oral), la EMPB atípica se caracteriza por una clínica cutánea muy polimorfa, con mayor tendencia a la generalización de las lesiones, un menor predominio de las localizaciones clásicas "mano-pie-boca" y una mayor afectación de adultos. Se han descrito formas clínicas que simulan impétigo contagioso, acropapulosis infantil, vasculitis (formas purpúricas) y eccema *herpeticum* (eccema *Coxsackium,* localizado sobre placas de dermatitis atópica). Aunque puede existir afectación de la mucosa oral en forma de un leve enantema eritemato-vesiculoso, la mucositis erosivo-costrosa que se muestra en la imagen no es propia de esta enfermedad (respuesta 3: falsa).
- Tan sólo recordando que el penfogoide ampollo es característico de la edad avanzada (ancianos) y cursa con ampollas tensas (enfermedad ampollosa autoinmune subepidérmica) se podía fácilmente descartar esta opción (respuesta 4: falsa). La enfermedad ampollosa autoinmune más frecuente en la infancia es la "enfermedad ampollosa benigna de la infancia", también conocida como "dermatosis IgA lineal", caracterizada por lesiones ampollosas anulares y depósito de IgA lineal en la inmunofluorescencia directa.

T13 Fotosensibilidad. Trastornos inducidos por la luz

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

P016 MIR 2018-2019

Se trata de una crisis porfírica o ataque agudo de porfiria que presenta las típicas crisis "psico-abdomino-neurológicas", o clásica tríada de dolor abdominal, polineuropatía periférica (parestesias) y síntomas psiquiátricos (agitación, etc.). Esto nos da la sospecha clínica de porfiria aguda intermitente, que se confirma con la coloración oscura de la orina al aplicar el reactivo de Ehrlich, el cual, al ser ácido, reacciona con las porfirinas presentes en la orina de estos pacientes, produciendo el cambio de coloración que se observa en la imagen vinculada. El tratamiento de las crisis porfíricas consiste en la administración intravenosa de hemina en forma de hematina o hem arginato (esta última presente en España), hemoproteínas que reponen rápidamente el déficit de hemo intracelular y detienen la formación de porfirinas neurotóxicas. Asimismo, la infusión de sueros glucosados ayuda a controlar la sintomatología, teniendo especial cuidado con las concentraciones de sodio para evitar la hiponatremia (respuesta 1 correcta).

P092 MIR 2014-2015

Los ataques agudos son precipitados con frecuencia por fármacos porfiriogénicos entre los que se encuentran inductores enzimáticos hepáticos o los inhibidores de proteasa, tabaco, alcohol, estrés, infecciones, ayuno o una dieta pobre en calorías (que no hipoproteica) o cambios hormonales cíclicos en las mujeres.

En mujeres se ha descrito una incidencia elevada de crisis durante la fase luteínica de ciclo menstrual. Por todo ello, la opción correcta es la 4.

P171 MIR 2011-2012

Una pregunta típica sobre la más frecuente de las porfirias, tanto en el examen MIR como en la vida real.

La porfiria cutánea tarda puede heredarse, siguiendo un patrón autosómico dominante, pero con mayor frecuencia es adquirida. Aparece en relación con factores lesivos para el hígado, como el hábito enólico, los estrógenos o la infección por VHC, entre otros muchos.

Es debida a la deficiencia de uroporfirinógeno decarboxilasa a nivel hepático, lo que produce un acúmulo de uroporfirinógeno III.

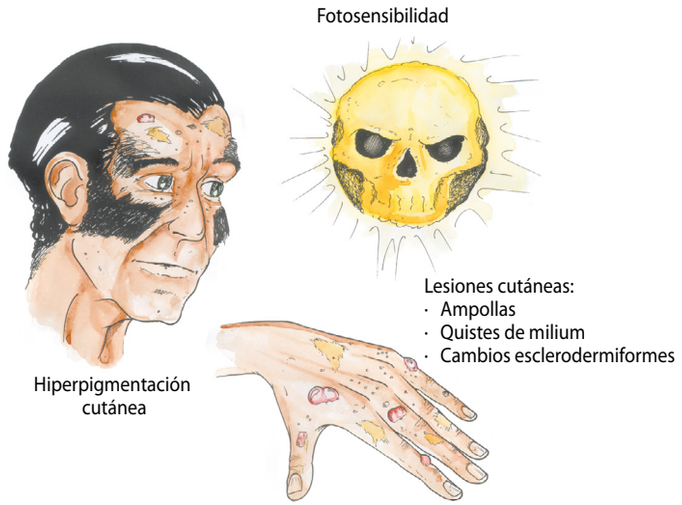
Clínicamente, sus características principales son:

- Mayor frecuencia en varones.
- Hiperfragilidad cutánea en el dorso de las manos.
- Hiperpigmentación facial.
- Hipertricosis malar.
- Fotosensibilidad, de ahí que las lesiones cutáneas aparezcan en áreas fotoexpuestas.

El diagnóstico se confirma mediante la presencia de uroporfirina I y III en orina, e isocoproporfirina en heces, en cantidades elevadas.

El tratamiento consiste en suprimir los factores hepatolesivos (alcohol, estrógenos) y flebotomías para evitar la sobrecarga férrica que suelen sufrir estos pacientes. Si por algún motivo no pueden realizarse flebotomías, puede recurrirse a la cloroquina oral, que aumenta la eliminación urinaria de porfirinas.

P171 (MIR 11-12) Porfiria cutánea tarda



P171 (MIR 11-12) Porfiria cutánea tarda. Lesiones en manos



P131 MIR 2010-2011

Pregunta muy típica en el examen MIR, casi regalada, que no debería habernos causado ningún problema.

Ante una hepatopatía con ampollas tensas en el dorso de las manos e hipertricosis malar, no hay que dudarlo (respuesta 2 correcta). De hecho, en el Manual aparece una caricatura muy fácil de recordar. Es conveniente recordar que, aparte, existe fotosensibilidad. A diferencia del resto de las porfirias, que son de origen genético, en este caso puede ser adquirida. También hay que recordar que el tratamiento consiste en flebotomías (y cloroquina, ya que este fármaco puede disminuir la fotosensibilidad).

T14 Enfermedades ampollosas autoinmunitarias

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

P010 MIR 2016-2017

Pregunta controvertida sobre un caso clínico asociado a imagen. Nos presentan a una mujer anciana con factores de riesgo cardiovascular que comienza con clínica de lesiones cutáneas muy pruriginosas de reciente aparición sin otra clínica asociada. En la exploración física podemos observar múltiples erosiones y costras serohemáticas sobre una base de piel eritemato-edematosa. Dicho cuadro clínico en una paciente anciana debe orientar al diagnóstico clínico de un penfigoide ampolloso.

El análisis histopatológico mediante biopsia es importante para filiar el cuadro. La histología de una lesión establecida corresponde a una ampolla subepidérmica con un infiltrado inflamatorio mixto con abundantes eosinófilos. Sin embargo, en lesiones de reciente aparición previo al desarrollo de ampollas ("fase urticariforme" del penfigoide ampolloso), es habitual encontrar solamente focos de espongiosis eosinofílica y un infiltrado inflamatorio en dermis rico en eosinófilos. Es cierto que al tratarse de un cuadro de 2 semanas de evolución y que, aunque se vea ma, hay ampollas, esta opción seria por tanto poco probable.

El tratamiento de elección en cuadros generalizados moderados-graves consiste en el uso de corticoides sistémicos (prednisona 0,5-1 mg/kg/d) en pauta descendente junto con cuidados tópicos, que en ocasiones pueden requerir el ingreso hospitalario como indica claramente una de las opciones. Aunque si bien es cierto no nos hablan de un caso grave (hemodinámicamente estable, afebril…) la edad y la extensión de las lesiones, podrian aconsejarlo, siendo esta opcion la más plausible.

La pustulosis exantemática generalizada aguda es una toxicodermia grave en cuyo manejo no está indicado el tratamiento con un antibiótico por vía oral.

Al presentar dos posibles opciones verdaderas, consideramos que se trata de una pregunta posiblemente impugnable, pero dado que el MIR muchas veces no impugna este tipo de preguntas (y así pasó con este caso), deberiamos marcar la más probable, siendo por tanto correcta la 3.

P145 MIR 2014-2015

La dermatitis herpetiforme es una enfermedad ampollosa autoinmune que aparece como expresión cutánea de la intolerancia al gluten. Se podría decir que es la manifestación cutánea de la enfermedad celíaca (2 cierta).

Alrededor de un 90% de los pacientes con dermatitis herpetiforme tienen enteropatía sensible al gluten (enfermedad celíaca) habitualmente asintomática. Sin embargo, se cree que sólo un 5% de los pacientes celíacos presentaran una dermatitis herpetiforme a lo largo de su vida.

Los pacientes con dermatitis herpetiforme presentan una erupción papulovesicular pruriginosa de predominio en superficies de extensión y nalgas. El hallazgo de depósitos granulares de IgA en la unión dermoepidérmica en la inmunofluorescencia directa es patognomónico de la dermatitis herpetiforme. El tratamiento se basa en dos pilares: mantener indefinidamente una dieta estricta libre de este componente (la cual mejora todas las formas clínicas de la sensibilidad al gluten) y la dapsona, fármaco que es eficaz únicamente para las manifestaciones cutáneas.

P218 MIR 2013-2014

Para el diagnóstico de las enfermedades ampollosas autoinmunes (de las cuales la más frecuente es el penfigoide ampolloso), se precisa una biopsia para estudio histológico que nos informará del nivel de la ampolla (intraepidérmica o subepidérmica) y otra biopsia de piel perilesional para estudio de inmunofluorescencia directa, que nos informará de los anticuerpos que se depositan y el modo de depositarse.

En el penfigoide ampolloso encontraremos una ampolla subepidérmica y un depósito lineal de IgG y C3 a lo largo de la membrana basal (R4 CORRECTA).

La dermatoscopia es útil para lesiones pigmentadas, tumores, etc., pero no es útil para confirmar el diagnóstico de enfermedades ampollosas autoinmunes (R1 FALSA).

Las infecciones pueden producir ampollas (por ejemplo, infecciones herpéticas, infecciones por bacterias…) en cuyo caso sería útil el cultivo de la ampolla, pero el penfigoide ampolloso es una enfermedad autoinmune, por lo que los cultivos serían estériles y no serían útiles para el diagnóstico (R2 y R3 FALSAS).

La analítica con anticuerpos antinucleares y antiDNA es útil si sospechamos lupus. Existe el lupus ampolloso, entidad muy poco frecuente en cuyo caso estas determinaciones serían útiles, pero carecen de utilidad para el diagnóstico de penfigoide ampolloso (R5 FALSA).

T15 Paniculitis

P192 MIR 2016-2017

Nos presentan un caso típico de síndrome de Behçet, varón joven con úlceras orales, genitales y eritema nodoso (nódulos enrojecidos y dolorosos a nivel pretibial). Recuerda que en los criterios de clasificación del Behçet es necesaria la presencia de úlceras orales y dos de los siguientes criterios: úlceras genitales, lesiones cutáneas (foliculitis, eritema nodoso), lesiones oculares (uveítis) o fenómeno de patergia.

T16 Manifestaciones cutáneas de las enfermedades endocrinas y metabólicas

P073 MIR 2018-2019

Aunque sea un tema poco preguntado, no hay dudas, se trata de un granuloma anular (respuesta 4 correcta). Nos dan varias pistas para ello. "Lesiones papulosas de disposición arciforme" (las lesiones de granuloma

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

anular son pápulas o placas que en su forma clásica tienden a adoptar una morfología anular o arciforme y sin componente superficial, es decir, sin descamación). "Asintomáticas". En el "dorso de la mano" (suelen aparecer en la superficie extensora de las extremidades y en dorso de manos y pies). "El dermatólogo no le da ninguna importancia" (se trata de una entidad de curso crónico e indolente). En la biopsia se aprecia "necrobiosis del colágeno" (el granuloma anular se caracteriza histológicamente por focos de degeneración o necrobiosis del colágeno dérmico rodeados de granulomas en empalizada, que no son más que histiocitos rodeando dichas áreas de degeneración del colágeno). En cuanto a las demás opciones de respuesta:

R1.- El liquen plano aparece en planos de flexión y en la histología no hay ni granulomas ni degeneración del colágeno. Además, es muy pruriginoso.

R2.- Los xantomas tuberosos son un tipo de xantomas que aparecen en codos, rodillas y tobillos e histológicamente se caracterizan por histiocitos espumosos.

R3.- La sarcoidosis cutánea puede ser muy variada desde el punto de vista clínico pero la histología es diferente. En los granulomas de la sarcoidosis no encontraríamos focos de necrobiosis ni corona linfocitaria ("granulomas desnudos").

T17 Manifestaciones cutáneas de las enfermedades digestivas

P003 MIR 2013-2014

El pioderma gangrenoso se inicia como una lesión pustulosa que progresivamente se ulcera y va aumentando de tamaño hasta hacerse una úlcera con bordes violáceos o necróticos, muy dolorosa, que en muchas ocasiones se confunde con ulceraciones de origen infeccioso y que no responde a tratamientos antibióticos.

- El tratamiento de elección son los corticoides sistémicos. (R4 CORRECTA).
- La infiltración específica suele ser en forma de nódulos eritematosos. (R1 FALSA).
- La necrobiosis lipoidica, clínicamente, son placas con bordes ligeramente sobreelevados y la zona central con piel atrófica y coloración amarillenta. (R2 FALSA).
- Las úlceras por microangiopatía diabética (R3 FALSA).
- Las úlceras hipertensivas (R5 FALSA).

P004 MIR 2013-2014

El pioderma gangrenoso es frecuente en enfermedades inflamatorias intestinales y, en concreto, en pacientes con COLITIS ULCEROSA.

El pioderma es independiente del curso de la enfermedad inflamatoria intestinal. (R3 CORRECTA).

Las alteraciones tiroideas pueden dar lugar a mixedema pretibial como manifestación cutánea.

Manifestaciones de hipotiroidismo son caída difusa de pelo, con cabello quebradizo y seco por disminución de la secreción sebácea, pérdida del vello del tercio externo de las cejas, uñas finas, frágiles, estriadas con surcos longitudinales y transversales, sin brillo y de crecimiento lento, piel pálida y fría por vasoconstricción cutánea, entre otras manifestaciones (R1 y R2 FALSAS).

En la esclerodermia encontramos piel indurada, Fenómeno de Raynaud, rigidez y tensión de los dedos de las manos, las manos y antebrazos, entre otras manifestaciones (R4 FALSA).

Y en el glucagonoma, la manifestación cutánea prácticamente patognomónica es el eritema necrolítico migratorio (R 5 FALSA).

T19 Facomatosis

P160 MIR 2017-2018

Es un lactante de 6 meses con episodios de crisis convúlsicas (tipo West, ocurren con más frecuencia cuando tiene somnolencia), con manchas hipopigmentadas en numero de 7 y con tumores cardíacos asintomáticos (rabdomiomas). Si bien no aparecen los archiconocidos angiofibromas faciales (recuerda que estos suelen desarrollarse entre los 3 y los 10 años) ni los tumores periungueales (que suelen desarrollarse en la pubertad) es un paciente con una esclerosis tuberosa o enfermedad de Pringle-Bourneville. Este lactante cumple dos criterios mayores de esclerosis tuberosa (manchas hipopigmentadas en mayor numero que 3 y tumores cardíacos en forma de rabdmoniomas) con lo que el diagnóstico está confirmado.

P221 MIR 2011-2012

La neurofibromatosis tipo 1 (NF1) es una enfermedad de herencia autosómica dominante, con una prevalencia aproximada de 1/3.000-3.500. Su penetrancia se acerca al 100%, es decir, si se tienen las mutaciones causantes de la enfermedad es casi seguro tener el fenotipo de enfermo. En el 50% de los casos las mutaciones son de novo, es decir, no heredadas.

Existen diversos criterios clínicos que no son objeto de esta pregunta, pero entre los que destacan la presencia de manchas café con leche en un número de al menos 6 de 5 mm antes de la pubertad o de 15 mm después de la pubertad.

En el caso que nos expone la pregunta, la niña está clínicamente diagnosticada no presentando los padres datos de la enfermedad, por lo que en principio debemos suponer que la mutación que ha dado lugar a su enfermedad ha sido producida de novo y no heredada de sus progenitores.

Entre las respuestas posibles, la más correcta es la 2, ya que el primer paso a seguir debe ser identificar la mutación causante de la enfermedad

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "

en la niña y confirmar si realmente es de novo o ha sido trasmitida por la madre y, sólo en dicho caso, el diagnóstico genético preimplantacional estará indicado.

T20 Tumores benignos y lesiones cutáneas precancerosas

P019 MIR 2012-2013

Incluso sin imagen, la descripción de la lesión (placa, blanquecina, irregular, de crecimiento en meses) orienta a una leucoplasia, más aún cuando comenta la pregunta que el paciente es fumador; dado que se trata de una lesión premaligna. Si se tratara de una candidiasis nos señalarían una reacción inflamatoria perilesional (eritema circundante) y una clínica muy sintomática (prurito, quemazón o incluso, dolor), que el paciente no refiere. El liquen plano consiste en lesiones tipo vetas o reticulares blanquecinas que inicialmente no producen dolor pero pueden ulcerarse y tornarse dolorosas.

P020 MIR 2012-2013

En el caso de un paciente varón de mediana edad, fumador de 20 cigarrillos/día y bebedor de 1 litro de vino al día, con una leucoplasia de 3 cm de diámetro y contornos irregulares, superficie lisa y no infiltrada a tejidos profundos, teniendo en cuenta los factores de riesgo del paciente, lo primero que se debe descartar es un carcinoma *in situ,* para lo que se recurriría al estudio histológico de la lesión. La dermatoscopia digital, la serología para virus hepatótropos o lúes y los anticuerpos nucleares no serían de utilidad en este caso.

P133 MIR 2009-2010

Las queratosis seborreicas son tumores benignos de la piel sumamente comunes. De hecho, se puede decir que cualquier persona desarrollará una a lo largo de su vida. Sólo con este dato se podría contestar la pregunta, porque la queratosis seborreica es muchísimo más prevalente que el resto de opciones. Más claves para responder adecuadamente serían la edad (típicamente, se da en pacientes mayores de 40 años, y mucho más en ancianos) y la localización (el tronco es un lugar muy frecuente). Se les da el nombre de "seborreicas" por su aspecto, pero no tienen nada que ver con las glándulas sebáceas. Muestran una topografía verrucosa, con múltiples folículos obturados y arborescencias (de ahí que en el enunciado te hablen de "untuosa" al tacto). La respuesta correcta es, por lo tanto, la 5.

T21 Cáncer cutáneo no melanoma. Lesiones melanocíticas benignas

P027 MIR 2017-2018

Esta es una pregunta en la que la imagen es diagnóstica e incluso, si cabe, más facil de contestar por ella sola que al leer el texto. La lesión es claramente un queratoacantoma (nódulo de crecimiento rápido y centro crateriforme queratósico) muy similar a la que aparece en el *Manual.*

No era necesario saber que el Vemurafenib (inhibidor BRAF, autorizado en monoterapia para el tratamiento del melanoma metastásico con mutación BRAF-V600 positiva) hasta en un 20% de pacientes pueden predisponer al desarrollo de diversos tumores cutáneos entre los que se incluyen carcinomas de células escamosas y el queratoacantoma.

P181 MIR 2017-2018

Una úlcera de larga evolución "que no cura" y que además empieza a "mamelonarse" (presentar signos neoformativos) es cuanto menos sospechosa de tumoración, por lo que lo más prudente y necesario en estos casos, es la realización de una biopsia de la zona "mamelonada". Recuerda que la úlcera de Majorlin es la trasnformación maligna de úlceras crónicas, tractos sinusoidales y cicatrices de quemaduras siendo las neoplasias mas frecuentemente producidas los carcinomas espinocelulares.

P031 MIR 2014-2015

Otro ejemplo de pregunta que se podría responder sin necesidad de la imagen clínica. Nos hablan de un tumor de más de 20 años de evolución y que además no ha infiltrado ganglios linfáticos. Sólo hay un tumor entre las respuestas que tenga este comportamiento con baja agresividad a distancia, cualquier otro tumor con este tiempo de evolución habría producido metástasis ganglionares y probablemente a distancia. La observación de la imagen nos confirma el diagnóstico de carcinoma basocelular tipo ulcus rodens con ulceración central y bordes perlados característicos (2 cierta).

El más desconocido de entre las respuestas que nos ofrecen es el carcinoma de células de Merkel, se trata de un tumor cutáneo infrecuente y agresivo en el que se ha implicado en la mayoría de casos un virus (Poliomavirus).

P032 MIR 2014-2015

Teniendo en cuenta que se trata de un carcinoma basocelular. Si optamos por el tratamiento quirúrgico, que es el de elección en la mayoría de casos, las probabilidades de metástasis a distancia así como ganglionares son excepcionales. Sin embargo, siempre existe un riesgo de recidiva local moderado por dificultades para extirpar toda la lesión quirúrgicamente en un tiempo (1 cierta).

Esto sería cierto para la mayoría de casos de carcinoma basocelular. No obstante, el caso de la imagen clínica acompañante, es un caso excepcional por su gran tamaño que requeriría una cirugía amplia en el que nos deberíamos plantear si el tumor es realmente resecable y/o operable, ya que además desconocemos las comorbilidades quirúrgicas del paciente. En este aspecto recientemente se ha desarrollado un fármaco dirigido (Vismodegib) para los casos irresecables o metastásicos (rarísimo) de carcinoma basocelular.

Teniendo en cuenta este aspecto, la pregunta podría ser impugnable.

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

T22 Melanoma maligno

P197 MIR 2017-2018

Esta pregunta es francamente fácil y se trata de un concepto básico muy repasado. ¿Cúal es el factor pronóstico más importante en los melanomas localizados y en función del cual se decide la ampliación de márgenes? Efectivamente, es espesor medido en milimetros o índice de Breslow.

P068 MIR 2016-2017

Se trata de una pregunta sobre el manejo del melanoma maligno. Nos proponen el caso clínico de un paciente con reciente diagnóstico de melanoma de extensión superficial tras extirpación de una lesión pigmentada atípica.

El informe histopatológico informa un espesor de Breslow de 1,3 mm, ausencia de ulceración y una mitosis/mm^2. Ante esta situación, la opción terapéutica indicada es la realización de una ampliación de márgenes de 1-2 cm (según diferentes guías clínicas ambos valores son admisibles en melanomas de 1-2 mm de Breslow) junto con una biopsia de ganglio centinela para descartar diseminación linfática.

En ausencia de ganglios linfáticos clinicamente palpables en la exploración física inicial, la linfadenectomia axilar electiva no está indicada.

En pacientes asintomáticos, no existe recomendación para la realización de pruebas de imagen de rutina al diagnóstico como el PET-C para descartar enfermedad visceral.

P212 MIR 2013-2014

El factor pronóstico más importante en el melanoma maligno es el espesor tumoral medido en milímetros o índice de Breslow.

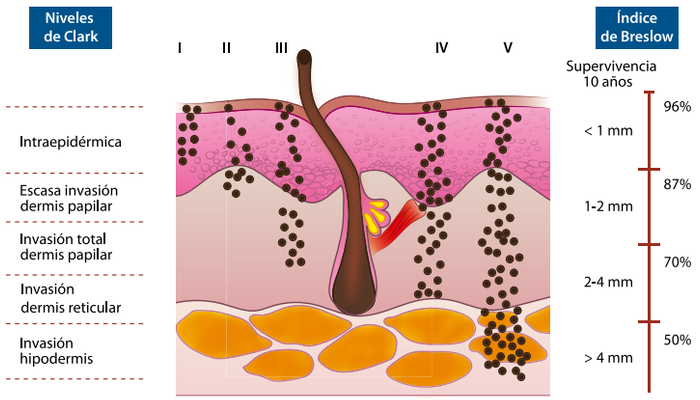
El nivel sérico de LDH tiene importancia en el melanoma metastásico (R1 FALSA).

La ulceración histológica es el segundo factor pronóstico en importancia tras el índice de Breslow (R3 FALSA).

Si un melanoma es metastásico indica que está en estadio III (metástasis ganglionar) o estadio IV (metástasis hematógena). Por definición, no hay metástasis en el melanoma estadio I (R4 FALSA).

El índice mitótico se define como coeficiente del N° de células en mitosis/N.° total de células x mm^2. Aceptado actualmente como factor pronóstico independiente; algunos autores le atribuyen mayor importancia que la ulceración como factor pronóstico (sin embargo esto ha sido contradicho en la AJCC de 2017, que otorga una posición de mayor importancia a la ulceración). Eso sí, siempre tiene menor importancia que el índice de Breslow (R5 FALSA).

P212 (MIR 13-14) Clasificación AJCC



P017 MIR 2012-2013

De todas las imágenes que aparecen, la única sugestiva de neoplasia es la 1, concretamente de melanoma maligno en fase de extensión nodular. El resto de imágenes no presentan signos de atipia que indiquen extirpación.

P018 MIR 2012-2013

El índice de Breslow mide la profundidad en milímetros desde el estrato granuloso hasta la célula tumoral más profunda. En las lesiones sin afectación linfática, es el factor pronóstico más importante, siendo independiente de otros factores. Tras la extirpación quirúrgica de la lesión, se realiza el estadiaje en función del nivel de invasión vertical (Breslow) y este determinará si hay que realizar tratamiento adyuvante y estudio de ganglio centinela.

P219 MIR 2011-2012

Una innovación. Hasta la fecha, se habían planteado numerosas preguntas sobre el melanoma, pero se habían centrado en aspectos clínicos y terapéuticos. En cualquier caso, incluso sin conocer el dato exacto, se podía aproximar la respuesta correcta mediante procedimientos de exclusión:

- La respuesta 2, RET, ya había aparecido en numerosas ocasiones en el bloque de Endocrinología. Se relaciona con el carcinoma medular de tiroides.
- La opción 3, EGFR (receptor del factor de crecimiento epidérmico), se ha vinculado a varios cánceres, entre ellos el cáncer de pulmón. En convocatorias previas, ya habían aparecido preguntas sobre fármacos como el erlotinib y el gefitinib, por lo que el EGFR no era un tema nuevo en el MIR.
- La respuesta 4, HER2/neu, también había aparecido, por su relación con el cáncer de mama y por la existencia de un anticuerpo monoclonal dirigido contra él (trastuzumab).

Por tanto, la duda estaría entre las opciones 1 y 5. La respuesta 5 habla sobre el gen TP53, que es el que codifica la p53. Las mutaciones de este gen se relacionan con un gran número de tumores: pulmón, esófago, hígado, colorrectal… Dentro de los tumores cutáneos, estas mutaciones aparecen con bastante frecuencia en el epitelioma basocelular y en el carcinoma epidermoide. Sin embargo, son bastante raras en el melanoma. Es el oncogén BRAF el que más se relaciona con esta neoplasia. De hecho, en la actualidad se emplean fármacos como el vemurafenib o dabrafenib, en

Para más contenido ir a “ www.BMpdf.com ”

melanoma metástasico, con muy buenos resultados.

T24 Otros tumores cutáneos

P020 MIR 2017-2018

A pesar de que la foto no sea del todo clara, en este caso el texto no deja lugar a dudas . Se trata de una pápula o nódulo único de coloración marronácea que apareció en los primeros meses de vida (concretamente en el 3.er mes en este caso). Que además en ocasiones se enrojece y le produce picor (signo de Darier). Sin duda alguna estamos ante un mastocitoma solitario y la actitud adecuada es la observación pues tienden a desaparecer a los 3-4 años de vida.

T25 Dermatosis paraneoplásicas

P198 MIR 2017-2018

Quizás esta pregunta *a priori* puede presentar mayor dificultad. Requiere realizar conexión de más de un tema del *Manual* y reflexionar un poco sobre el caso, pero si se hace esto con tranquilidad, se trata de una pregunta asequible.

En primer lugar la pregunta te deja claro que el paciente presenta un síndrome constitucional. En el MIR síndrome constitucional sumado a lesiones cutaneas, ante la duda deberían hacerte pensar en un síndrome paraneoplásico.

En este caso nos hablan de "lesiones rojizas" que drenan un material oleoso. Nos están hablando de nódulos, concretamente (como casi siempre que tenemos nódulos en piernas) de una paniculitis. Por si quedaban dudas en la biopsia te hablan de que la lesión se centra en el "tejido celular subcutaneo".

Sabemos que existen las paniculitis pancreáticas (que son lobulillares y sin vasculitis), sabemos además que en las paniculitis hay inflamación de los adipocitos y por último sabemos que el páncreas participa en la digestión de la grasa. En estos casos, concretamente, se cree que la liberación de enzimas pancreáticas (amilasa, lipasa, fosforilasa y tripsina) junto a un aumento de la permeabilidad de la microcirculación permite la entrada de esas enzimas en los lóbulos pancreáticos, con la consiguiente hidrólisis de la grasa y formación de glicerol y ácidos grasos libres, que conducirían a la necrosis grasa e inflamación, produciendo por tanto zonas de degeneración de los adipocitos (que aparecen como células anucleadas con una membrana gruesa conocidas como "células fantasma").

Además pueden presentarse artralgias y artritis con poliserositis por extensión de la necrosis enzimática a esas localizaciones (este hecho se corresponde con la inflamación articular del paciente).

Como última pista teníamos el dolor, abdominal e irradiado a costal. Recuerda que las paniculitis pancréaticas, por tanto, pueden presentarse de manera secundaria (como paraneoplasia) a un cáncer de páncreas, siendo el más frecuente el carcinoma de células acinares, aunque también las pudiéramos encontrar como consecuencia de una pancreatitis.

siendo el más frecuente el carcinoma de células acinares, aunque también las pudiéramos encontrar como consecuencia de una pancreatitis. siendo el más frecuente el carcinoma de células acinares, aunque también las pudiéramos encontrar como consecuencia de una pancreatitis.

P027 MIR 2014-2015

Como en la mayoría de preguntas con imagen, la clave de la pregunta está en la historia clínica que nos relatan en el texto de la pregunta. En este caso nos explican un paciente con clínica de síndrome tóxico (astenia + anorexia + pérdida de peso) lo que nos tiene que llevar a pensar en un proceso neoplásico.

En la imagen podemos observar una hiperqueratosis de las zonas de apoyo de las plantas de los pies, esto nos podría hacer creer en que la respuesta correcta es la 2 (falsa), pero teniendo en cuenta el contexto clínico (sospecha neoplasia) debemos pensar en una queratodermia plantar paraneoplásica (5 cierta). Entre estas debéis recordar la acroqueratosis paraneoplásica de Bazex (síndrome de Bazex).

El síndrome de Bazex es una dermatosis paraneoplásica que se caracteriza por la presencia de lesiones hiperqueratósicas en zonas acras (plantas, palmas, nariz y orejas), asociadas a una neoplasia subyacente, principalmente carcinoma epidermoide del tracto aerodigestivo superior. En muchos casos puede preceder al diagnóstico de la misma. En este caso no podemos asegurar del todo que se trate de un síndrome de Bazex ya que desconocemos si tiene afectación de las otras localizaciones características y el origen de la neoplasia.

La queratodermia palmoplantar paraneoplásica también puede ser secundaria a otras neoplasias, principalmente adenocarcinoma de ovario y mama.

La 1 es falsa porque no explica historia o contexto epidemiológico congruente con sarna noruega, si bien en esta habría hiperqueratosis esta sería generalizada y no plantar.

La 2, como hemos comentado, se descarta por el contexto clínico de la pregunta.

La 3 también se descarta por el contexto clínico de la pregunta, hay formas de psoriasis que afectan únicamente a palmas y plantas aunque en este caso no nos explican antecedentes personales o familiares de la misma.

La 4, las queratosis seborreicas son tumores benignos caracterizados por pápulas hiperqueratósicas de superficie untuosa que se localizan principalmente en cabeza y tronco. Curiosamente existe un discutido síndrome paraneoplásico caracterizado por la aparición de múltiples

Para más contenido ir a "www.BMpdf.com"

queratosis seborreicas en asociación a adenocarcinoma de estómago (Signo de Lesser-Trélat).

P028 MIR 2014-2015

Como hemos comentado en la pregunta anterior, estamos delante de una queratodermia plantar "a priori" paraneoplásica, por lo tanto debemos buscar una neoplasia. En este caso nos explican un signo guía importante, al paciente se le ha realizado una analítica que muestra una anemia microcítica e hipocroma (habitualmente ferropénica) cosa que es sugestiva de pérdida de sangre de manera crónica, teniendo en cuenta esto la exploración más adecuada a llevar a cabo sería una fibrogastroscopia para valorar el estado de la vía digestiva alta (4 cierta).

El resto de exploraciones no nos ayudarían a investigar una posible neoplasia teniendo en cuenta el contexto clínico (1 falsa). La biopsia de la lesión no aportaría información que permitiera el diagnóstico (5 falsa). Si sospechamos una neoplasia no adoptaríamos una conducta expectante (3 falsa). Tampoco sospechamos una enfermedad autoinmune tipo LES o vasculitis (2 falsa).

Por otra parte la pregunta "aprovecha" para recordarnos algunas causas de queratodermia palmoplantar adquirida (asociada a VIH, secundaria a ingesta de arsénico, secundaria a fármacos…).

P146 MIR 2014-2015

De las enfermedades que nos describen en la pregunta la que se presenta de forma paraneoplásica aunque también puede ser primaria o idiopática es la dermatomiositis (5 cierta). Nos explican una clínica de debilidad muscular, edema y exantema periorbitario violáceo (eritema en heliotropo) con pápulas queratósicas en cara dorsal de las articulaciones interfalángicas (pápulas de Gottron). Se ha descrito asociada principalmente a cáncer de ovario, mama, estómago y pulmón. La presentación del resto de respuestas de forma paraneoplásica es excepcional.

A modo de curiosidad la 1 es una púrpura de Schönlein Henoch, la 2 es un eritema multiforme, la 3 un lupus eritematoso cutáneo y la 4 se trata de un vitíligo asociado a una alopecia areata (asociación clásica).

P135 MIR 2009-2010

Las dermatosis paraneoplásicas son poco preguntadas en el MIR. Sin embargo, el síndrome de Sweet apareció por primera vez en la convocatoria 04-05, en forma de caso clínico y prácticamente idéntica. Antiguamente, el síndrome de Sweet se conocía como "dermatosis neutrofílica aguda febril". Normalmente no se rlaciona con tumores malignos, pero es una asociación bastante típica. En los casos en que así ocurre, normalmente se trata de neoplasias hematológicas, como sucede con la paciente de la pregunta. Debemos considerar que, pese a ello, esto sólo sucede en el 20-25% de los casos. Lo más frecuente es que sea idiopático o se asocie a infecciones banales.

El síndrome de Sweet suele manifestarse en mujeres de mediana edad, como en este caso. Clínicamente presentan fiebre, artralgias, malestar general y placas eritematoedematosas. Éstas suelen distribuirse en cara y tronco superior ("zona de escote"). En el hemograma es típica la aparición de leucocitosis con neutrofilia. Las placas son de un intenso color rojo oscuro, pseudoampollosas en el centro y de superficie ondulante, en forma de "montaña rusa". Son dolorosas al mínimo roce. El tratamiento de este cuadro se realiza con corticoides, a los que responde muy bien.

Para más contenido ir a " www.BMpdf.com "