



Preguntas de educación médica continua

Alteraciones extrahipocámpicas en epilepsia temporal mesial con esclerosis del hipocampo

- Señale la afirmación correcta:
 - Las alteraciones extrahipocámpicas en la esclerosis del hipocampo son poco frecuentes.
 - La atrofia del lóbulo temporal fue la alteración menos frecuente.
 - La más frecuente alteración encontrada fue la atrofia del pilar posterior del fórnix.
 - La alteración menos frecuente fue la atrofia de la circunvolución parahipocámpica.
- Para realizar el diagnóstico del síndrome de la epilepsia temporal mesial con esclerosis del hipocampo es necesario contar con:
 - IRM.
 - EEG.
 - Sintomatología con crisis de inicio temporal mesial.
 - Todas son correctas.
- Las hipótesis para explicar la lesión extrahipocámpica podrían ser las siguientes, excepto:
 - Desaferentación de la red neuronal.
 - Las crisis generan un incremento de los circuitos anómalos.
 - Efectos deletéreos en las áreas conectadas.
 - Una noxa lesiona el hipocampo y las estructuras extrahipocámpicas simultáneamente.
- El hallazgo de alteraciones extrahipocámpicas plantean lo siguiente:
 - Implicaciones pronósticas en cirugía de la epilepsia.
 - Daño en la red neuronal más que en una estructura anatómica.
 - Mayor número de alteraciones implica mayor tiempo de evolución de la epilepsia.
 - La asociación con convulsiones febriles explica la fisiopatología de las alteraciones.
- La zona de inicio del ictus en estos pacientes podría ubicarse en:
 - Hipocampo.
 - Amígdala.
 - Circunvolución parahipocámpica.
 - Todas son correctas.

Factores asociados a alteraciones secundarias del sistema de control atencional en pacientes afásicos

- ¿Qué subsistema del sistema cognitivo humano se encarga de las funciones de activación cortical, alerta, orientación del procesamiento cognitivo y control ejecutivo?
 - El subsistema de pensamiento.
 - El subsistema de memoria y aprendizaje.
 - El subsistema perceptivo.
 - El subsistema de procesamiento del lenguaje.
 - El subsistema atencional.
- ¿Qué componente del sistema atencional controla la distribución de recursos de procesamiento del sistema cognitivo?
 - Sistema de alerta.
 - Sistema de orientación hacia los estímulos ambientales.
 - Sistema ejecutivo central.
 - Sistema de control atencional.
 - Memoria de trabajo.
- ¿Por qué en presencia de lesión cerebral siempre se manifiestan alteraciones secundarias del sistema de control atencional?
 - Hay pérdida de automatismos cognitivos, como resultado del proceso fisiopatológico de la lesión.
 - La lesión provoca edema cerebral y mueren muchas neuronas.
 - Se muestran afectaciones de la memoria de trabajo y del ejecutivo central.
 - Siempre se dañan las estructuras de la formación reticular ascendente.
 - Hay daños frontales que imposibilitan el control atencional.

Guía práctica para la administración de rt-PA intravenoso en el ataque cerebral

- El manejo de la PA es muy importante en el paciente con accidente vascular cerebral en tratamiento trombolítico, por eso se recomiendan:
 - Fármacos orales de vida media corta dosificados según la respuesta.
 - Labetalol 10-20 mg i.v.

- c) Furosemida 40 mg i.v.
d) Amlodipina 10 mg v.o.
e) Todas son correctas.
10. **En un paciente de 90 años con accidente vascular cerebral isquémico agudo:**
a) Es contraindicación absoluta de trombólisis.
b) Depende del tiempo de la ventana.
c) Es imprescindible realizar un hepatograma y coagulograma previos.
d) El periodo de ventana es de 2 h.
e) Todas son correctas.
11. **Se debe suspender la perfusión de rt-PA si se observa:**
a) Epistaxis.
b) Mejoría del déficit neurológico.
c) Aumento de la PA a 180/110 mmHg.
d) Vómitos y cefalea.
e) Nunca se debe suspender la perfusión una vez iniciada.
12. **Después de recibido el tratamiento, se debe:**
a) A las 12 h, realizar una tomografía de control.
b) A las 10 h, iniciar antiagregación.
c) Esperar 48 h para colocar un acceso venoso.
d) Control de PA y NIH cada 30 min las primeras 24 h.
e) Ninguna de las anteriores es correcta.
-
- Hematoma subdural agudo tras tratamiento trombolítico intravenoso del ictus isquémico. Enseñanzas de un caso desafortunado**
13. **En relación con el hematoma subdural secundario a tratamiento trombolítico intravenoso, señale la correcta.**
a) Es frecuente con relación al tratamiento trombolítico intravenoso del ictus isquémico.
b) Se ha descrito hasta en el 0,2% de los infartos agudos de miocardio tratados mediante fibrinólisis.
c) En todos los casos descritos en ictus se describe traumatismo craneal previo.
d) Es el tipo de hemorragia intracraneal iatrogénica por trombólisis más frecuente.
e) El ajuste de la ventana radiológica no ayuda al diagnóstico.
14. **Respecto al tratamiento trombolítico del ictus isquémico señale la falsa:**
a) Es un tratamiento de gran eficacia.
b) La mejoría funcional se consigue en uno de cada 3 pacientes tratados.
c) Aumenta el riesgo de transformación hemorrágica intraparenquimatosa entre 2 y 2,5 veces.
d) La transformación hemorrágica intraparenquimatosa pueden empeorar dramáticamente el pronóstico.
e) Es un tratamiento aplicable por la generalidad de los especialistas y no precisa su aplicación por especialistas en patología vascular cerebral.
15. **Respecto al hematoma subdural, señale la correcta:**
a) Es visible como una lámina hiperdensa en forma de semiluna cóncava en la TC craneal.
b) Es visible como una lámina hipodensa en forma de semiluna cóncava en la TC craneal.
c) Es visible como una lámina hiperdensa en forma de semiluna convexa en la TC craneal.
d) Es visible como una lámina hipodensa en forma de semiluna convexa en la TC craneal.
e) La TC craneal no es la mejor herramienta diagnóstica.
16. **Respecto a la aplicación de tratamiento trombolítico intravenoso en el ictus isquémico, señale la falsa:**
a) Debe ser llevado a cabo por personal experto en patología cerebrovascular.
b) Debe excluirse la presencia de una hemorragia intracraneal previamente al tratamiento.
c) El ajuste de la ventana radiológica no ayuda para el diagnóstico de hematomas subdurales laminares no adecuadamente visibles con la ventana parenquimatosa habitual.
d) El paciente debe ser monitorizado estrechamente por el riesgo de complicaciones hemorrágicas.
e) La tasa de transformación hemorrágica intracraneal sintomática se sitúa alrededor del 6%.
-
- Evolución histórica de la neurología argentina**
17. **¿En qué año se ha creado la Neurología en el mundo?**
a) 1881.
b) 1882.
c) 1883.
d) 1884.
e) 1885.
18. **¿Quién fue el primer neurólogo de Argentina?**
a) Dr. Martín García.
b) Dr. José María Ramos Mejía.
c) Dr. Domingo Cabred.
d) Dr. José Borda.
e) Dr. Christofredo Jakob.
19. **¿Cuál fue una de las principales obras del Dr. Christofredo Jakob?**
a) *Folia Neurobiológica Argentina*.
b) *Atlas de Histología*.
c) *Revista Neurología Buenos Aires*.
d) *Atlas de Anatomía*.
e) *Folia Neurológica Argentina*.
20. **¿Cuál fue la primera revista de neurología en Argentina?**
a) *Atlas de Histología*.
b) *Revista Neurológica de Buenos Aires*.
c) *Atlas de Anatomía*.
d) *Folia Neurológica Argentina*.
e) *Folia Neurobiológica Argentina*.