



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

Examen del concurs oposició per optar a places de la categoria facultatiu/facultativa especialista d'àrea de neurologia del Servei de Salut de les Illes Balears

Advertiments:

- No obriu el qüestionari fins que us ho indiquin.
- Si observau alguna anomalia en la impressió del qüestionari, demanau que us el canviïn.
- Aquesta prova consta de cinc casos pràctics, dels quals n'heu de triar només un per respondre les preguntes que s'hi formulen. A cada pregunta s'hi ha assignat una puntuació pròpia.
- La valoració global de la prova és de 60 punts; per superar-la cal aconseguir la puntuació mínima de 30 punts.
- Durant la prova heu de mantenir apagats el telèfon mòbil i qualsevol altre aparell que permeti la comunicació telemàtica.
- El temps per completar l'exercici és de dues hores (120 minuts).



Cas pràctic 1: dona de 75 anys traslladada al servei d'urgències per la seva filla unes sis hores després d'haver patit una caiguda a ca seva

ANTECEDENTS

- Sense hàbits tòxics.
- Hipertensió arterial en tractament amb captopril.
- Dislipèmia en tractament amb simvastatina.
- Rankin previ 0.
- El dia anterior presentava episodis recorrents de vertigen, amb nàusees i vòmits, i lleu inestabilitat en la deambulació. La pacient referia que es notava marejada en anar a jeure de nit. L'endemà, en aixecar-se, va caure sobre el costat dret.
- En els tres mesos previs havia presentat cefalees bitemporals, pulsàtils. Durant el mateix període de temps va referir molèsties en la masticació.
- La pacient no presenta altres símptomes addicionals neurològics, oftalmològics, febre o símptomes constitucionals.

EXPLORACIÓ FÍSICA

- Sense febre.
- Freqüència cardíaca: 80 ppm; tensió arterial: 140/60.

EXPLORACIÓ SISTÈMICA PER APARELLS

- Irrellevant.

EXPLORACIÓ NEUROLÒGICA

- Pacient conscient, orientada en les tres esferes.
- Disfonia i disfàgia, miosis i ptosis dretes, nistagme rotatori a la mirada lateral esquerra, reflex corneal dret abolit, hipoestèsia facial dreta, desviació de l'úvula a l'esquerra i reflex nauseabund abolit en el costat dret.
- Força muscular: 5/5 a les extremitats, reflexos miotàtics conservats, simètrics, i reflex cutani plantar flexor bilateral. Hipoestèsia braquiocrural esquerra. Dismetria dit-nas i taló-genoll dreta i atàxia troncal.
- Incapaç de caminar sense ajuda a causa d'inestabilitat en la marxa.
- Escala NIHSS = 3.



EXPLORACIÓ RADIOLÒGICA (vegeu les imatges de les pàgines següents)

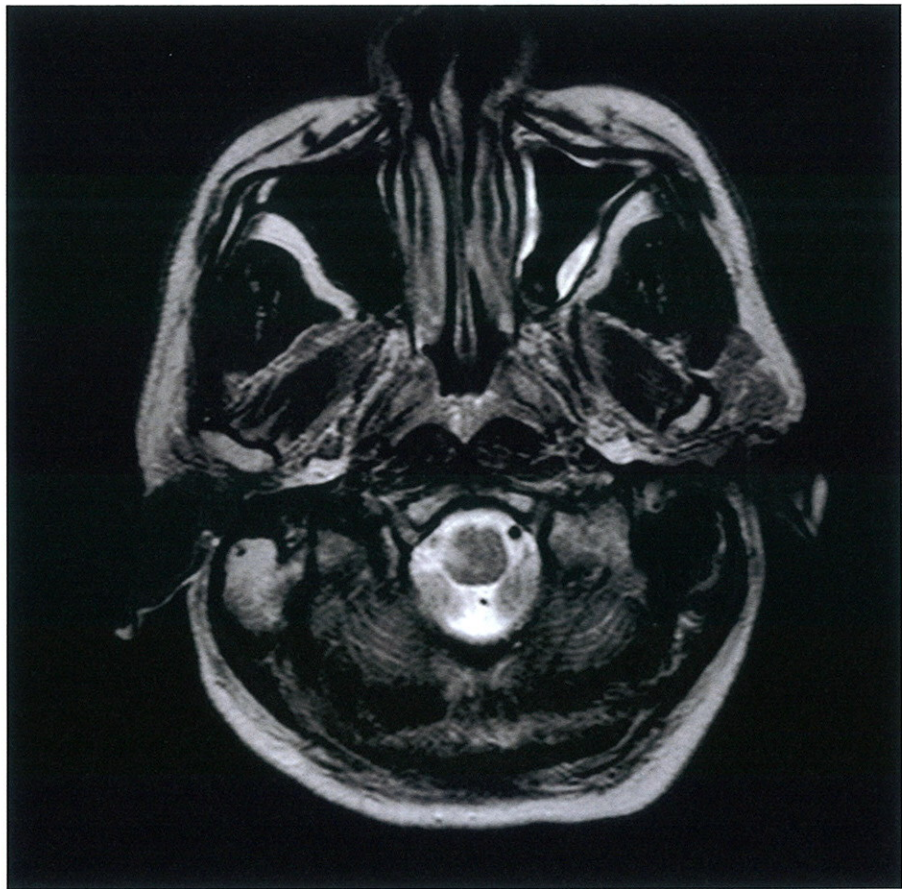
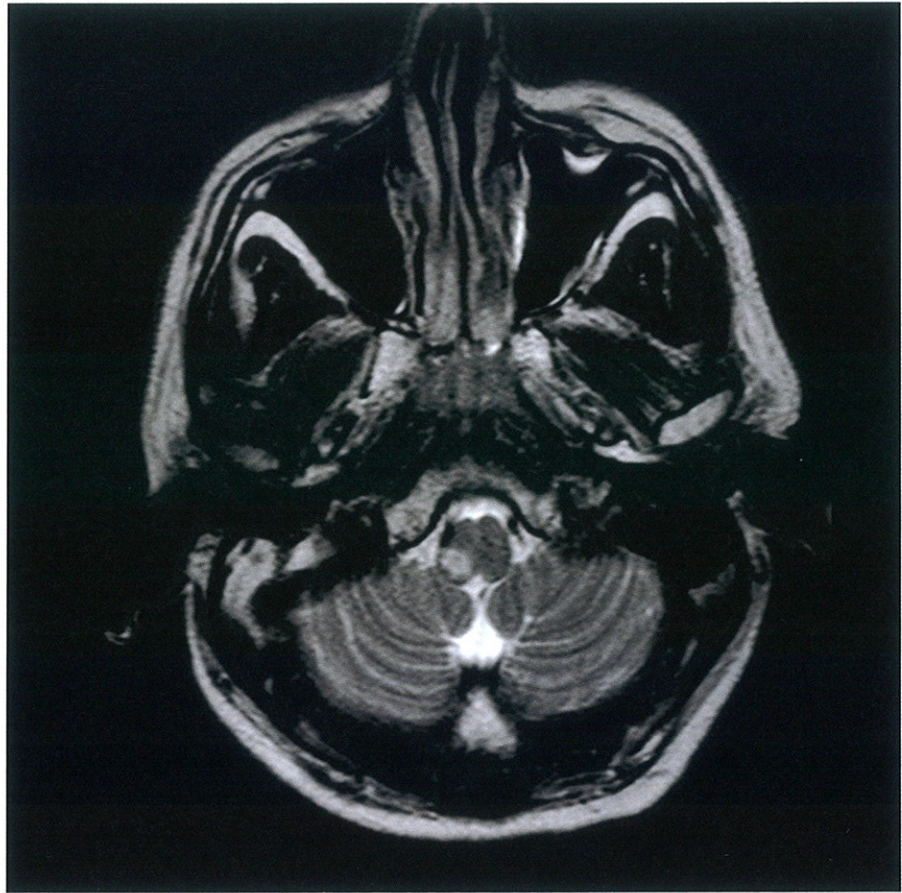
- Electrocardiograma i radiografia del tòrax: normals.
- TAC cranial: sense alteracions.
- Ressonància magnètica cranial sense contrast: lesió amb hipersenyal en Flair i en T2, que restringeix la difusió suggestiva de lesió isquèmica aguda en un territori determinat.
- Angiotomografia:
 - Estenosis multifocals amb zones de disminució del calibre, d'aspecte en forma de rosari, en ambdues artèries vertebrals, amb oclusió del quart segment de l'artèria vertebral dreta.
 - Artèria basilar: permeable.
 - La resta d'artèries extracranials o intracranials: calibre i morfologia normals.
 - Les troballes són compatibles amb vasculitis, amb afectació d'ambdues artèries vertebrals a nivell extracranial, amb oclusió de la vertebral dreta.

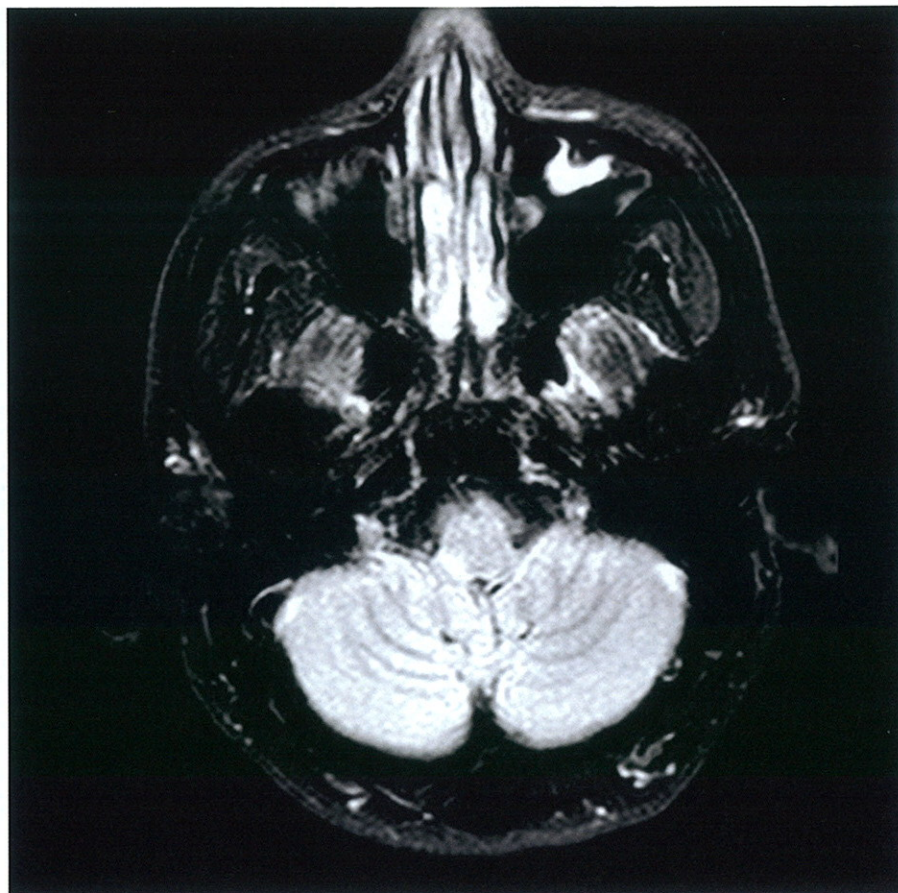
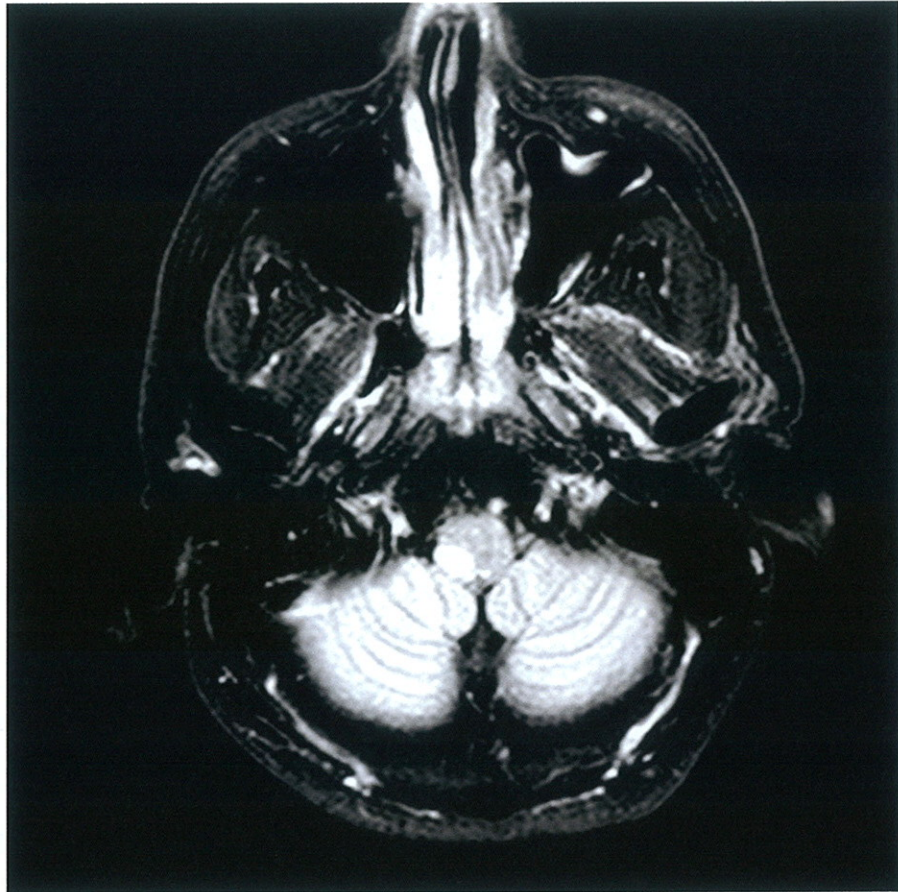
ANALÍTICA

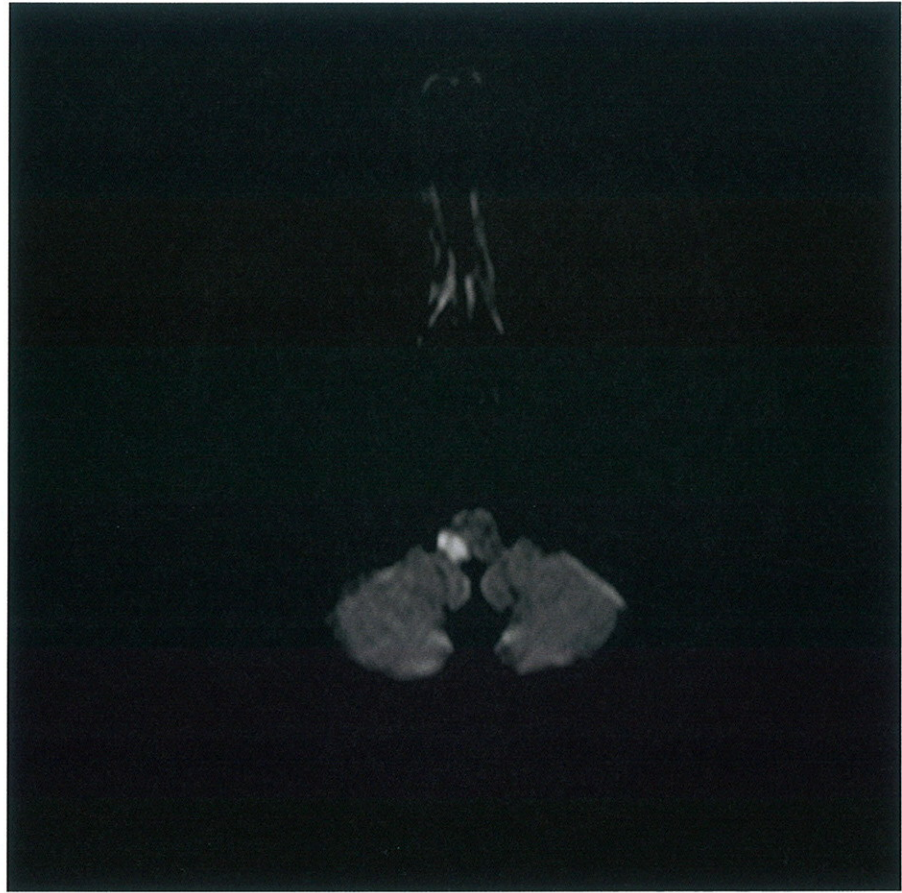
- VSG: 97 mm/h.
- PCR: 21 mg/dl (normal < 0,50).
- Hemograma:
 - Hemoglobina: 10,7 g/dl.
 - Hematòcrit: 38 %.
 - Leucòcits: 8.500, amb fórmula normal.
 - Plaquetes: 450.000.
- Bioquímica:
 - Urea, creatinina, glucosa, bilirubina, proteïnes totals i proteinograma, GOT, GPT, FA, GGT, CK: normals.
 - Colesterol: 259 mg/dl.
 - FR ANA, anti-ENA, ANCA, ANA, anticossos antifosfolípids, anticoagulant lúpic: negatius.
 - Antitrombina III, C3, C4: normals.
 - Serologia luètica, *Borrellia*, VIH: negatives.

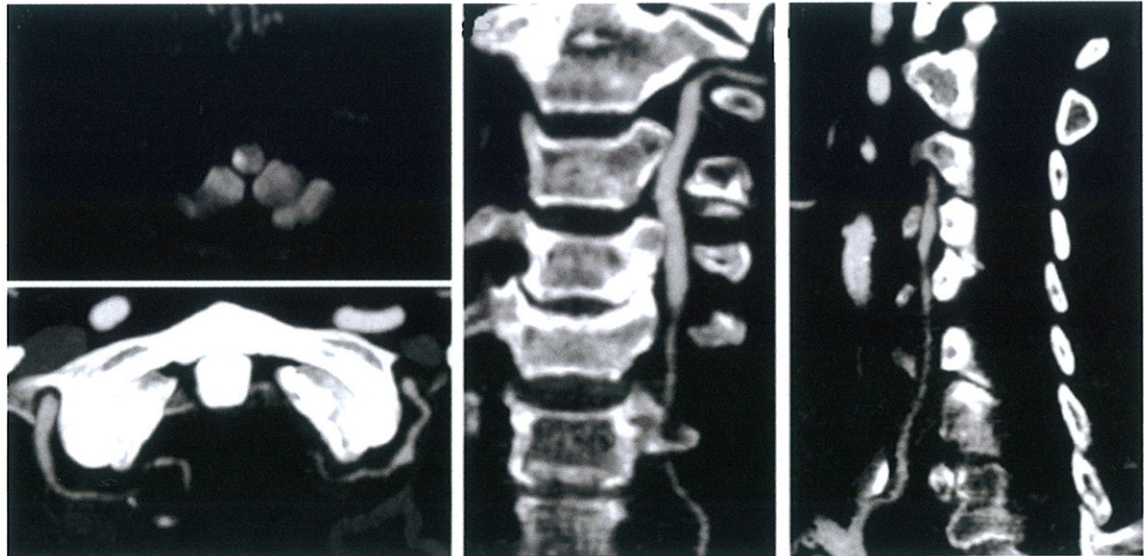
ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÀCICA I HOLTER

- Resultats normals.









Es va iniciar un tractament i es va sol·licitar una prova que va confirmar la sospita diagnòstica.

Al cap de quatre dies d'hospitalització, la cefalea havia remès però persistia la dismetria a les extremitats dretes. En el moment de l'alta, el quadre neurològic havia millorat i únicament presentava inestabilitat de la marxa.

PREGUNTES

1. Atesa la semiologia de la pacient, quines estructures estan afectades i a quina síndrome clínica correspon?
2. A quina àrea evidenciada en la ressonància magnètica es localitza la lesió i quin és el territori arterial implicat? Quines troballes són rellevants en l'angiotomografia en aquest cas?
3. Quin diagnòstic diferencial plantejaríeu?
4. Quina és la prova diagnòstica que estaria indicada i quines troballes esperaríeu trobar-hi? Quines altres exploracions complementàries hi aportarien informació?
5. Considerant la clínica i els resultats de l'anàlisi i de l'exploració radiològica, quin diagnòstic us sembla més probable? Descriviu breument la malaltia.
6. Indica el tractament d'elecció i si hi ha alternatives.



Cas pràctic 2: home de 68 anys remès a la consulta de neurologia pel seu metge de família per «alentiment global» de pocs mesos d'evolució

ANTECEDENTS

- Hipertensió arterial.
- Diabetis *mellitus* de tipus 2.
- Intervingut d'un carcinoma a la bufeta, la pròstata i la tiroide. Sense malaltia oncològica en el moment de la consulta.
- Tractament amb Eutirox[®], doxazosina, losartan, àcid acetilsalicílic i metformina.

SITUACIÓ ACTUAL

Des de fa menys d'un any els familiars del pacient el veuen lent en tots els moviments que fa, però els resulta curiós que va «molt accelerat» quan camina. També els crida l'atenció que sembla que no pot moure amb facilitat l'extremitat superior dreta. A més, el troben seriós i trist.

EXPLORACIÓ NEUROLÒGICA EN LA PRIMERA VALORACIÓ

- Pacient amb bon nivell de consciència i atenció.
- Poc participatiu en l'entrevista.
- Ben orientat en les tres esferes.
- Sense alteracions de la parla ni del llenguatge.
- Sense dèficit motor ni sensitiv a les extremitats. Reflexos tendinosos profunds presents, simètrics.
- Maniobres cerebel·loses normals. Marxa àgil, però amb absència de braceig de l'extremitat superior dreta. Lleu rigidesa a l'extremitat superior dreta. Alteració de la destresa digital i de l'agilitat de la mà i del braç drets. Sense tremolor. Reflexos posturals conservats.
- El metge avaluador resumeix l'exploració com a síndrome rigidoacínètica asimètrica.
- Se sol·liciten algunes exploracions complementàries.

TRACTAMENT

- Rasagilina: 1 mg/dia.
- Rotigotina: dosis progressives de fins a 12 mg/dia.

EVOLUCIÓ DEL CAS

- AL CAP DE 3 MESOS DES DE LA PRIMERA CONSULTA l'evolució del pacient no era res favorable: pianista de professió, explica que no podia tocar gaire amb l'extremitat superior dreta i que no havia notat cap millora amb la medicació. Els seus familiars estaven preocupats perquè, a més, el veien «canviat» en alguns comportaments, com ara menjar a deshora o gastar més de l'habitual, tot i que sempre havia estat molt estalviador. També semblava tenir dificultats per expressar-se, especialment per evocar les paraules.

Malgrat aquestes queixes, el neuròleg no va observar canvis respecte de l'exploració prèvia, però va decidir iniciar L-dopa en dosis de 300 mg/dia i deixar igual el tractament previ.

- AL CAP D'11 MESOS DES DE LA PRIMERA CONSULTA, l'evolució del pacient continuava essent molt desfavorable, sobretot perquè presentava més dificultats per trobar les paraules, estava irritable i molt poc participatiu socialment, passava moltes hores revisant partitures amb l'ordinador i no dormia gaire. A nivell motor remarcava la gran dificultat de fer servir l'extremitat superior dreta («està tornant esquerrà», deia l'esposa) i com la marxa era cada vegada més ràpida i la postura cada vegada més inclinada cap endavant.

En els controls immediats posteriors a aquesta visita, després d'alguns canvis terapèutics, el pacient havia millorat una mica pel que fa a la conducta i acudia sense necessitat d'acompanyament a un centre per a l'estimulació cognitiva. No obstant això, el llenguatge s'havia empobrit molt i presentava altres alteracions en l'avaluació neuropsicològica. El metge va afegir al tractament rivastigmina en pegats transdèrmics.

Els familiars insistien en el fet que emprava molt poc la mà dreta, però el pacient no expressava ara cap queixa sobre aquesta limitació; fins i tot li havien de recordar que l'empràs a l'hora de menjar o agafar objectes.

- AL CAP DE 20 MESOS DES DE LA PRIMERA CONSULTA s'havia registrat que el pacient queia fàcilment, la mà dreta continuava molt maldestra i els familiars el veien desmemoriat. En l'exploració es va deixar constància dels signes següents: llenguatge molt poc fluent, parc i disàrtric, però amb respostes coherents a preguntes senzilles; fàcies hipomímica; síndrome rigidoacínètica dreta; mà dreta amb gran pèrdua de destresa de moviments, sense esmentar altres signes en aquesta; alentiment dels moviments sacàdics verticals i horitzontals de la mirada.
- AL CAP DE 2 ANYS DE LA PRIMERA VALORACIÓ tots els signes anteriors havien empitjorat, i alguns s'havien fet més clars. El pacient estava institucionalitzat i presentava dificultats per empassar i doble incontinència.
- Va ser èxitus a l'edat de 71 anys després d'uns 3 anys d'evolució de la malaltia. La família va donar el consentiment per fer-li l'autòpsia.

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

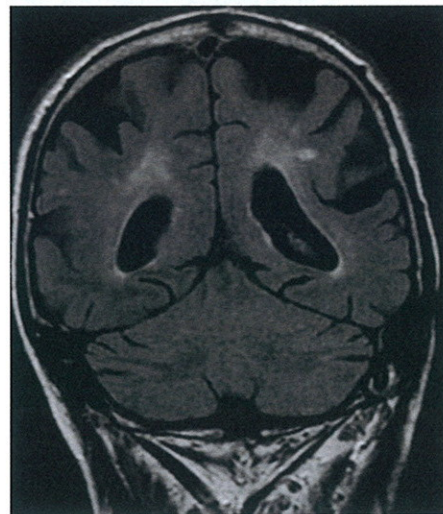
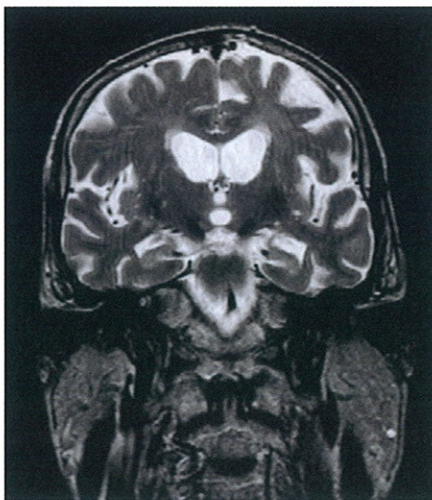
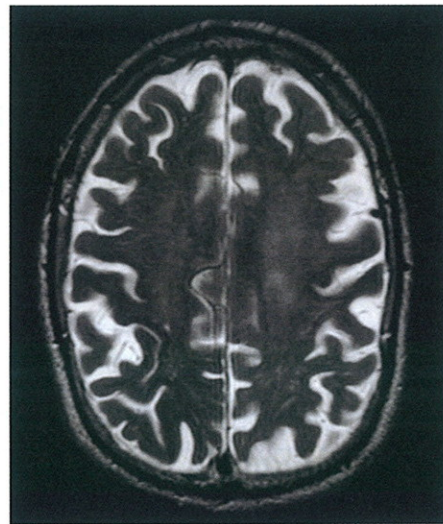
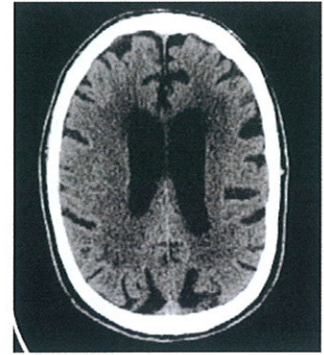
– Líquid cefalorraquidi:

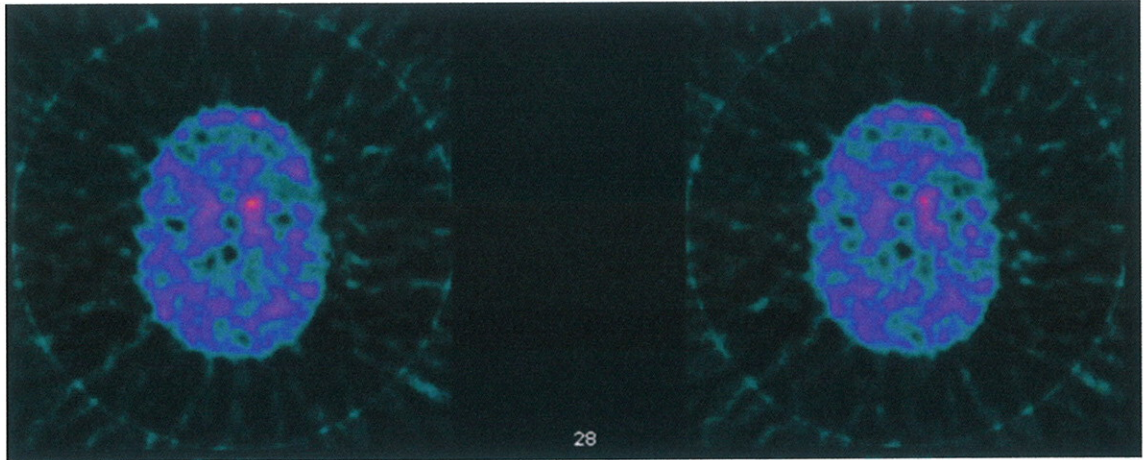
Proteïna β -amiloide (1-42) 688,00 pg/ml Punt de tall: 550 (495-550) pg/ml

Proteïna tau 229,00 pg/ml Punt de tall: 375 (375-412) pg/ml

Proteïna tau fosforilada 36,00 pg/ml Punt de tall: 60 (60-66) pg/ml

– TAC cranial, ressonància cranial i DatSCAN (vegeu les imatges següents):





PREGUNTES

1. Quin diagnòstic o quins diagnòstics hauríeu plantejat en cada fase de valoració de la malaltia que a continuació es defineixen segons les dades clíniques aportades (i segons la valoració que feu de les exploracions aportades)? Argumentau cada diagnòstic o diagnòstic diferencial plantejat:
 - Visita inicial.
 - Al cap de 3 mesos des de la visita inicial.
 - Al cap d'11 mesos des de la visita inicial.
 - Al cap de 20 mesos des de la visita inicial i més enllà.
2. Descriviu les troballes que ressaltaríeu en les exploracions complementàries mostrades.
3. Quines dades hauríeu interrogat en l'anamnesi o explorat en la valoració d'un cas així (en la primera valoració o en les successives) i que no figuren en la descripció? De la mateixa manera, us hauria agradat valorar altres talls radiològics? En cas afirmatiu, ¿amb quin objectiu?
4. Quin diagnòstic clínic final hauríeu fet veient l'evolució del cas? (Us podeu debatre entre dos diagnòstics si cal.)
5. Si coneixeu els criteris diagnòstics de la malaltia que estau considerant com a diagnòstic més probable, descriviu-los.
6. Quins signes d'afectació cortical penseu que s'assenyalen en el cas? Descriviu-los i explica breument com s'explora cadascun.
7. Com s'ha esmentat, al pacient li van fer una prova neuropsicològica. Descriviu quines àrees cognitives podrien estar més afectades segons el diagnòstic de sospita final que heu fet.



8. Hauríeu fet alguna altra exploració? Argumentau-ho i digau quines troballes esperaríeu trobar-hi.
9. Quin abordatge terapèutic hauríeu donat al cas? Incloeu tots els aspectes que vulgueu assenyalar en l'abordatge d'una malaltia com aquesta, fins i tot si no s'hi esmenten.
10. Com s'ha dit, es va poder fer l'autòpsia al pacient. Segons la sospita diagnòstica clínica que heu fet, quines troballes anatomopatològiques esperaríeu trobar-hi?



Cas pràctic 3: jove de 22 anys que acudeix al servei d'urgències a causa de debilitat a les quatre extremitats

ANTECEDENTS PERSONALS

- Estudiant de Dret.
- Sense antecedents mèdics coneguts.
- Sense hàbits tòxics.
- Sense antecedents patològics.
- Mare amb lupus eritematós sistèmic.

SITUACIÓ ACTUAL

- La pacient acudeix al servei d'urgències perquè presenta debilitat a les quatre extremitats des de fa devers 8 hores, amb empitjorament en les hores següents fins a dificultar-li la deambulació. No refereix cap més simptomatologia neurològica.
- No ha tingut febre ni simptomatologia infecciosa en els dies anteriors.
- No té antecedents epidemiològics d'interès.

EXPLORACIÓ FÍSICA EN ARRIBAR AL SERVEI D'URGÈNCIES

- Tensió arterial: 120/60 mmHg.
- Freqüència cardíaca: 75 bpm.
- Sense febre.

EXPLORACIÓ FÍSICA GENERAL

- Eupneica, bon estat general, normocoloració de la pell i de les mucoses, i sense adenopaties en les cadenes accessibles.
- Auscultació cardíaca rítmica: sense bufs.
- Auscultació pulmonar: normal.
- Abdomen: tou, depressible, sense masses ni megàlies, ni dolor en la palpació profunda.
- Extremitats inferiors: sense edema ni flebitis; polsos presents.

EXPLORACIÓ NEUROLÒGICA

- Conscient i orientada en el temps i a l'espai. Parla i llenguatge: normals.
- Parells cranials: normals. Agudesa visual: 1 bilateral.
- Campimetria per confrontació: normal.
- Força: tetraparèsia (3/5 global).
- Sensibilitat: anestèsia tàctil i algèsica des de C2. Sensibilitat posicional, grafoestèsica i vibratòria, abolides en les quatre extremitats.
- Reflexos d'estirament muscular: presents i simètrics.
- Reflex cutani plantar: extensor bilateral.
- Proves cerebel·loses: no valorables atesa la parèsia. Sense nistagme.
- Signe de Lhermitte: negatiu.

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

- Analítiques generals de la sang i de l'orina: normals.
- Vitamina B₁₂ i àcid fòlic: normals.
- Serologies de lues, Lyme, HIV, micoplasma i *Brucella*: negatives.
- Electrocardiograma: ritme sinusal sense alteracions de la repolarització.
- Radiografia del tòrax: sense alteracions.
- Ressonància magnètica medullar: vegeu les imatges 1-6.
- Estudi del líquid cefaloraquídi:
 - Bioquímica i ADA: normals.
 - Citologia: negativa per malignitat.
 - Immunologia: no es detecta síntesi intratecal d'IgG. BOC IgG: negatives.
 - Microbiologia: negativa.

EVOLUCIÓ CLÍNICA

- Després d'obtenir les neuroimatges i fer la punció lumbar s'inicia un tractament amb megadosi de metilprednisolona (1 g/dia per la via intravenosa durant 5 dies); malgrat el tractament, la pacient empitjora clínicament fins a presentar tetraplegia.
- Es repeteixen les neuroimatges per ressonància magnètica medullar: vegeu les imatges 7-12.
- Es completa l'estudi amb les exploracions complementàries següents:
 - Ressonància magnètica cranial: vegeu la imatge 13.
 - PEV: normals.
 - OCT: normal.

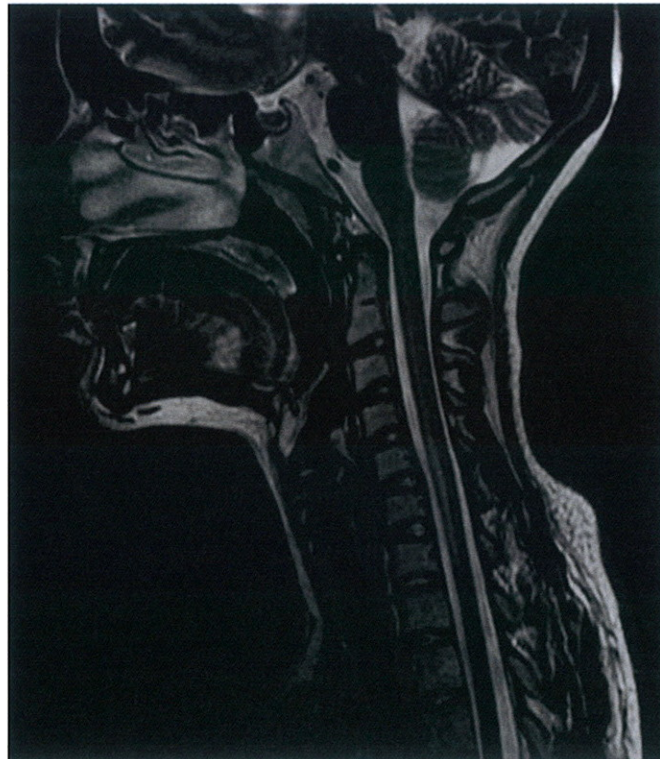
PREGUNTES

1. Descriu les imatges de les ressonàncies magnètiques medul·lars i de la ressonància magnètica cerebral.
2. Descriu el diagnòstic sindròmic i topogràfic.
3. Determinau el diagnòstic diferencial etiològic de la síndrome que presenta la pacient.
4. Quines exploracions complementàries sol·licitaríeu per arribar al diagnòstic?
5. Quin és el diagnòstic més probable? Justificau-lo.
6. Com tractaríeu la pacient?
7. Per quina raó va empitjorar la pacient amb la megadosi de corticoides?
8. Descriu l'entitat que considereu com a diagnòstic més probable que presenta la pacient.

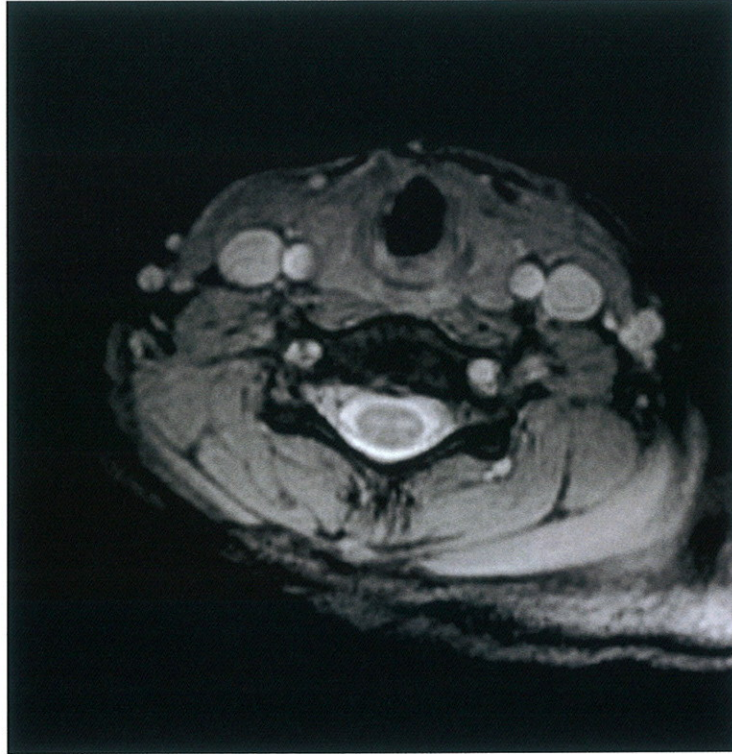
Imatge 1



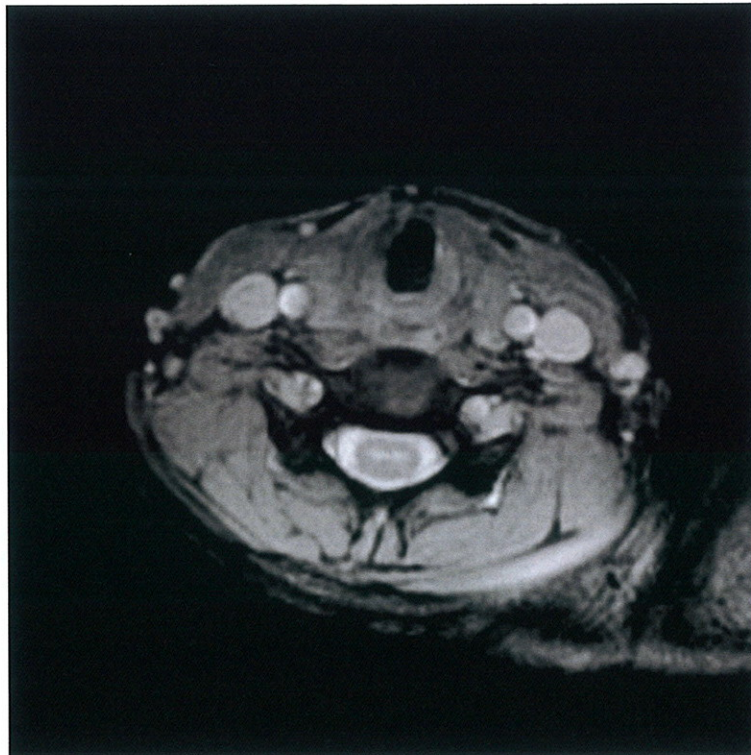
Imatge 2



Imatge 3



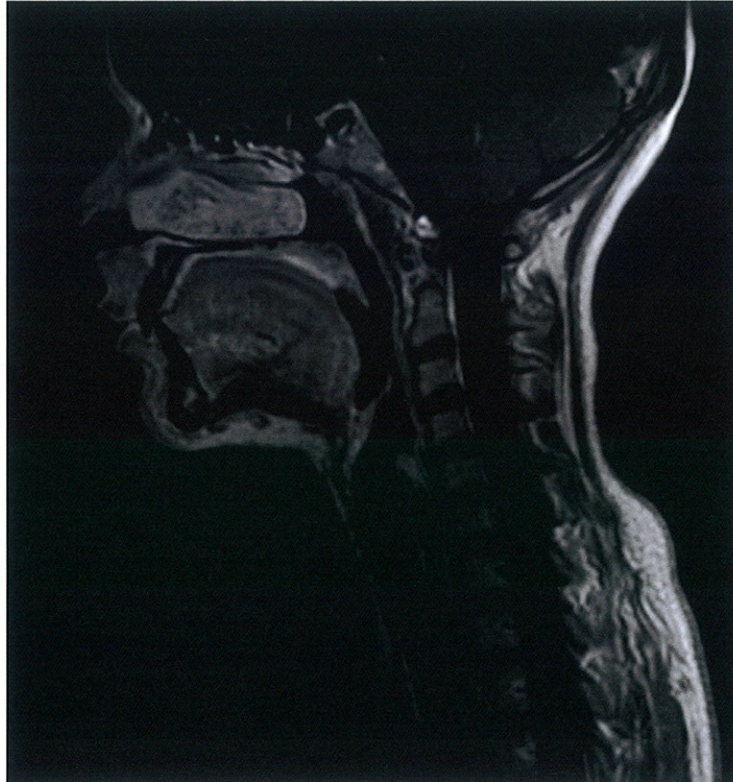
Imatge 4



Imatge 5



Imatge 6



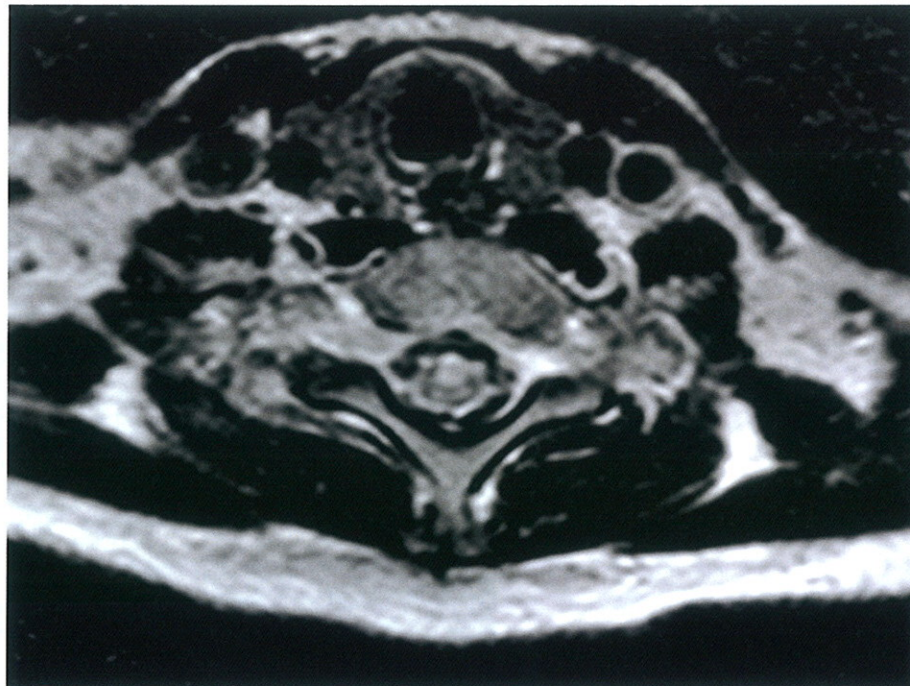
Imatge 7



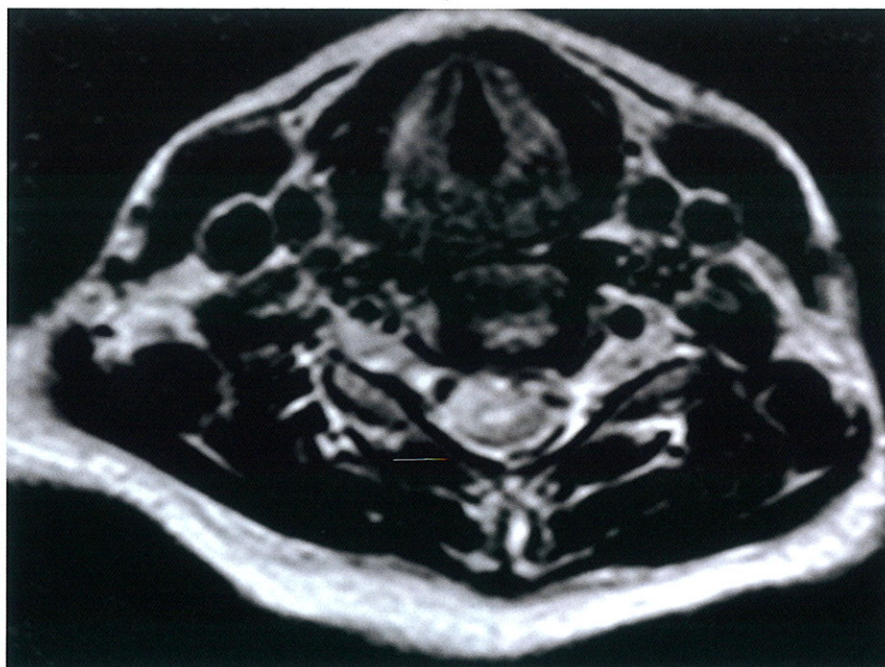
Imatge 8



Imatge 9



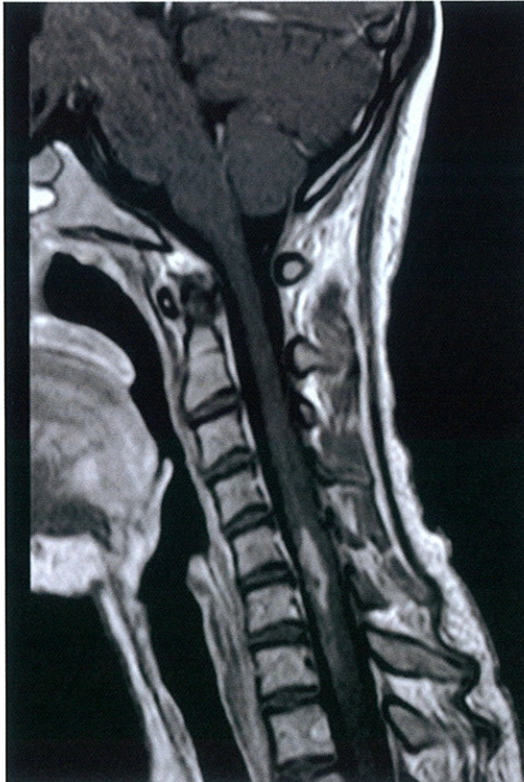
Imatge 10



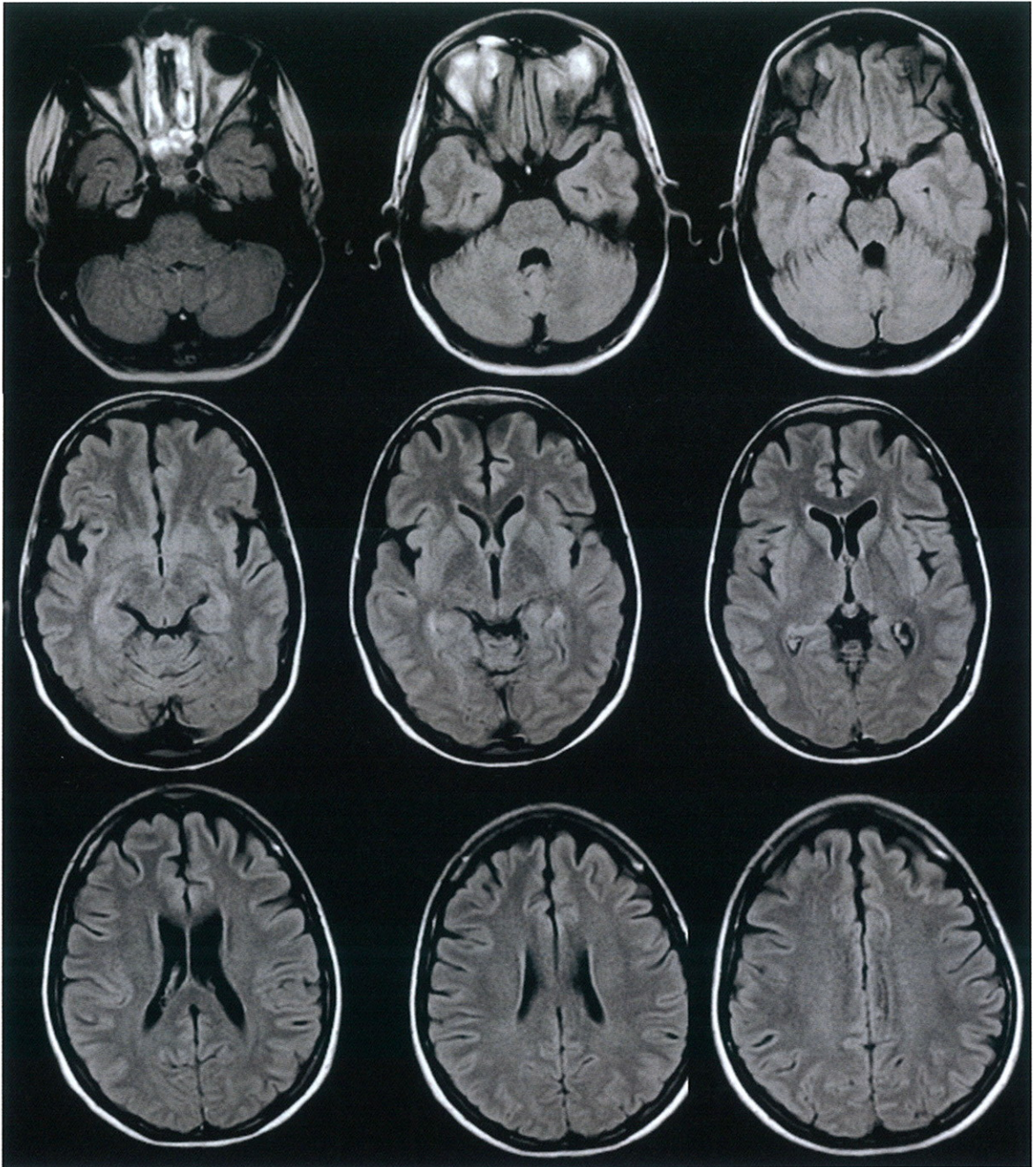
Imatge 11



Imatge 12



Imatge 13





Cas pràctic 4: dona de 18 anys que acudeix al servei d'urgències perquè sa mare l'ha trobada inconscient en terra de la seva habitació

ANTECEDENTS PERSONALS

- Menarquia als 9 anys.
- Sense altres antecedents personals ni familiars d'interès.

TRACTAMENT HABITUAL

- Anticonceptius orals de base estrogènica.

SITUACIÓ ABANS D'ACUDIR AL SERVEI D'URGÈNCIES

- La pacient refereix que s'havia orinat i que tenia restes de sang i saliva a la comissura de la boca.
- En arribar el 061 devers 20 minuts després, la pacient estava conscient però lleument somnolenta i confusa.

SITUACIÓ EN INGRESSAR AL SERVEI D'URGÈNCIES

- Completament recuperada.
- Ferida per mossegada a la vora esquerra de la llengua.
- La mare de la pacient refereix que, des de fa anys, té un comportament peculiar tant a casa com a l'escola: de sobte riu sense motiu durant períodes de 15 a 30 segons, amb un riure no natural; en ocasions, després queda atordida. Per això l'ha duita al psicòleg, que ha descartat una base psicopatològica per a aquesta conducta.

EXPLORACIONS

- Analítica (hemograma, estudi de la coagulació, glucosa, sodi, potassi, creatinina, magnesi i calci): resultats normals.
- Creatincinasa: 450.
- TAC cranial: sense alteracions.
- Electroencefalograma: lleugera sobrecàrrega theta difusa, sense evidència d'anomalies epileptiformes.

PREGUNTES

1. Plantejau el diagnòstic diferencial per al quadre clínic d'aquesta pacient des del punt de vista sindròmic. Identifiqueu l'opció que considereu més probable.
2. Plantejau el diagnòstic diferencial des del punt de vista etiològic. Identifiqueu l'opció que considereu més probable.
3. Detalleu quines proves complementàries faríeu per confirmar el diagnòstic diferencial que heu fet i quines troballes esperaríeu trobar-hi.
4. Indiqueu si és necessari iniciar algun tipus de tractament; raoneu la resposta. Si hi indiqueu algun tractament, establiu una prioritat i justifiqueu-la.
5. Basant-vos en l'elecció que heu fet com a diagnòstic més probable, feis un plantejament amb relació al pronòstic clínic.



Cas pràctic 5: home de 45 anys que presenta inestabilitat per a la marxa progressiva, de 4 mesos d'evolució

ANTECEDENTS PERSONALS

- Tabaquisme.
- Sense antecedents d'ingesta de fàrmacs.
- Sense antecedents familiars de malaltia neurològica.
- Professió: cuiner.

SITUACIÓ ACTUAL

- Inestabilitat per a la marxa progressiva, de 4 mesos d'evolució.
- Sensació d'adormiment de les extremitats inferiors, que es va iniciar en tots dos peus i va progressar fins a les cuixes i, en menor grau, fins a les mans.
- El pacient refereix falta de destresa en els moviments fins de les mans (escriptura, botonar-se...).
- No refereix símptomes sistèmics previs o acompanyants.

EXPLORACIÓ GENERAL

- Apirètic.
- Normotens.

EXPLORACIÓ NEUROLÒGICA

- Bon nivell de consciència i llenguatge normal.
- Motilitat ocular normal, sense afectació dels parells cranials.
- Pupilles isocores i normoreactives.
- Balanç muscular normal.
- Lleu hipoestèsia per a la sensibilitat superficial i termoalgèsica, que mostra una distribució en calçetí a les extremitats inferiors i limitada al palpís dels dits de totes dues mans.
- Sensibilitat vibratòria disminuïda a les mans i absent a les extremitats inferiors.
- Sensibilitat posicional alterada a les extremitats inferiors.
- Areflèxia global.
- Dismetria lleu a les quatre extremitats.

- Marxa atàxica, talonejant, amb augment de la base de sustentació però independent.
- Signe de Romberg: positiu.
- Resposta cutània plantar: flexora.
- Sense afectació esfinteriana.

EXPLORACIONS COMPLEMENTÀRIES

- Hemograma: normal.
- Bioquímica (glucèmia, funció renal i hepàtica): normal.
- Sediment urinari: normal.
- Radiografia del tòrax: normal.

ESTUDI NEUROFISIOLÒGIC

- Electromiograma (EMG) convencional dels músculs tibials anteriors i del múscul abductor curt del dit polze dret.
- Electroneurograma (ENG) sensitiu del nervi cubital i dels nervis surals bilaterals.
- Electroneurograma (ENG) mixt dels nervis mitjà i cubital drets.
- Electroneurograma (ENG) motor dels nervis mitjà, cubital peroneal dret i tibial posterior bilateral.
- Resposta d'ona F sobre els nervis mitjà, cubital i peroneal (a tibial anterior).

TROBALLES

- Electromiograma (EMG): silenci en repòs; potencials d'unitats motores, normals; dades de pèrdua d'unitats motores.
- Electroneurograma sensitiu i mixt: vegeu els valors de la taula 1.
- Electroneurograma motor: vegeu els valors de la taula 2.
- No es recullen blocatges de conducció parcial.
- No s'objectiva dispersió temporal.
- Resposta de l'ona F: disminució de persistència de l'ona F i augment de la latència mínima a tots els troncs estudiats.

Taula 1

	<i>Latències (ms)</i>	<i>Amplitud (microvolts)</i>	<i>Distància (cm)</i>	<i>Velocitat (m/s)</i>
D-sural-mallèol lateral	2,34	7,49	9,7	41,5
E-sural-mallèol lateral	2,5	8,70	10,4	41,3
D-mitjà-E dit	SR	SR	SR	SR
Canell	SR	SR	SR	SR
D-mitjà III dit	SR	SR	SR	SR
Canell	SR	SR	SR	SR
Mixta colze	SR	SR	SR	SR
D-cubital-V dit	SR	SR	SR	SR
Canell	SR	SR	SR	SR
Mixta colze	SR	SR	SR	SR
Mixta aixella	SR	SR	SR	SR

Taula 2

	<i>Latència (ms)</i>	<i>Amplitud (milivolts)</i>	<i>Distància (cm)</i>	<i>Velocitat (m/s)</i>
D-Mitjà-APB				
Canell	19,3	3,05		
Colze	29,6	2,37	26	25,2
Aixella	32,6	1,95	11,5	38,3
D-Cubital-ADM				
Canell	6,8	9,79		
Colze inferior	14,3	7,5	22,3	29,7
Colze superior	18,6	5,37	11,2	26,0
Aixella	21,4	4,81	8,1	28,9
D-Peroneal-EDB				
Turmell	14,4	0,186	14,4	
Cap del peroné	39,9	0,078	32,5	12,7
D-Peroneal-TA				
Cap del peroné	5,25	8,57		
Buit popliti	7,20	7,93	6,3	32,3
D-Tibial-ABDH				
Turmell	SR	SR	SR	SR
I-Tibial-ABDH				
Turmell	SR	SR	SR	SR

D = dret. E = esquerre. SR = sense resposta.

APB = abductor del polze. ADM = abductor del dit petit. EDB = extensor curt dels dits.

ABDH = abductor curt de l'1r dit. TA = tibial anterior.

PREGUNTES

1. Quin seria el diagnòstic clínic basant-vos en la història clínica i en l'exploració neurològica? Justificau-ho.
2. Quin seria el diagnòstic neurofisiològic? Justificau-ho.
3. Quines proves complementàries sol·licitaríeu per donar fonament al diagnòstic?
4. Quin diagnòstic proposaríeu amb les dades disponibles? Quins diagnòstics diferencials i/o quines patologies associades caldria tenir en compte?
5. Quines proves complementàries sol·licitaríeu per excloure'n altres patologies? Proposau una escalada diagnòstica per nivells.
6. Quins tractaments proposaríeu?