

SUPUESTO PRÁCTICO 1

Mujer de 52 años, exfumadora desde hace 2 años con consumo acumulado de unos 23 paquetes-año. Como antecedentes quirúrgicos cabe destacar:

- Fusión posterior con instrumentación transpedicular L5-S1 por lumbociatalgia izquierda con radiculopatía S1 por discopatía L5-S1 en 2002.
- Corpectomía C5 por mielopatía cervical secundaria a discopatía degenerativa C4-C5 y C5-C6 en 2010.
- Anexectomía izquierda por endometrioma ovárico izquierdo en 2016.
- Tiroidectomía total y linfadenectomía por carcinoma papilar de tiroides en 2019.

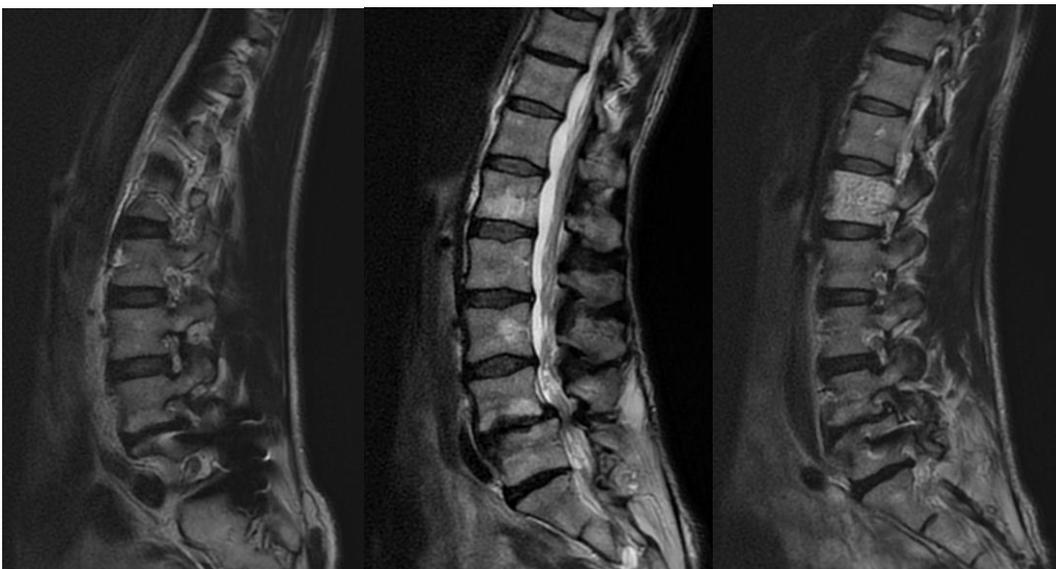
La paciente refiere clínica de dos años de evolución de dolor lumbar de intensidad progresiva, que se intensifica de forma marcada durante la deambulación y durante la bipedestación prolongada. No existe irradiación en reposo, pero al caminar más de 200 metros comienza con dolor fulgurante irradiado a la cara posterior de ambas extremidades, alcanzando el maléolo externo, el dorso y la planta de ambos pies. Cuando la clínica aparece tiene que sentarse, ya que de otra forma ha llegado a caerse porque se le han dormido las piernas.

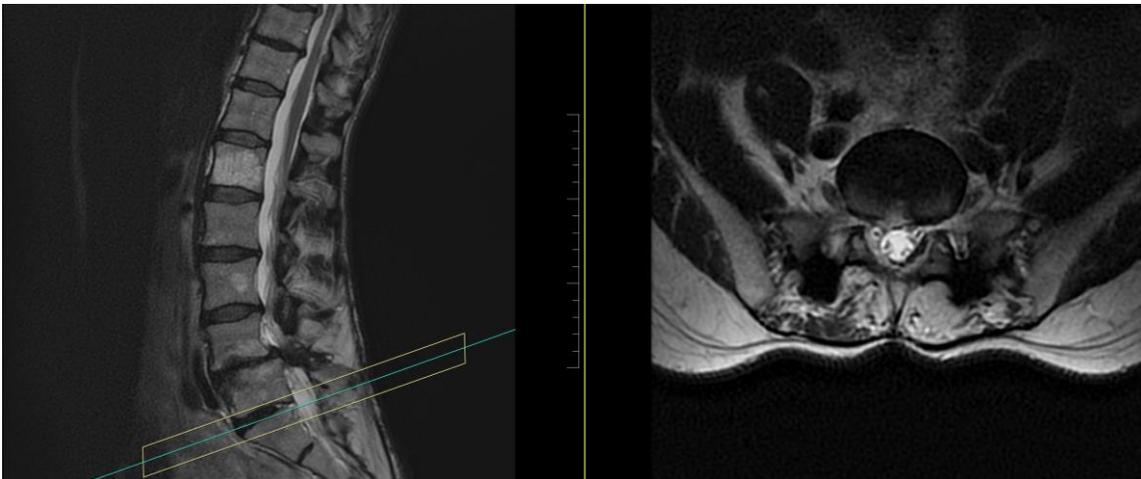
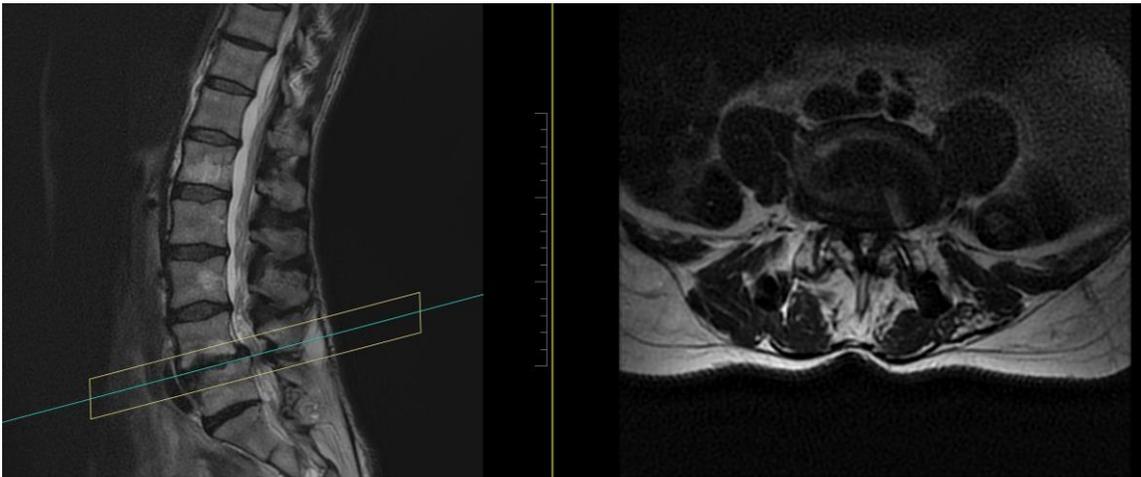
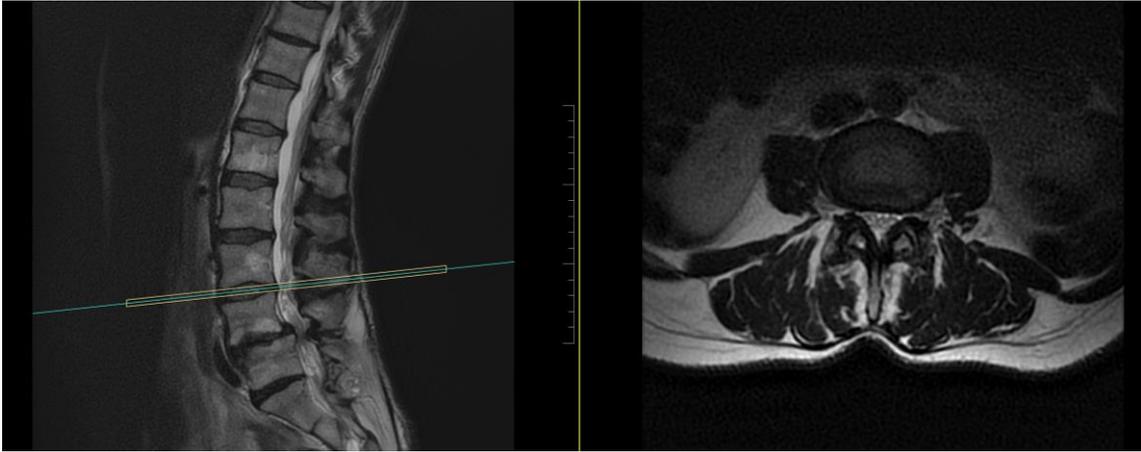
La exploración física resulta anodina, contando como únicos hallazgos hipocinesia de ambos reflejos aquileos y limitación álgica para la extensión y, en menor medida, para la rotación del tronco.

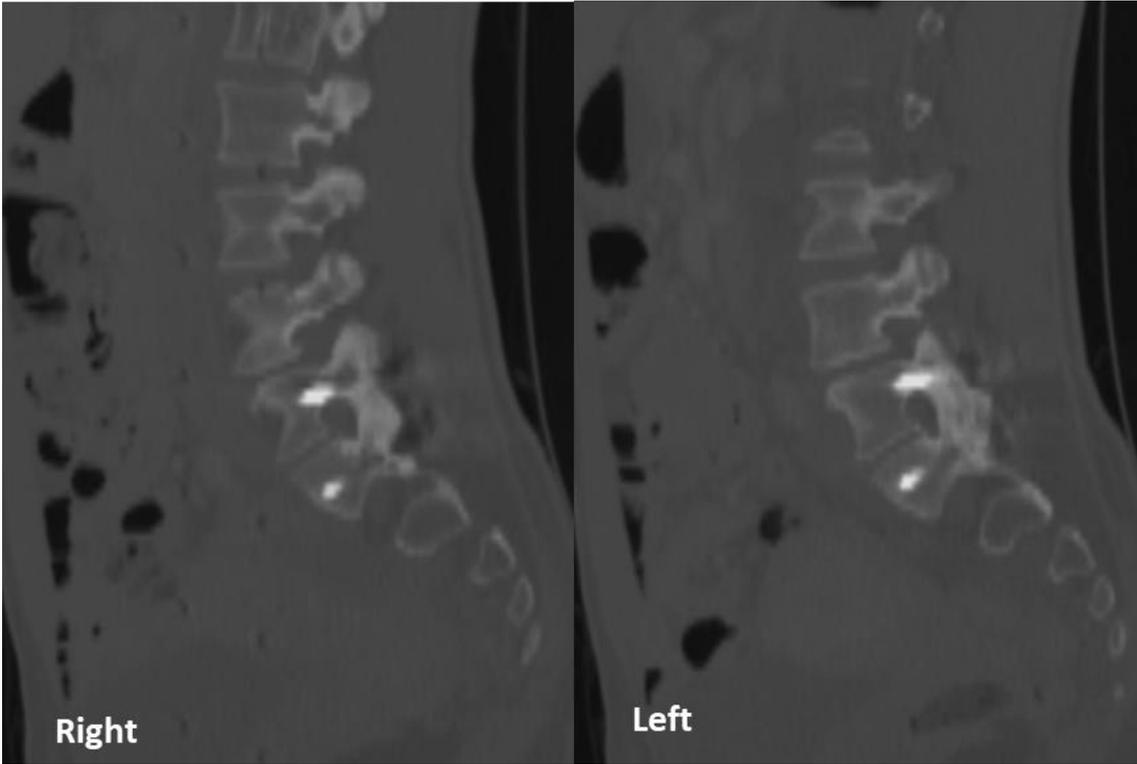
El estudio neurofisiológico muestra una radiculopatía L5 y S1 bilateral de carácter leve-moderado, pero con signos de denervación en L5.

Se adjuntan las pruebas de neuroimagen realizadas. Las telemetrías muestran una plomada vertical (*sagittal vertical axis*; SVA) de 6 mm, con los siguientes parámetros de balance sagital:

- Incidencia pélvica (pelvic incidence; PI) = 52°
- Inclinación sacra (sacral slope; SS) = 32°
- Inclinación pélvica (pelvic tilt; PT) = 20°
- Lordosis lumbar = 46°
- Lordosis regional L4-S1 = 13°





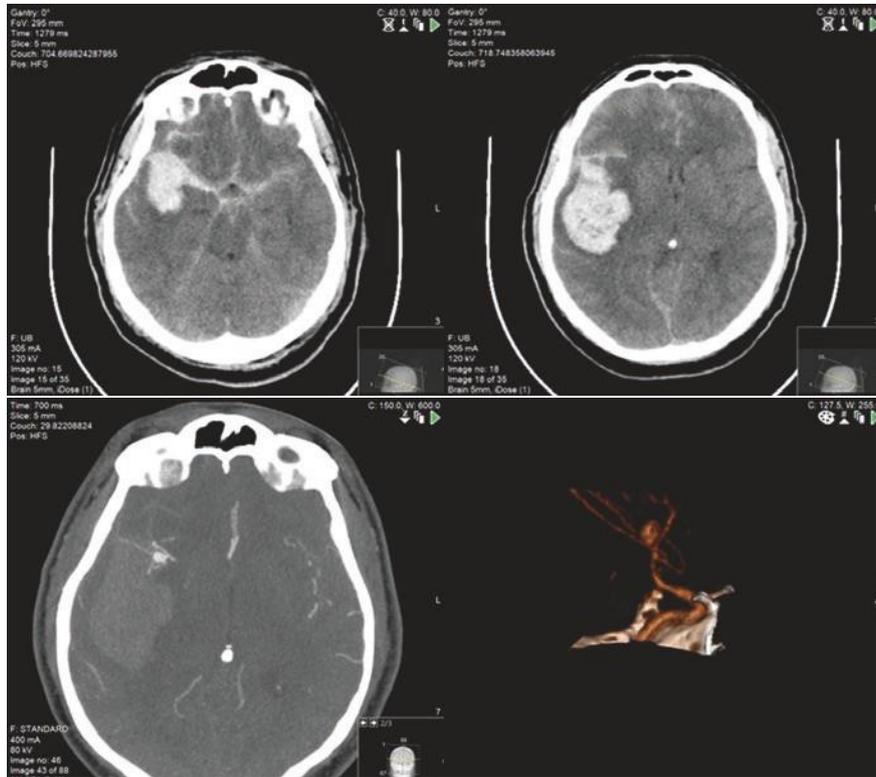




- 1. Describa la epidemiología y las bases biomecánicas del síndrome que afecta al paciente.**
- 2. ¿Qué opciones terapéuticas existen para mejorar la calidad de vida del paciente?**
- 3. Si la paciente optase por la cirugía ¿Qué alternativa quirúrgica le plantearía? ¿Qué información relevante discutiría con la paciente durante el proceso de consentimiento informado? Describa cómo realizaría el procedimiento quirúrgico que ha seleccionado para la paciente.**
- 4. Describa la tecnología adyuvante que podría ser de utilidad a la hora de planificar y llevar a cabo el tratamiento quirúrgico y la justificación de su uso.**

CASO PRÁCTICO 2

Varón de 48 años, poliquistosis renal con insuficiencia renal en diálisis a la espera de trasplante renal, hipertensión arterial en tratamiento farmacológico, presenta cefalea súbita y rápido deterioro del nivel de conciencia a GCS E1 V1 M4, pupila derecha fija y dilatada. Se realiza TAC con angioTAC de urgencia que muestra los siguientes hallazgos:



Con respecto a este paciente:

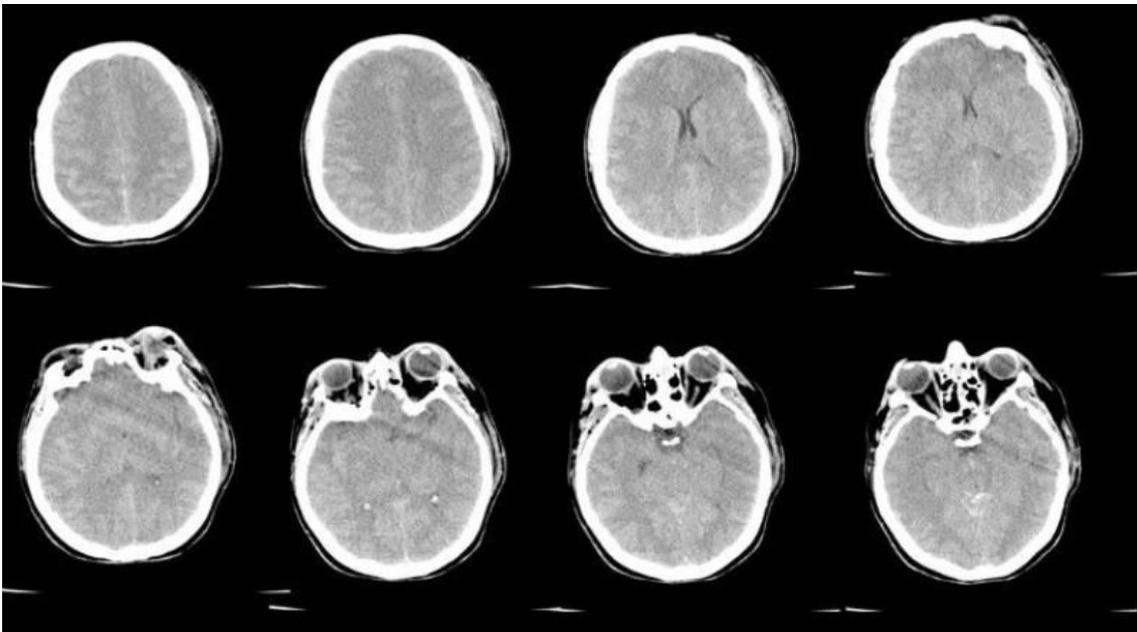
- 1. Describa los hallazgos radiológicos y defina la lesión por tamaño, localización, proyección y relación con estructuras vasculares adyacentes.**
- 2. Describa el tratamiento integral del paciente. Razone las opciones terapéuticas y describa el protocolo de tratamiento más adecuado. Revise los estudios más importantes de la literatura comparando el clipaje con el tratamiento endovascular en el tratamiento de los aneurismas cerebrales rotos y relaciónelos con este caso.**
- 3. El paciente es un varón con poliquistosis renal autosómica dominante (PQRAD). Razone si esta es la situación más frecuente o si es más frecuente la presencia de aneurismas en mujeres con PQRAD. Describa otras lesiones vasculares cerebrales en relación con dicha enfermedad. Finalmente, explique cómo condiciona el hecho de que el paciente esté a la espera de trasplante, el tratamiento del paciente.**
- 4. Finalmente, identifique, si existen, factores de riesgo de ruptura en la geometría o disposición de los aneurismas que pueden identificarse en aneurismas no rotos para prevenir casos como este.**

CASO PRÁCTICO 3

Se trata de una paciente de 29 años de edad sin antecedentes de interés ni tratamientos previos que sufre un atropello. Es atendida en el lugar del accidente constatándose un GCS=6(M4). Es intubada para el transporte. Presenta varios episodios de hipotensión, objetivándose en FAST líquido libre para esplénico.

A su llegada al Hospital presenta un GCS E1M4Vt. Presenta hipotensión que no responde a cristaloides. Con respecto a esta paciente:

- 1. Describa el manejo general desde el punto de vista global a la llegada al Hospital.**
- 2. Se realiza el TC craneal que se adjunta. Describa el tipo de lesión que presenta y qué manejo inicial consideraría más oportuno.**



- 3. La paciente presenta hipertensión intracraneal de difícil control. Describa el algoritmo de manejo de la presión intracraneal en este caso.**
- 4. Realice una descripción de la literatura reciente sobre el posible manejo quirúrgico de esta paciente en el caso de hipertensión intracraneal refractaria. Alternativas de tratamiento y resultados de las posibles técnicas quirúrgicas. Describa qué información les daría a los familiares.**