Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A ALERGOLOGÍA

PREGUNTAS

1. **¿Cuál de las siguientes citocinas favorece la respuesta TH1?**

   a) Il-4.
   b) Il-5.
   c) Interferon-Ɣ.
   d) Il-13.

2. **En relación con la inmunoglobulina E (IGE) es FALSO que:**

   a) Se encuentra en muy pequeñas cantidades en suero (< 0.01%).
   b) Tiene una vida media de 2-3 días.
   c) Es pentamérica.
   d) Se unce con facilidad a receptores de mastocitos y basófilos.

3. **Dentro de los mecanismos epigenéticos subyacentes en las enfermedades alérgicas, ¿cuál de los siguientes NO es una modificación epigenética común?:**

   a) La metilación del ADN.
   b) Las modificaciones de histona.
   c) Los ARN no codificados.
   d) La oxidación del ADN.

4. **¿Cuál de los siguientes mediadores NO está presente en los mastocitos?**

   a) Triptasa.
   b) Heparina.
   c) Factor de necrosis tumoral (TNF alfa).
   d) Tromboxano.

5. **Respecto a las funciones de las células TH-2 señale la respuesta correcta:**

   a) Desarrollan un papel importante en la defensa mediada por fagocitos frente a infecciones.
   b) Están implicadas en la hipersensibilidad mediada por células.
   c) Están implicada en la respuesta frente a parásitos y helmintos.
   d) No son células presentadoras de antígenos.

6. **¿Cuál de siguientes pertenece al grupo de las células llinfoides innatas?:**

   a) Eosinófilos.
   b) Basófilos.
   c) Células NK (Natural Killer).
   d) Mastocitos.



7. En relación con la reactividad cruzada entre alérgenos, señale a respuesta ERRÓNEA:

a) La reactividad cruzada entre la tropomiosina de ácaros y aves (pollo) es elevada (> del 90 % de identidad).
b) La reactividad cruzada entre Der p 2 y Eur m es elevada.
c) La reactividad cruzada entre Bet v 1 y Mal d 1 es elevada.
d) La reactividad cruzada entre los grupos 1 y 5 de gramíneas es elevada.

8. ¿Cuál de los siguientes es un cuestionario genérico de calidad de vida relacionado con la salud?:

a) SF-36 (Medical Outcomes Study 36 therm Short Form Health Survey).
b) AQLQ (Asthma Quality of Life Questionnaire).
c) QQL-RIQ (Quality-of-life for Respiratory Illness Questionnaire).
d) CHSA (Child Health Survey for Asthma).

9. ¿Cuál de las siguientes respuestas es VERDADERA en relación con el cálculo de costes económicos indirectos de la atención a una enfermedad alérgica?:

a) Coste de la visita médica.
b) Coste de las pruebas diagnósticas.
c) Coste de la pérdida de la productividad (“presentismo”).
d) Coste de desplazamientos.

10. Indique cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA en relación con el tiempo mínimo necesario de retirada de un tratamiento para la realización adecuada de pruebas intraepidérmicas (Prick test):

a) Montelukast: 5 días.
b) Teofilina: 5 días.
c) Doxepina: 10 días.
d) Ketotifeno: 1 día.

11. En relación con las diferentes variantes de los tests intraepidérmicos (Prick test), indique cuál de los siguientes resulta MENOS eficiente en términos generales para obtener una información más precisa:

a) Titulación a punto final.
b) Bioensayo con líneas paralelas.
c) Método del punto medio.
d) Técnica de escarificación o scratch test.

12. En relación con la espirometría señales cuál de las siguientes NO supone una contraindicación para su realización:

a) Infarto de miocardio antiguo y estable.
b) Hemoptisis de origen desconocido.
c) Aneurisma torácico.
d) Neumotórax.



13. En relación con las pruebas de provocación bronquial, ¿cuál de los siguientes es un agonista directo?:

a) Monofosfato de adenosina (AMP).
b) Propanol.
c) Metacolina.
d) Bradiquinina.

14. En relación con la evaluación del componente inflamatorio del asma mediante la técnica del esputo inducido, es CIERTO que:

a) Es de utilidad en el diagnóstico diferencial del asma y la tos crónica.
b) No es utilidad en la identificación del fenotipo inflamatorio.
c) No se ha utilizado en la monitorización de tratamientos biológicos.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

15. ¿Cuál de las siguientes familias botánicas constituye la causa más frecuente de polinosis en Europa?

a) Urticaceas.
b) Poaceas (Gramíneas).
c) Cupressacea.
d) Platanacea.

16. ¿Cuál de los siguientes hongos se considera de mayor poder alergénico?

a) Alternaria.
b) Aspergillus.
c) Cladosporium.
d) Penicillium.

17. En relación con el mecanismo de acción de los fármacos biológicos en alergia, indique cuál de los que se indican es un anti IL-13 Y 4:

a) Omalizumab.
b) Reslizumab.
c) Mepolizumab.
d) Dupilumab.

18. Respecto al Omalizumab, indique la respuesta FALSA:

a) Es un anticuerpo monoclonal humanizado de la clase IgG1.
b) Se une a la IgE fijada a mastocitos y basófilos
c) Reduce la IgE circulante.
d) Se administra por vía subcutánea.

19. Cuál de los siguientes NO es un efecto secundario de los corticoides:

a) Incremento de la glucemia.
b) Resorción de calcio y fósforo del hueso.
c) Incremento de la proliferación de queratinocitos y fibroblastos a nivel cutáneo.



d) Elevación de la presión intraocular.

20. En relación a la potencia antiinflamatoria de los corticoides tópicos, indique cuál de los siguientes es el más potente:

a) Clobetasol butirato.
b) Hidrocortisona acetato.
c) Hidrocortisona aceponato.
d) Flumetasona pivalato.

21. Respecto a la queratoconjuntivitis vernal indique la respuesta FALSA:

a) En la forma conjuntival se pueden observar "puntos de Trantas" por acúmulo de linfocitos.
b) Afecta sobre todo a varones prepuberales.
c) Afecta sobre todo a varones prepuberales.
d) En la forma palpebral se puede observar imagen en "empedrado".

22. En relación con el tratamiento farmacológico de la conjuntivitis alérgica, señale la respuesta CORRECTA:

a) Los vasoconstrictores tópicos son de utilidad por la amplia duración de su efecto (mayor de 8 horas).
b) Los antinflamatorios tópicos son de mayor utilidad que los antihistamínicos tópicos.
c) Los corticoides tópicos nasales pueden ser de utilidad en pacientes con rinoconjuntivitis. como tratamiento de la patología ocular.
d) Los corticoides tópicos nasales pueden ser de utilidad en pacientes con rinoconjuntivitis. como tratamiento de la patología ocular.

23. En relación con la "vía respiratoria única", es CIERTO que:

a) La mayor gravedad y duración de la rinitis puede condicionar la aparición de asma.
b) Los pacientes con rinitis raramente asocian asma.
c) En torno a 20% de los pacientes con asma tiene una rinitis asociada.
d) Todas son verdaderas.

24. ¿Cuál de las siguientes circunstancias NO se ha relacionado a nivel epidemiológico con la aparición de asma?

a) Antecedentes familiares de atopia.
b) Nacimiento prematuro.
c) Dermatitis alérgica de contacto.
d) Sensibilización a alérgenos domésticos.

25. Según la clasificación Aria de la rinitis alérgica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?:

a) El deterioro del sueño no es una actividad que se incluya en la rinitis leve.
b) La interferencia en las actividades escolares o laborales no se incluye dentro de la rinitis leve.



c) En la rinitis persistente los síntomas está presentes al menos 2 días a la semana y un mínimo de 2 semanas consecutivas.
d) La presencia de síntomas molestos, se incluye como criterio de clasificación en la rinitis moderada-grave.

26. Indique la respuesta FALSA en relación a los fármacos que se describen como posibles inductores de rinitis :

a) Pilocarpina.
b) Reserpina.
c) Amitriptilina.
d) Heparina.

27. Según la clasificación de la gravedad del asma en adultos de la guia española para el manejo del asma (GEMA 5.5), un paciente con síntomas de asma diurnos, que utiliza medicación de alivio 2 veces a la semana (no diario) , con síntomas nocturnos más de dos veces al mes, con ligera limitación de la actividad, fev1> del 80% y con una excerbación en el último año antes de tratamiento, se clasificaría como:

a) Intermitente.
b) Persistente leve.
c) Persistente moderado.
d) Persistente grave.

28. ¿Cuál de los siguientes NO se considera un factor de riesgo para sufrir una exacerbación asmática?:

a) Al menos una exacerbación en el año previo.
b) Embarazo.
c) Ausencia de eosinófilos en sangre periférica.
d) Antecedentes de intubación por asma.

29. En relación con el síndrome de disfunción reactiva de la vía respiratoria (RADS), indique cuál es la respuesta CORRECTA:

a) Se produce normalmente en pacientes con antecedentes de enfermedad respiratoria previa.
b) Los síntomas se pueden producir tras una única exposición o exposiciones repetidas a altos niveles de irritantes.
c) Las pruebas de exposición bronquial con metacolina son generalmente negativas.
d) Todas las anteriores son verdaderas.

30. Entre los factores de riesgo para presentar asma ocupacional, señale la respuesta ERRÓNEA:

a) A mayor nivel de exposición al agente causante, se incrementa el riesgo de desarrollo de asma, tanto de alto, bajo peso molecular como irritantes.
b) La atopia constituye un factor de riesgo para asma ocupacional por isocianatos.
c) La rinitis a menudo acompaña o precede al asma ocupacional por agentes de alto peso molecular.
d) El hábito tabáquico puede incrementar el riesgo de asma ocupacional por sustancias de alto peso molecular.



31. Según la guía española de manejo del asma (GEMA5.5) ¿en qué escalón terapéutico, si persiste mal control del asma, está indicado el inicio del uso de tratamientos biológicos?:

a) Escalón 3.
b) Escalón 4.
c) Escalón 5.
d) Escalón 6.

32. Respecto al tratamiento con glucocorticoides inhalados (gci) en el asma infantil indique la respuesta FALSA:

a) El tratamiento con GCI en niños mayores de 3 años mejora los parámetros clínicos, funcionales y de inflamación bronquial.
b) El tratamiento continuo con GCI en niños, modifica el curso natural de la enfermedad.
c) La talla final de los niños tratados con GCI durante largo tiempo se asocia con una talla menor.
d) Dosis de 200 mcg de propionato de fluticasona durante 5 años no tiene efectos negativos sobre la densidad mineral ósea.

33. Indique cuál de las siguientes afirmaciones sobre las pruebas complementarias utilizadas es VERDADERA en el diagnóstico de la neumonitis por hipersensibilidad:

a) Las pruebas cutáneas a excepción de las realizadas con antígenos aviares, son muy útiles en el diagnóstico.
b) Los hallazgos en de las pruebas de función respiratoria son patognomónicos de la enfermedad.
c) En la fase aguda de la enfermedad se puede encontrar una imagen en "vidrio deslustrado".
d) Los test de exposición controlada, son muy útiles debido a su alta estandarización y facilidad de interpretación de sus resultados.

34. ¿Cuál de los siguientes se considera un criterio ESENCIAL o MÍNIMO para el diagnóstico de la aspergilosis broncopulmonar alérgica?:

a) Eosinofilia periférica.
b) Tapones de moco.
c) Precipitinas a Aspergillus fumigatus.
d) IgE total mayor de 1000 KU/L.

35. ¿Cuál de las siguientes NO es una urticaria inducible?:

a) Dermografismo.
b) Urticaria vasculitis.
c) Urticaria colinérgica.
d) Urticaria retardada por presión.

36. En relación con el angioedema hereditario indique la respuesta CORRECTA:

a) El angioedema hereditario con déficit del C1 INH TIPO I, existe una disminución cuantitativa del C1-INH.
b) El angioedema hereditario con déficit del C1-INH TIPO II los niveles de C1-INH se encuentran elevados.
c) El angioedema hereditario sin déficit del C1-INH, el C1-INH se encuentra siempre en límites normales.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

37. ¿Cuál de los siguientes es un criterio mayor en el diagnóstico de la dermatitis atópica según los definidos por Hanifin y Rajka?:

a) Xerosis cutánea.
b) Dermatitis afectando a superficies de flexión en adultos.
c) Reactividad cutánea inmediata por alérgenos.
d) Curso influenciado por factores emocionales y ambientales.

38. En relación con el tratamiento de la dermatitis atópica, señale la respuesta CORRECTA:

a) Los antihistamínicos tópicos son ampliamente recomendados.
b) Los antihistamínicos H1 se han mostrado muy eficaces.
c) El tratamiento con PUVA no ha demostrado su eficacia.
d) Los inhibidores tópicos de la calcineurina (Tacrolimus/Pimecrolimus) han demostrado su utilidad incluso a largo plazo.

39. En relación con el estudio de la dermatitis de contacto mediante pruebas epicutáneas, indique la respuesta FALSA:

a) La prueba epicutánea con una concentración alta de alérgeno puede condicionar un parche falsamente positivo.
b) El síndrome de la piel excitada (angry back) se corresponde con un estado de hiperreactividad de la piel en cualquier localización.
c) El retraso en la lectura de la prueba más allá de las 96 horas, puede inducir falsos negativos.
d) La superficie palmar del brazo es una buena alternativa para la colocación de las pruebas epicutáneas.

40. En relación con la mastocitosis, según el sistema de puntuación propuesto por la R.E.M.A. como método para predecir clonalidad (probable ismss-imcas) en pacientes que no tengan lesiones cutáneas propias de la mastocitosis, ¿cuál de las siguientes asignaciones de puntuación es FALSA?:

a) Género hombre: +1.
b) Urticaria, prurito y/o angioedema: +2.
c) Presíncope y/o síncope: +3.
d) Triptasa sérica basal > 25 ng/ml: + 2.



41. En relación con los factores de riesgo asociados a la aparición de reacciones alérgicas por veneno de himenópteros indique la respuesta CORRECTA:

a) La gravedad de la reacción previa no supone un factor de riesgo de reacción sistémica mayor.
b) 10-20 picaduras/año reducen el riesgo de desarrollar reacciones alérgicas respecto a los apicultores que reciban 200 o más.
c) Los pacientes alérgicos a veneno de abeja presentan mayor riesgo de desarrollar reacción sistémica ante nuevas picaduras que los alérgicos a veneno de Véspidos.
d) Los pacientes con mastocitosis no tienen un mayor riesgo de presentar reacciones más graves.

42. Cuál de los siguientes alérgenos del látex constituye un alérgeno mayoritario en personal sanitario (presente entre el 40 y el 88 % de sensibilizados) así como en pacientes con espina bífida (entre el 30 y 69% de los sensibilizados)?

a) Hev b 3.
b) Hev b 6.
c) Hev b 9 .
d) Hev b 13.

43. ¿En cuáles de las siguientes enfermedades no es frecuente detectar niveles de IgE por encima de 1.000 KU/l?

a) Aspergilosis broncopulmonar alérgica.
b) Alcoholismo.
c) Dermatitis atópica.
d) Sarcoidosis.

44. En relación con las reacciones de hipersensibilidad a AINES, indique la respuesta INCORRECTA:

a) Los AINEs son los fármacos más frecuentemente implicados en reacciones de hipersensibilidad a medicamentos.
b) La anafilaxia representa en torno al 30 % de todas las reacciones de hipersensibilidad a los AINEs.
c) La enfermedad respiratoria exacerbada por los AINEs (EREA) es frecuente en la infancia.
d) En la enfermedad cutánea exacerbada por AINEs, el mecanismo patogénico propuesto es el de la inhibición de la enzima COX-1.

45. ¿Cuál de las siguientes inmunodeficiencias primarias es la más frecuente?:

a) Inmunodeficencia común variable.
b) Déficit de IgA.
c) Déficit de C1 esterasa.
d) Inmunodeficiencia combinada severa.

46. ¿Cuál de los siguientes, NO se utiliza como un método objetivo para la valoración de la respuesta nasal tras una exposición con alérgenos?:

a) Pico flujo máximo nasal.

b) Rinomanometría activa.
c) Valoración del peso y volumen de las secreciones.
d) TAC nasal.

47. Señale la respuesta CORRECTA respecto a la triptasa:

a) Debe solicitarse de forma obligada ante sospecha de anafilaxia.
b) Las determinaciones seriadas no mejoran su sensibilidad.
c) Se consideran valores normales por debajo de 5 ng/ml.
d) Una determinación normal descarta el diagnóstico de anafilaxia.

48. Señale la respuesta CORRECTA respecto al control ambiental de ácaros:

a) Los cobertores no son una medida eficaz en prevención.
b) La ropa de cama debe lavarse a menos de 40ºC.
c) Pequeñas fluctuaciones de humedad pueden ser determinantes en el crecimiento de los ácaros.
d) Los ácaros de almacenaje como Lepidoglyphus destructor solo se encuentran en el interior de la península.

49. Señale la respuesta CORRECTA respecto a los alérgenos de origen animal:

a) Fel d 1 está presente en mayor cantidad en los gatos hembras.
b) La alergia a Can f 5 se ha relacionado con alergia al plasma seminal humano.
c) Existen perros hipoalergénicos en los cuales no se detecta Can f 1.
d) El alérgeno mayoritario del ratón Mus m 1 es más abundante en la orina de las hembras.

50. Señale la respuesta CORRECTA respecto a los efectos del tabaco en el asma:

a) Los hijos asmáticos de madres fumadoras y no fumadoras no presentan diferencias de gravedad.
b) La exposición pasiva al tabaco puede aumentar la atopia y el asma.
c) La exposición al humo del tabaco in útero no supone riesgo fetal.
d) No hay diferencia en la exposición pasiva a niveles bajos o altos de tabaco en los niños.

51. ¿Con cuál de los siguientes pólenes se ha demostrado mayor expresión de proteínas alergénicas por acción de los contaminantes ambientales?:

a) Poa annua.
b) Cupresus arizonica.
c) Pinus radiata.
d) B y C son correctas.

52. ¿En qué patologías los antihistamínicos son tratamientos de primera línea?:

a) Urticaria.
b) Anafilaxia
c) Asma bronquial.



d) Todas son correctas.

53. Señale la respuesta CORRECTA respecto a la adrenalina:

a) Es un agonista dual (alfa y beta) de los receptores.
b) En el músculo del iris produce miosis.
c) En el músculo uterino gravídico produce contracción.
d) Todas son correctas.

54. Señale la respuesta CORRECTA respecto a los tratamientos anticolinérgicos en el asma:

a) Cuando el asma asocia EPOC producen taquifilaxia.
b) Inducen broncodilatación de la vía aérea periférica en menor medida que los betados.
c) En las crisis asmáticas no tienen utilidad.
d) Todas son correctas.

55. Señale la respuesta INCORRECTA respecto al tratamiento con teofilina:

a) A concentraciones altas inhibe la enzima PDE3 y PDE4 de la fosfodiesterasa.
b) A concentraciones bajas revierte la corticorresistencia del asma grave y el EPOC.
c) Su absorción se retarda si se ingiere con alimentos y antiácidos.
d) Su aclaramiento se afecta por antihistamínicos, montelukast y corticoides.

56. Señale la respuesta CORRECTA respecto a las peculiaridades de la inmunoterapia oral:

a) Los alérgenos se utilizan a dosis menores que los de la IT subcutánea.
b) Se requieren adyuvantes para ser captados.
c) La mucosa oral es un lugar privilegiado en la presentación de antígenos que tiende a favorecer la tolerancia.
d) Los alérgenos se eliminan en menos de una hora tras su administración sublingual.

57. Señale la respuesta INCORRECTA respecto a los cambios inmunológicos registrados con inmunoterapia subcutánea:

a) Induce apoptosis de linfocitos productores de IL4 (Th2).
b) Inhibe la presentación de antígeno de los linfocitos B a los linfocitos T.
c) Disminuyen los niveles de IgG1 e IgG4 específicas de forma precoz.
d) Aumentan inicialmente y después disminuyen los niveles de IgE específica de forma tardía.

58. En relación a las células Natural Killer, señale la respuesta FALSA:

a) Participan en la defensa frente a virus.
b) Participan en la defensa antitumoral.
c) Participan en la citotoxicidad mediada por anticuerpos.
d) Participan solo en la inmunidad innata.

59. ¿Cuál de las siguientes inmunoglobulinas es pentamérica?:

a) IgG.
b) IgA.
c) IgM.
d) IgD.

60. ¿Cuál de las siguientes citoquinas NOo es producida por los linfocitos Th2?:

a) IL-5.
b) IL-4.
c) IL-13.
d) IFN-gamma.

61. La pustulosis aguda exantemática generalizada se clasifica dentro de uno de los siguientes subgrupos de reacción de hipersensibilidad

a) Tipo IVd.
b) Tipo IVb.
c) Tipo IVe.
d) Tipo IVa.

62. ¿Cuál de las siguientes vías de activación del complemento forma el complejo C3Bb como convertasa del C5?:

a) Vía clásica.
b) Vía de las lectinas.
c) Vía alternativa.
d) Vía directa.

63. ¿Cuál es la proteasa más abundante en el mastocito?

a) Quimasa.
b) Carboxipeptidasa A.
c) Triptasa.
d) Heparina.

64. Señale la respuesta CORRECTA en relación con los basófilos:

a) Los basófilos tienen mucha mayor cantidad de triptasa que los mastocitos.
b) Los basófilos producen menores cantidades de PGD2 que los mastocitos.
c) Solo los mastocitos poseen receptores de alta afinidad para la IgE.
d) A diferencia de los mastocitos, los basófilos no presentan tinción metacromática.

65. Señale la respuesta FALSA en relación con las células Treg:

a) Pueden ser tanto CD4+ o CD8+.
b) Pueden ser tanto Fox p 3+ o Fox p 3-.
c) Todas tiene su origen en el timo.
d) Median la tolerancia inmunológica.



66. ¿Cuál de las siguientes características comparten los pólenes con mayor poder de sensibilización?:

a) Diámetro entre 15 y 60 micras.
b) Proceder de plantas anemófilas.
c) Liberar fácilmente alérgenos tras contactar con mucosas.
d) Todas las anteriores.

67. ¿Cuál de los siguientes alérgenos NO es una albúmina?:

a) Fel d 2.
b) Can f 3.
c) Gal d 2.
d) Bos d 8.

68. En relación con el FENO señale la respuesta CORRECTA:

a) En adultos el punto de corte es > 40 pp y en niños > 35 ppb.
b) En adultos el punto de corte es > 25 pp y en niños > 40 ppb.
c) En adultos el punto de corte es > 30 y en niños > 45 ppb.
d) Todas las anteriores son correctas.

69. ¿Cuál de las siguientes respuestas sobre la prueba de broncodilatación es CORRECTA?:

a) La broncodilatación está presente en todos los pacientes con asma bronquial.
b) En pacientes con valores de FEV1/FVC > 0,7 se exige un aumento del FEV1 superior a 250 ml para considerarla positiva.
c) Un criterio alternativo de broncodilatación es el aumento del flujo espiratorio máximo del 15%.
d) En pacientes con FEV1/FVC < 0,7 se considera positivo un aumento del FEV1 > 10% del FEV1 teórico.

70. Señale la respuesta CORRECTA en relación a la técnica de esputo inducido:

a) Permite diagnosticar la bronquitis eosinofílica.
b) La eosinofilia en esputo inducido es útil en la predicción de exacerbaciones durante las fases de reducción de la medicación.
c) La eosinofilia diferencial en el esputo inducido mayor del 3% predice una buena respuesta a los corticoides.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

71. ¿Cuál de las siguientes proteínas NO es una LTP?:

a) Tri a 14.
b) Jug r 6.
c) Ara h 9.
d) Cor a 8.

72. ¿Cuál de las siguientes NO es una contraindicación absoluta para la realización de una prueba de exposición bronquial específica?:

a) Limitación importante al flujo aéreo (FEV1 < 50%).
b) Infarto de miocardio en los últimos tres meses.
c) Epilepsia.
d) Aneurisma de aorta.

73. ¿Cuál de estos sistemas de evaluación externa certifica que un centro cumple con los estándares que definen a un buen hospital?:

a) EFQM.
b) ISO 9000.
c) Joint Comission.
d) WAO.

74. ¿En cuál de los siguientes puntos debería estar basado uUn proyecto de gestión clínica para una unidad de alergología?:

a) Orientación de la gestión a los procesos asistenciales.
b) Indicadores de calidad.
c) Autonomía en la gestión.
d) Todos los anteriores.

75. Dentro de los criterios clínicos de la GEIDAC para la lectura de las pruebas epicutáneas, una prueba en la que se registre eritema, infiltración, pápulas y vesículas debería ser clasificada como:

a) Irritativa.
b) Positiva +.
c) Positiva ++.
d) Positiva +++.

76. Señale la respuesta FALSA en relación con las pruebas intraepidérmicas e intracutáneas:

a) Las pruebas intracutáneas tiene mayor sensibililidad.
b) A diferencia de las intraepidérmicas su sensibilidad no disminuye conforme aumenta el tiempo transcurrido desde la reacción.
c) Las intraepidérmicas son más útiles con extractos de baja potencia.
d) Las intraepidérmicas son más útiles en el diagnóstico de alergia a insectos.

77. En relación a la rinomanometría señale la respuesta CORRECTA:

a) La rinomanometría acústica requiere la colaboración activa del paciente.
b) La rinomanometría anterior activa es la técnica de elección en pacientes muy obstruidos.
c) La rinomanometría acústica se considera positiva cuando hay una disminución del 25% del ATM.
d) La rinomanometría anterior activa se considera positiva cuando hay un aumento del 50% de la resistencia total de la vía aérea/flujo aéreo.

78. ¿Cuál de las siguientes proteínas es una cupina?:

a) Vicilinas.
b) Albúminas 2S
c) LTPs.
d) Prolamina.

79. ¿Cuál de los siguientes alérgenos NO es una albúmina 2S?:

a) Ara h 2.
b) Jug r 1.
c) Cor a 14.
d) Jug r 3.

80. Dentro de los siguientes alérgenos del huevo, señale la respuesta FALSA:

a) La ovoalbúmina es la proteína más abundante dentro de la clara de huevo.
b) La lisozima se puede encontrar en el queso.
c) La albúmina sérica de gallina está implicada en el síndrome ave-huevo.
d) Los pacientes alérgicos a ovomucoide toleran huevo cocido pero no crudo.

81. Dentro de los alérgenos de la leche de vaca, señale la respuesta FALSA:

a) Las caseínas son las proteínas más abundantes en la leche de vaca.
b) La seroalbúmina bovina es la proteína responsable de la reactividad cruzada entre la alergia a la leche y la carne de ternera.
c) La alfalactoalbúmina sensibiliza a menos del 50% de los pacientes con alergia a leche de vaca.
d) La betalactogloulina es termolábil.

82. En relación a los alérgenos de los ácaros señale la respuesta CORRECTA:

a) Las proteínas del grupo 2 tiene una importante reactividad cruzada con los ácaros de almacenamiento.
b) Las proteínas del grupo 1 tienen reactividad cruzada con los ácaros de almacenamiento.
c) El Lep d 2 es el alérgeno mayoritario del Lepidoglyphus.
d) El Der p 23 se localiza en el citoesqueleto de los ácaros.

83. ¿Cuál de las siguientes proteínas NO es una lipocalina?:

a) Can f 1.
b) Can f 2.
c) Can f 3.
d) Can f 4.

84. En relación con la alergia a hongos señale la respuesta FALSA:

a) El Cladosporium sp. es el hongo más alergénico.
b) La sensibilización a hongos de la familia Penicillium está relacionada con la suberosis.
c) El Aspergillus es el hongo responsable de gran parte de las estipatosis.



d) La Alternaria puede ser parásito de plantas como el tomate o cereales.

85. ¿Cuál de los siguientes ácaros NO pertenece a la superfamilia Glycyphagidae?:

a) Dermatophagoides pteronyssinus.
b) Lepidoglyphus destructor.
c) Chortoglyphus arcuatus.
d) Blomia tropicalis.

86. Señale la respuesta FALSA en relación con los alérgenos inhalatorios de origen animal:

a) Las lipocalinas es la familia más abundante de alérgenos en los mamíferos.
b) Las secretoglobinas son los alérgenos responsables de la reactividad cruzada en el síndrome gato-cerdo.
c) El Gal d 5 es el responsable del síndrome ave-huevo.
d) Un 33% de las personas expuesta a animales de laboratorio desarrollan rinoconjuntivitis.

87. Señale respuesta FALSA en relación con las inmunoglobulinas:

a) La IgG e IgA pueden ser multiméricas.
b) La IgG no atraviesa la placenta.
c) La IgG es la Ig sérica más abundante.
d) La IgA es la más abundante en mucosas.

88. En relación a los basófilos y mastocitos señale la respuesta FALSA:

a) Son células que pertenecen al mismo linaje.
b) Ambas producen IL-4 e IL-13.
c) Los niveles de triptasa en basófilos son inferiores a los de los mastocitos.
d) Las quimiocinas liberadas por los basófilos son similares a las liberadas por los mastocitos.

89. ¿Cuál de los siguientes alérgenos alimentarios NO es una proteína de reserva?

a) Germinas.
b) Vicilinas.
c) Prolaminas.
d) Leguminas.

90. Señale la respuesta FALSA en relación a las células B:

a) Los linfocitos B producen 9 isotipos de Inmunoglobulinas.
b) Los linfocitos B memoria pueden persistir durante muchos años después de la resolución de la infección.
c) El cambio de isotipo en las células B, se produce tras la interacción de las células T-B específicas de antígeno.
d) La interacción CD40 con su ligando no se relaciona con el cambio de isotipo.

91. En relación al test de activación de basófilos señale la respuesta CORRECTA:

a) Alrededor del 20% de los pacientes no reaccionan frente a la anti-IgE.
b) Se pueden hacer simultáneamente determinaciones a varios alérgenos.
c) Habitualmente se exige un índice de estimulación, respecto a la activación basal, superior al 10% para ser considerado positivo.
d) Permite detectar reacciones IgE mediadas frente a alérgenos que no están disponibles en los kits comerciales.

92. ¿Cuál de los siguientes géneros NO pertenece a las Oleaceas?:

a) Jasminun.
b) Ligustrum.
c) Fraxinus.
d) Anthoxacum.

93. ¿Cuál de los siguientes alérgenos considera que tiene más riesgo de producir reacciones graves?

a) Ara h 2.
b) Ara h 8.
c) Gly m 4.
d) Dau c 1.

94. ¿Cuál de los siguientes alérgenos es una taumatina?

a) Hev b 2.
b) Hev b 6.01.
c) Act c 2.
d) Cor a 8.

95. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA en relación con los linfocitos B?:

a) Los linfocitos B inmaduros portan IgG en su superficie.
b) Los linfocitos B maduros residen en su mayoría en los folículos linfoides del bazo y ganglios linfáticos.
c) Los linfocitos B inmaduros producen anticuerpos no restringida por el sistema mayor de histocompatibilidad de tipo II.
d) Los linfocitos B activados pueden actuar como células presentadoras de antígeno a los linfocitos T.

96. En relación al angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor señale la respuesta FALSA:

a) El gen se localiza en el brazo corto del cromosoma 11.
b) El 25% de los casos son mutaciones de novo.
c) Hasta el 10% de los individuos con el gen alterado están asintomáticos.
d) Se han descrito más de 300 mutaciones diferentes en el gen causal.

97. En relación con las diversas descripciones de los concetos básicos de la Alergología señale la respuesta CORRECTA:

a) El término anafilaxia fue descrito por el Dr. Von Pirquet.
b) LA alergia fue definida en primer lugar por Charles R Richet.
c) El primer descubridor de la IgE fue el matrimonio Ishizaka.
d) El Dr. Portier fue el primero que describió las pruebas cutáneas en alergia al polen.

98. Señale la respuesta correcta en administración de inmunoterapia:

a) Los antihistamínicos están contraindicados como premedicación en IT con venenos.
b) Si se retrasa la IT más de 2 y menos de 8 semanas se debería reducir la dosis a la mitad.
c) Si se retrasa la IT más de 16 semanas se recomienda reiniciar el tratamiento.
d) La IT está completamente contraindicada en la infección por VIH.

99. Señale la respuesta incorrecta respecto a nuevas formas de inmunoterapia:

a) Adyuvantes como los TLR (Toll-like receptors o receptores tipo Toll) contribuyen al balance hacia Th1.
b) La secuencia CpG tipo B no ha demostrado eficacia en pacientes asmáticos.
c) El AMPL (monofosfolípido A) es un adyuvante prometedor.
d) Se han realizado con alérgenos recombinantes, ensayos en fase II y III con IT tanto con inmunoterapia sublingual como subcutánea.

100. Señale la respuesta incorrecta en las nuevas vias y formas de administración de inmunoterapia:

a) La vía epicutánea ha sido probada con pólenes con reacciones locales y sistémica.
b) Hay pocos ensayos de inmunoterapia nasal.
c) La inmunoterapia intralinfática arroja resultados controvertidos.
d) La administración concomitante de Omalizumab e inmunoterapia demuestra mayor mejoría clínica, que se mantiene tras la suspensión del omalizumab.

101. Señale la respuesta correcta respecto a la alergia a alimentos:

a) Es más frecuente en el sexo femenino en la infancia y en el masculino en la edad adulta.
b) El asma como comorbilidad influye en la gravedad de la alergia alimentaria.
c) La prevalencia es superior en la edad adulta respecto a la infancia.
d) La alergia a alimentos se resuelve en un 80% a los 2 años de edad.

102. Señale la respuesta incorrecta respecto a la reactividad cruzada en alergia a alimentos:

a) En el síndrome abedul-alimentos el alérgeno implicado es Betv1 y produce habitualmente SAO.

b) Los pacientes alérgicos a alfa-gal presentan anafilaxia retardada por ingestión de carnes de mamíferos.
c) El síndrome de reactividad cruzada por profilinas en España se relaciona habitualmente con sensibilización a polen de abedul.
d) En la reactividad cruzada entre crustáceos/moluscos y alergia respiratoria por ácaros están implicadas tropomiosinas, pero también otros alérgenos.

103. Señale la respuesta correcta respecto al diagnóstico mediante prick o prueba intraepidérmica de la alergia a alimentos:

a) Habitualmente el tamaño del habón se correlaciona con la probabilidad de tolerar o no el alimento.
b) Solo en los casos de anafilaxia e ingestión inequívoca repetida del alimento se puede considerar la prueba de valor diagnóstico definitivo.
c) En niños menores de 3 años la sensibilidad es más baja, pero tienen gran especificidad.
d) Todas son correctas.

104. Señale la respuesta correcta respecto al diagnóstico molecular de los alimentos:

a) Permite diferenciar sensibilización a alergenos genuinos de reactividad clínica frente a otros sin relevancia.
b) Tri a19 se ha relacionado con asma del panadero.
c) Tri a 14 se relaciona con anafilaxia dependiente de ejercicio.
d) Gly m 5 y Gly m 6 no son específicos de la soja e indican reacciones leves tipo SAO.

105. Señale la respuesta correcta respecto a la enterocolitis inducida por proteínas de la dieta:

a) Se requiere biopsia para la confirmación diagnóstica.
b) La prueba de provocación oral se considera el patrón oro, pero es de alto riesgo.
c) No se recomienda estudio alergológico en ningún caso.
d) Todas son correctas.

106. Señale la respuesta incorrecta respecto a los criterios diagnósticos de la esofagitis eosinofílica:

a) Presencia de síntomas relacionados con la disfunción esofágica.
b) Presencia de eosinófilos intraepiteliales en biopsia en número mayor o igual a 15 por campo de gran aumento.
c) Exclusión de otras causas de esofagitis (reflujo gastroesofágico y eosinofilia respondedora a IBP).
d) Los hallazgos endoscópicos (anillos y exudados) son patognomónicos.

107. ¿Frente a qué alimentos se ha realizado inmunoterapia oral en españa?:

a) Leche y huevo
b) Avellana



c) Melocotón
d) Todas son correctas.

108. Señale la respuesta incorrecta respecto a la inmunoterapia oral con huevo:

a) La EAACI recomienda comenzar con dosis inferior a 1mg de proteína de clara de huevo.
b) El incremento habitual es por 1,2 o por 2 cada varios días o de forma semanal.
c) El número y gravedad de las reacciones depende de la fuente alergénico utilizada.
d) Las reacciones adversas son frecuentes y varían entre el 30% y el 100% de los casos dependiendo de las series.

109. Señale la respuesta incorrecta respecto a los cuadros clínicos descritos con el parásito anisakis:

a) Anafilaxia.
b) Exantema fijo.
c) Asma ocupacional.
d) Dermatitis alérgicas de contacto.

110. En relación con la anafilaxia, señale la respuesta correcta:

a) Su frecuencia en los niños de 0 a 4 años es tres veces mayor que en el resto de los grupos.
b) La prevalencia de anafilaxia se encuentra estabilizada en España.
c) La adrenalina subcutanea es el tratamiento de elección.
d) La anafilaxia idiopática es la más frecuente en nuestro medio.

111. Según la guía galaxia ¿cuál de las siguientes no es una indicación absoluta para la prescripción de un kit de adrenalina autoinyectable?:

a) Anafilaxia idiopática previa
b) Reacción alérgica previa leve-moderada con trazas de alimentos
c) Coexistencia de asma inestable o moderada-grave persistente y alergia a alimentos
d) Anafilaxia previa inducida por ejercicio

112. Señale la respuesta incorrecta respecto a los cuadros clínicos descritos como ram mediadas por células:

a) Pueden ser órgano-específicas (DAC) o sistémicas
b) Están implicados los linfocitos T CD4 y CD8 dependiendo de los procesos.
c) El Síndrome de Stevens-Johnson y la Necrolisis epidérmica tóxica se consideran los cuadros cutáneos más graves.
d) El síndrome de hipersensibilidad inducido por fármacos o DRESS se asocia a virus e hipersensibilidad tipo IVa.

113. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto al dress?:

a) Las pruebas epicutáneas son recomendables en primer lugar.
b) Las pruebas cutáneas intradérmicas se deben realizar solo si las epicutáneas negativas.
c) Se han obtenido positividades con betalactámicos entre otros fármacos.
d) Todas son correctas

114. ¿Cuál de los siguientes es un anestésico local del grupo amida?

a) Benzocaína
b) Procaína.
c) Lidocaína.
d) Tetracaína.

115. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la alergia a los análogos del platino?:

a) No es un fármaco de primera línea y su incidencia está en declive.
b) El riesgo de alergia se incrementa en los sucesivos ciclos siendo máximo en su uso por recaídas.
c) No se han descrito reacciones infusionales ni retardadas, sólo se han descrito reacciones de hipersensibilidad tipo I.
d) El hallazgo de pruebas cutáneas positivas es excepcional con bajo Valor Predictivo Positivo.

116. Señale la respuesta incorrecta respecto a las reacciones alérgicas a Cetuximab:

a) La reacción adversa más frecuente es una reacción acneiforme de facies, tronco y extremidades.
b) Las reacciones infusionales son muy frecuentes con la primera administración en los primeros 30 minutos.
c) Se han descrito reacciones cutáneas graves como Síndrome de Stevens-Johnson y NET.
d) Las reacciones IgE mediadas no se han descrito en la primera administración del fármaco.

117. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a las reacciones adversas inducidas por la heparina:

a) Actualmente se deben a su contenido en clorocresol y parabenos
b) Sólo se han descrito reacciones retardadas.
c) La rentabilidad de las pruebas cutáneas es alta.
d) Se recomienda en fase aguda sustituirlas por heparinoides o inhibidores directos del factor Xa (tipo fondaparinux), o de la trombina (tipo argatroban).



118. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta respecto al Síndrome de Hipersensibilidad por Anticonvulsivantes?:

a) El hígado es el órgano más frecuentemente afectado.
b) La afectación cutánea y hepática no progresan si se suspende el fármaco.
c) Las adenopatías y alteraciones hematológicas son frecuentes.
d) La disfunción renal es más infrecuente.

119. Señale la respuesta incorrecta respecto al Síndrome de Hipersensibilidad Sistémico inducido por fármacos o DRESS

a) La reactivación de herpes virus 6 es uno de los criterios.
b) Son útiles las pruebas intradérmicas con lectura tardía y las pruebas epicutáneas con los fármacos implicados.
c) Leucocitosis, eosinofilia y/o linfocitos atípicos conforman un criterio diagnóstico.
d) El estudio de tolerancia o reexposición al fármaco implicado está justificado habitualmente.

120. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la desensibilización con derivados del platino?

a) En los pacientes con pruebas cutáneas negativas, si la reacción ha sido leve se recomienda disminuir la velocidad de perfusión y administrar premedicación.
b) En los pacientes con pruebas cutáneas positivas se debería realizar una pauta de desensibilización.
c) En algunos pacientes las pruebas cutáneas llegan a negativizarse o disminuir de tamaño tras la desensibilización.
d) Todas son correctas.

121. ¿Cuál de las siguientes afirmacioneses correcta respecto a los procedimientos de desensibilización?

a) Sólo se puede utilizar la vía intravenosa
b) El intervalo de tiempo entre dosis no es importante.
c) Ante una reacción leve moderada, una vez resuelta, se debe seguir con el procedimiento de desensibilización.
d) Las reacciones durante la desensibilización son más frecuentes en los momentos iniciales con las primeras dosis.

122. ¿Cuál de los siguientes factores eleva los valores de IgE?

a) Tabaco y alcohol.
b) Raza blanca.
c) Sexo femenino.
d) Todas son correctas.



123. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la epidemiología de la anafilaxia?

a) Las embarazadas y ancianos son poblaciones vulnerables.
b) La mortalidad es más alta en los adolescentes y adultos jóvenes.
c) La atopia y el asma son factores de riesgo.
d) Todas son correctas.

124. ¿Cuál de los siguientes alérgenos de los ácaros pertenece al grupo de las cistein-proteasas?

a) Grupo 1 de ácaros.
b) Grupo 2 de ácaros.
c) Grupo 10 de ácaros.
d) Can f 5 de perro.

125. ¿Cuáles de las siguientes circunstancias pueden alterar los resultados de la determinación del FeNO?

a) Consumo de alimentos ricos en Nitrógeno.
b) Infecciones virales respiratorias.
c) Consumo de tabaco.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

126. Señale la respuesta incorrecta en criterios de suspensión de inmunoterapia

a) El paciente no responde tras un año de inmunoterapia.
b) Se encuentra asintomático tras 3-5 años de inmunoterapia.
c) Embarazo durante el mantenimiento de la IT.
d) Paciente no colaborador o no cumplidor.

127. ¿Cuál de las siguientes clasificaciones hace alusion a la aceptada por el consenso internacional de alergia a fármacos?

a) Reacciones inmediatas (menos de 1h) y no inmediatas (retardadas).
b) Reacciones inmediatas, aceleradas y tardías.
c) Clasificacion de Gell y Coombs.
d) Ninguna es correcta.

128. Señale la respuesta correcta respecto a la alergia a penicilinas y cefalosporinas:

a) En la infancia las pruebas cutáneas son muy útiles en las reacciones no inmediatas.
b) La reactividad cruzada entre penicilinas y cefalosporinas de cadena lateral diferente es aproximadamente del 50%.
c) Las cefalosporinas con cadenas laterales similares en posición R1 presentan mayor reactividad cruzada.
d) No se han demostrado reacciones selectivas al ácido clavulánico en España.

129. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a las reacciones cutáneas graves en el Síndrome de Stevens-joJhnson- necrolisis epidermica tóxica?:

a) Es más frecuente en varones.
b) La incidencia en pacientes con infección por VIH es 1000 veces mayor.
c) La afectación oral, conjuntival y genital es baja.
d) La biopsia orienta hacia el origen del medicamento implicado en la reacción.

130. Señale la respuesta correcta respecto a los Beta-2 agonistas:

a) El principal efecto adverso es el temblor musculoesquelético.
b) Incrementan el intervalo QTc del EKG pudiendo ocasionar arritmias e isquemia.
c) Pueden ocasionar hipocaliemia.
d) Todas son correctas.

131. ¿Cuál de las siguientes es una acción anti-inflamatoria descrita respecto a los antihistamínicos?

a) Aumento de expresión de ICAM-1 en células del epitelio nasal.
b) Disminución de liberación de mediadores preformados en mastocitos.
c) Inhibición del reclutamiento de eosinófilos en piel.
d) B y C son correctas.

132. El Test de Manitol es una prueba de provocación bronquial que reúne una serie de características. Indique aquel supuesto que sea correcto:

a) Es un método de provocación bronquial directo.
b) Es un método de provocación bronquial indirecto.
c) Sirve para descartar asma.
d) Dentro de sus efectos secundarios, el menos frecuente es la tos.

133. Seleccione aquel criterio diagnóstico que no se considera esencial o mínimo para el diagnóstico de la Aspergilosis Broncopulmonar alérgica (ABPA):

a) Aspergillus en esputo.
b) Asma, que puede ser desde leve intermitente hasta persistente grave.
c) IgE sérica total elevada.
d) Hipersensibilidad cutánea inmediata a *A.fumigatus*.

134. Indique de entre las siguientes opciones, aquella que define una exacerbación asmática grave:

a) Deterioro de los síntomas o de la función pulmonar, así como el aumento del uso del broncodilatador de rescate al menos 2 días o más en el mes.
b) Necesidad de tratar con corticoides sistémicos/orales al menos 3 días.
c) Ausencia de limitación de actividades de la vida diaria.
d) Ninguna de las anteriores es correcta.

135. ¿Qué factor se relaciona con la gravedad de los síntomas respiratorios en el asma?

a) FeNO < 25 ppb
b) ACT > 20 puntos.

c) ACQ > 1,5 puntos.
d) FEV1 basal > 80%

136. En la actualidad, en españa, el fotoalérgeno más importante, por frecuencia, es:

a) Níquel.
b) Ketoprofeno.
c) Acetato de hidrocortisona.
d) Minoxidil.

137. Según el algoritmo de manejo de la rinitis incluida en la Guía Gema 5.5, indique la primera opción de tratamiento de un paciente con una rinitis persistente grave:

a) Antihistamínicos orales.
b) Glucocorticoides nasales.
c) Combinación de antihistamínico y glucocorticoide nasal
d) Glucocorticoide intranasal + antagonista del receptor de los leucotrienos.

138. En la consulta de alergia se evalúa a un paciente adolescente diagnosticado de asma persistente grave de tipo T2 no controlada con tratamiento farmacológico en escalón 6, con alergia y eosinófilos totales en sangre ≥300. Indique con estos datos aportados, y siguiendo el algoritmo de la Guía Gema 5.5, de entre las siguientes opciones, ¿cuál utilizaría como tratamiento?:

a) Omalizumab.
b) Mepolizumab
c) Dupilumab.
d) Todas las opciones serían correctas.

139. Señale la asociación correcta entre tipo de reacción de hipersensibilidad (HS) y célula efectora:

a) HS tipo I – Eosinófilo.
b) HS tipo IVb – Neutrófilo.
c) HS tipo IVc – Linfocito T.
d) HS tipo IVd – Célula dendrítica.

140. Indique la opción correcta acerca del tiempo mínimo necesario de evitación de los siguientes fármacos, para poder realizar un estudio alergológico, mediante prick test, sin interferir en los resultados del mismo:

a) Antidepresivos: 1 día.
b) Omeprazol: 3 días.
c) Ketotifeno: 2 días.
d) Montelukast: no interfiere en el resultado.

141. En las pruebas epicutáneas, qué contactantes pueden dar una reacción irritativa que se manifiesta con pápulas foliculares:

a) Mezcla de perfumes y carbas.
b) Jabones y champús.
c) Níquel y cobalto.



d) Gasolina y queroseno.

142. La reactividad cruzada *in vitro* entre penicilinas y cefalosporinas:

a) Cuando las cadenas laterales son idénticas es de un 80 %.
b) Cuando las cadenas laterales son distintas es en torno a un 10 %.
c) Con cefalosporinas de 2ª y 3ª generación es mayor que con las de 1ª generación.
d) Los estudios in vitro pueden sobreestimar la presencia de reactividad cruzada entre penicilina y cefalosporinas

143. En la consulta tiene usted a un paciente al que acaba de diagnosticar de hipersensibilidad a AINE. De entre los siguientes supuestos, cuál sería incorrecto:

a) Epidemiológicamente, los AINE son los fármacos más frecuentemente implicados en las reacciones de hipersensibilidad a los medicamentos, afectando a entre el 0,5-1,9 % de la población general.
b) El paracetamol es un inhibidor potente de la COX-1 y COX-2.
c) Las reacciones por AINE mediadas por un mecanismo no inmunológico se relacionan con la inhibición de la COX-1.
d) Las reacciones mediadas inmunológicamente a los AINE son también conocidas como reacciones selectivas y limitadas a un AINE o a un grupo de AINE con una estructura química similar.

144. Indique la respuesta incorrecta en relación con la reactividad cruzada de las quinolonas:

a) La reactividad cruzada entre las diferentes quinolonas es común y según algunos trabajos puede alcanzar hasta un 50 %.
b) En reacciones inmediatas, suele existir una alta reactividad cruzada entre las quinolonas de primera y de segunda generación, y menor con aquellas de tercera generación como el levofloxacino.
c) El test de activación de basófilos resulta imprescindible para el diagnóstico de la alergia a las quinolonas.
d) La reactividad cruzada entre las quinolonas parece deberse a la existencia de un anillo molecular común.

145. Indique, de entre los siguientes criterios diagnósticos del Síndrome de Hipersensibilidad sistémico inducido por fármacos (DRESS), cuál no es correcto:

a) Exantema máculopapular que aparece después de 3 semanas de tratamiento con fármaco.
b) Síntomas prolongados tras suspender el fármaco 2 semanas.
c) Signo de Nikolski positivo.
d) Alteraciones leucocitarias (al menos una presente):

146. En relación con la alergia a los betalactámicos, señale la respuesta correcta:

a) Todos los betalactámicos tienen, al menos, una cadena lateral que es la responsable de las diferencias dentro de cada grupo.

b) Las cefalosporinas y los carbapenémicos tienen exclusivamente una cadena lateral.
c) Algunos estudios retrospectivos han demostrado que, a mayor intervalo entre la reacción inicial y el estudio, existe una mayor posibilidad de encontrar una prueba cutánea positiva.
d) La reactividad cruzada entre las penicilinas y las cefalosporinas es del 50 %.

147. Recibe una interconsulta desde un quirófano de su centro hospitalario por una posible reacción alérgica perioperatoria. Indique, de entre los siguientes supuestos, el correcto:

a) El sugammadex es la causa más frecuente de reacciones alérgicas durante el periodo perioperatorio.
b) Los relajantes musculares son el grupo de fármacos que con mayor frecuencia causan reacciones alérgicas durante el periodo perioperatorio, siendo responsables del 50-70 % de las reacciones.
c) La reacción a los opioides constituye la causa más frecuente de reacciones alérgicas perioperatorias.
d) La povidona yodada constituye desde hace años la causa más frecuente de reacciones alérgicas perioperatorias.

148. En relación a la alergia a los quimioterápicos, indique el supuesto incorrecto:

a) Los taxanos producen reacciones de hipersensibilidad a partir del 5º ciclo de forma habitual.
b) Los análogos del platino rara vez producen reacciones durante los primeros ciclos de tratamiento, aumentando el riesgo hasta el 27 % a partir del 7º ciclo y hasta el 44 % al reintroducirlos por recaídas de la enfermedad.
c) Las reacciones por metotrexatos no son frecuentes.
d) Las reacciones de infusión por Infliximab aparecen en un 20 % de los pacientes tratados, ocurriendo la mayoría de ellas en las primeras 2 horas de la infusión.

149. Respecto a los contrastes yodados, es cierto que:

a) La incidencia de reacciones adversas es menor con contrastes de alta osmolaridad.
b) Los varones presentan más frecuentemente reacciones a los contrastes que las mujeres.
c) El antecedente de atopia es un factor de riesgo para presentar reacciones a los contrastes yodados.
d) Los medios de contraste radiológico constituyen la causa más frecuente de reacciones cutáneas que motivan un estudio alergológico.

150. De entre los siguientes criterios de Hanifin y Rajka para el diagnóstico de la dermatitis atópica, indique cuál no es un criterio mayor:

a) Prurito cutáneo.
b) Hiperlinearidad palmar.
c) Dermatitis afectando a las superficies de flexión en adultos.
d) Historia personal o familiar de enfermedades atópicas cutáneas o respiratorias.



151. Acude a consulta una paciente de 40 años diagnosticada de dermatitis atópica y que presenta un brote eccematoso a nivel facial. Elija de entre los siguientes, el corticoide tópico que le pautaría:

a) Difluocortolona valerato 0,3 %.
b) Clobetasol dipropionato 0,05 %.
c) Diflorasona diacetato 0,05 %.
d) Hidrocortisona acetato 1 %.

152. Una vez superada la fase de lactante en los niños, indique la localización más frecuente de la dermatitis atópica en los niños de 2-12 años:

a) Cuero cabelludo.
b) Área del pañal.
c) Pliegues de las superficies flexoras de las extremidades.
d) Dedos de los pies.

153. Una paciente de 30 años que actualmente está dando lactancia a su hijo de 4 meses y que presenta habones recidivantes compatibles con urticaria crónica, acude al hospital para valoración y tratamiento. ¿qué antihistamínico prescribiría?

a) Hidroxicina.
b) Clorfeniramina
c) Cetirizina
d) Rupatadina

154. Señale la respuesta CORRECTA respecto a las gramíneas

a) Son plantas con flores bisexuales
b) Las flores macho presentan pistilos que buscan los estambres de las plantas hembra
c) La mayoría de las flores carecen de pistilos o estambres
d) Su distribución alcanza algo menos del 5% de la superficie vegetal del planeta

155. Señale la afirmación FALSA respecto a los granos de polen:

a) Generalmente son esféricos o elipsoides
b) Tienen dos principales tipos de aperturas: los poros y los colpos
c) Están recubiertos de una capa interna de celulosa (intina) y una capa externa lipoide (exina)
d) Los pólenes de coníferas destacan por su tamaño diminuto con respecto a otras especies.

156. El polen de pino tiene las siguientes características que lo hacen singular:

a) Su tamaño grande impide la aerovagancia, necesitando de pájaros e insectos para propagarse
b) Carece de exina e intina
c) Es típicamente multiporado y con gran cantidad de colpos



d) Es trilobulado debido a sus dos vesículas aéreas, que aseguran su propagación.

157. Los alérgenos de gramíneas más inmunodominantes en la mayoría de las personas alérgicas son:

a) Los grupos 1 (I) y 5 (V)
b) Los grupos 2 (II) y 3 (III)
c) Los grupos 7 (VII) y 12 (XII)
d) El grupo 4 (IV)

158. Señale las oleáceas más importantes en la vegetación de la cornisa cantábrica y norte peninsular:

a) La encina cantábrica y el castaño
b) El fresno y el aligustre
c) El olivo europeo y el acebuche
d) El haya y el roble

159. Puede afirmarse de las esporas del hongo Penicillium todo lo siguiente EXCEPTO:

a) Su gran ubicuidad lo hace muy presente también en las viviendas
b) En los hogares es alimento de ácaros como Acarus siro y Tyrophagus
c) Forma las típicas colonias verde azuladas visibles sobre el pan duro o los cítricos
d) La alergia a penicilina es obviamente más prevalente en las personas sensibilizadas al hongo Penicillium.

160. Respecto a los alérgenos de ácaros, es cierto todo lo siguiente EXCEPTO:

a) El grupo 1 incluye cisteín-proteasas reconocidas por el 90% de los alérgicos al género Dermatophagoides
b) El grupo 3 incluye proteínas con actividad tipo serín-proteasa similar a la tripsina, presentes en las heces de ácaros
c) El grupo 2 (familia de proteínas NPC2) se reconoce por menos de un tercio de los alérgicos y no existe en los ácaros de almacenamiento.
d) Las glicosilasas del grupo 15, similares a las quitinasas de los insectos, son más importantes en perros sensibilizados a ácaros que en las personas.

161. Señale cuál de los siguientes alérgenos del gato es una seroalbúmina:

a) Fel d 1
b) Fel d 2
c) Fel d 3
d) Fel d 4

162. Cuál de los siguientes alérgenos del perro NO es una lipocalina:

a) Can f 1
b) Can f 2
c) Can f 4



d) Can f 5

163. Cuál es la alteración subyacente al llamado síndrome gato-cerdo:

a) Rinoconjuntivitis y asma por exceso de secretoglobinas de gato en felinos con poca higiene
b) Rinoconjuntivitis y asma por epitelios de gato y de cerdo por reactividad cruzada entre las lipocalinas
c) Reacciones alérgicas al comer carne de cerdo en alérgicos al gato, por reactividad cruzada entre las seroalbúminas.
d) b) y c) son ciertas

164. ¿En cuál de estas indicaciones podemos aprovechar los efectos anticolinérgicos centrales de los antihistamínicos clásicos o de 1ª generación?

a) Cinetosis e hiperemesis
b) Insomnio e hiporexias
c) Todas las anteriores
d) Ninguna de las anteriores

165. Todas las siguientes enzimas participan en el catabolismo de la histamina y su eliminación urinaria como ácido imidazol-acético, EXCEPTO:

a) L-histidin-decarboxilasa
b) N-metiltransferasa
c) Monoamino-oxidasa (MAO)
d) Diamino-oxidasa (DAO)

166. Todas estas características moleculares influyen en la mayor penetración de la barrera hematoencefálica por los antihistamínicos clásicos o de 1ª generación, EXCEPTO:

a) Lipofilia por la presencia de anillos aromáticos o heterocíclicos
b) Peso molecular relativamente bajo
c) Carga electrostática positiva
d) Reconocimiento e interacción precoz con la glicoproteína P a nivel del endotelio vascular cerebral

167. La acción dual de los antihistamínicos H1 en colirio es exclusiva de:

a) Ketotifeno
b) Azelastina
c) Olopatadina
d) La mayoría de los AH1 en colirio actúan también como estabilizadores de mastocitos a las altas concentraciones necesarias para uso directo conjuntival.

168. Cuál de estos descongestivos adrenérgicos nasales es menos frecuente como causa de rinitis medicamentosa aislada o añadida una rinitis alérgica previa:

a) Fenilpropanolamina
b) Oximetazolina



c) Nafazolina
d) Xilometazolina

169. Señale la afirmación INCORRECTA sobre la pseudoefedrina:

a) Es un estereoisómero de la efedrina
b) Suele combinarse con antihistamínicos y otros ingredientes en medicamentos para el alivio sintomático de los resfriados
c) Rara vez es causa de exantemas o erupciones de mecanismo incierto
d) Sus efectos adversos incluyen taquicardia, ansiedad, agitación e insomnio.

170. La epinefrina (adrenalina):

a) Se comporta como un agonista dual con capacidad para estimular a los receptores a y β.
b) A concentraciones bajas (administración subcutánea) produce un efecto estimulante alfa.
c) A concentraciones altas (administración IV rápida) induce principalmente un efecto estimulante β.
d) A nivel de las vías respiratorias, y a diferencia de la noradrenalina, produce efecto broncoconstrictor β2.

171. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con las anfetaminas:

a) La metanfetamina y el metilfenidato son los derivados más empleados
b) El principal inconveniente en terapéutica es su dificultad para cruzar la barrera hematoencefálica (BHE)
c) Sus reacciones adversas son dosis-dependientes
d) Pueden causar desde estimulación simpática a crisis psicóticas agudas

172. Entre las acciones NO broncodilatadoras de los adrenérgicos beta-2 destacan:

a) Aumento del aclaramiento mucociliar
b) Disminución de la permeabilidad vascular
c) Inhibición en la liberación de mediadores
d) Todas son ciertas

173. Los agonistas beta-adrenérgicos empleados como broncodilatadores pueden causar los siguientes efectos adversos EXCEPTO:

a) Temblor y nerviosismo
b) Hiperglucemia
c) Hiperpotasemia
d) Taquiarritmias

174. Una de las siguientes afirmaciones es CIERTA respecto a los receptores de acetilcolina:

a) Solo los nicotínicos pueden bloquearse por la atropina

b) En las vías respiratorias solo están presentes los muscarínicos M1, M2 y M3, participando en el control del calibre de las vías aéreas
c) Los fármacos anticolinérgicos inhalados se dirigen selectivamente a los receptores nicotínicos, por lo que son útiles más que nada en la EPOC
d) Todas son ciertas

175. Uno de estos fármacos NO es un inhibidor del receptor de sulfido-leucotrienos:

a) Montelukast
b) Zafirlukast
c) Apremilast
d) Pranlukast

176. Los efectos antiinflamatorios de los glucocorticoides por vía genómica incluyen:

a) Inhibición de la transcripción de proteínas inhibidoras
b) Estimulación de citocinas proinflamatorias (Ej.: IL-1β e IFN-□) e inhibición simultánea de citocinas antiinflamatorias (Ej.: TGF-β e IL-10)
c) Inhibición de enzimas proinflamatorios (Ej.: COX-2, fosfolipasa A2, NO sintasa)
d) Todas las anteriores respuestas son válidas.

177. ¿Cuál de estas afirmaciones sobre el omalizumab es cierta?

a) Su estructura consiste en un núcleo de IgG1 murino (95%) con una región hipervariable de origen humano.
b) Se fija al dominio Fab de la IgE, bloqueando el cross-linking de la IgE en la superficie celular.
c) Aumenta considerablemente los niveles de IgE libre.
d) Disminuye de forma secundaria los receptores FcER-I en la superficie de mastocitos y basófilos

178. Uno de los siguientes fármacos biológicos comparte las dianas terapéuticas con el anticuerpo monoclonal dupilumab:

a) Tralokinumab
b) Lebrikizumab
c) Pitrakinra
d) Anakinra

179. En relación con los siguientes fármacos biológicos para el tratamiento de asma bronquial eosinofílico grave no controlado y otras indicaciones, señale la respuesta correcta:

a) Benralizumab es una IgG1 humanizada que se une e inactiva a la IL-5
b) Reslizumab es una IgG4 humanizada anti-IL5, cuya dosis IV varía según el peso del paciente, independientemente del nivel de eosinofilia
c) Mepolizumab es una IgG1 humanizada dirigida contra la cadena alfa del receptor de la IL-5
d) No hay ningún biológico en la actualidad que haya demostrado capacidad de disminuir los recuentos de eosinófilos y dosis de corticoides en pacientes con

síndrome hipereosinofílico.

180. ¿Cuál es el mecanismo principal de acción del cromoglicato disódico?

a) Inhibición de los canales del cloro a nivel de mastocitos y otras células inflamatorias
b) Bloqueo de los canales del calcio de los linfocitos
c) Relajación de la musculatura lisa bronquial y vascular
d) Estimulación indirecta de la secreción suprarrenal de cortisol

181. ¿Cuál de las siguientes opciones debe ser inversamente proporcional a la velocidad de reducción de la dosis de corticoides tras un tratamiento prolongado?

a) Gravedad y probabilidades de recidiva de la patología tratada.
b) Dosis total desde la que se inició el tratamiento
c) Dosis total desde la que se inició la retirada
d) Índice de masa corporal del paciente

182. En una madre asmática, la administración prenatal de corticoides para mejorar la maduración pulmonar del feto puede aumentar el riesgo de:

a) Efectos adversos en la madre, pero no en el feto
b) Efectos adversos en el feto, pero no en la madre
c) Sepsis neonatal
d) Aumento del crecimiento intrauterino y macrosomía fetal.

183. Según la guía GEMA 5.5, todos los siguientes fármacos se incluyen entre los medicamentos de control o mantenimiento del asma bronquial en escalón 3 EXCEPTO:

a) Budesónida/formoterol
b) Beclometasona/formoterol
c) Fluticasona/vilanterol
d) Montelukast + umeclinidio/indacaterol

184. Entre los numerosos efectos extrapulmonares de las teofilinas destacan:

a) Efecto vasoconstrictor e hipertensivo
b) Efecto procoagulante por estimulación de la activación plaquetaria
c) Aumento de la secreción ácida y relajación del cardias
d) Disminución de la diuresis y la excreción de electrólitos

185. Mujer de 60 años con urticaria que presenta entre 20-50 habones y con un picor moderado que le resulta molesto, pero no le interfiere en sus actividades de la vida diaria ni le interfiere en el sueño, ¿qué puntuación del Urticaria Activity Score (UAS) tendría?

a) 1 punto.
b) 2 puntos.
c) 3 puntos.



d) 4 puntos.

186. Mujer de 72 años que presenta brotes de angioedema en diferentes regiones corporales sin habones asociados y sin historia familiar de angioedema. Revisando su tratamiento no utiliza antihipertensivos. Solicitamos analítica y presenta niveles descendidos de C4, así como de C1 inhibidor y de C1q. ¿Qué enfermedad tendrá más probablemente nuestra paciente?

a) Urticaria crónica.
b) Angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor de tipo 2.
c) Angioedema adquirido por déficit de C1 inhibidor.
d) Enfermedad infecciosa.

187. Varón de 50 años que ha sufrido un presíncope y que no ha presentado urticaria. Si tiene una triptasa de 30 ng/mL estaríamos ante un paciente con un score de la Red Española de Mastocitosis (REMA) de:

a) 1.
b) 2.
c) 3.
d) 6.

188. Uno de los siguientes alérgenos de Anisakis simplex se ha relacionado como marcador de infección, lo que permite diferenciar si los anticuerpos IgE específicos proceden de una infección o de reactividad cruzada por otros panalérgenos. Señale cuál es:

a) Ani s 2.
b) Ani s 4.
c) Ani s 3.
d) Ani s 7.

189. ¿Cuál de estos alérgenos del perro corresponde a la calicreína prostática?

a) Can f 4.
b) Can f 5.
c) Can f 2.
d) Can f 3.

190. Ante un paciente que ha presentado una picadura de abeja recientemente y cuya reacción es compatible con una reacción sistémica, si al realizar las pruebas cutáneas y la determinación de IgE específica ambas son negativas, ¿qué haría?

a) Repetir las pruebas cutáneas y las pruebas in vitro tras 1-2 meses de la reacción.
b) No haría ninguna prueba adicional ni le recomendaría ningún tratamiento sintomático.
c) Es poco probable que el alérgeno al que el paciente esté sensibilizado se halle infrarrepresentado, por lo que daría de alta al paciente.
d) Ningún paciente con mastocitosis presenta pruebas cutáneas negativas a himenópteros.



191. Indique la dosis de mantenimiento recomendada de la inmunoterapia específica frente al veneno de Vespula:

a) 100 mcg.
b) 50 mcg.
c) 300 mcg.
d) 10 mcg.

192. En cuanto a la clínica de la dermatitis alérgica de contacto (DAC) elija la afirmación INCORRECTA:

a) En un paciente sensibilizado, la DAC aparece entre las 24 y 96 horas tras el contacto con el agente causal.

b) La DAC no se propaga a la vecindad ni a lugares distantes.
c) Cura sin cicatriz.
d) En los estados crónicos, la piel se liquenifica y puede fisurarse y pigmentarse.

193. Paciente varón agricultor de 33 años que presenta historia clínica compatible con alergia a veneno de Vespula y Polistes tras sufrir varias reacciones sistémicas inmediatas con la picadura de ambos insectos. Tras realizar pruebas cutáneas y diagnóstico in vitro (extracto completo y diagnóstico molecular), se confirma la doble positividad. ¿Qué actitud terapéutica de entre las siguientes es la CORRECTA?

a) Pautarle una vacuna con mezcla 35 % Vespula + 65 % Polistes.
b) Está contraindicada la inmunoterapia.
c) Se le debe prescribir inmunoterapia con 2 extractos diferentes, uno de Vespula y otro de Polistes.
d) Pautarle inmunoterapia con veneno de abeja.

194. Indique la causa más frecuente de anafilaxia en la población general, incluyendo adultos y adolescentes/jóvenes:

a) Alimentos.
b) Fármacos.
c) Alternaria.
d) Abejas.

195. Paciente de 50 años con historia de reacciones locales extensas frecuentes en los últimos años tras picadura de himenópteros. ¿Indicaría inmunoterapia frente al veneno de himenópteros?

a) Nunca.
b) Sí, si presentara afectación de calidad de vida y estudio alergológico positivo, según el grado de exposición y las características propias del paciente.
c) Realizaría inmunoterapia frente al veneno de himenópteros solo 1 año.
d) Pautaría tratamiento sintomático para las reacciones locales extensas y realizaría tratamiento con inmunoterapia en dosis de 400 mcg.



196. ¿En qué paciente, en principio, estaría contraindicada iniciar una inmunoterapia frente al veneno de himenópteros?

a) Embarazo.
b) Asma controlada.
c) Enfermedad cardiovascular controlada.
d) Paciente en tratamiento con IECA.

197. La anafilaxia no inmunológica puede estar producida por (señale la respuesta INCORRECTA):

a) Activación de la vía de la coagulación y fibrinólisis.
b) Activación de la vía de la cicloxigenasa.
c) Activación de la vía de la cinina-calicreína.
d) Activación y degranulación de mastocitos.

198. En cuanto a las proteínas alergénicas contenidas en los alimentos, indique la respuesta FALSA:

a) Homólogos de Bet v 1 son proteínas de defensa vegetal y termolábiles.
b) rBet v 2, es una profilina y como otras profilinas está relacionada con el citoesqueleto celular.
c) LTP, pertenece a la familia de las taumatinas y son alérgenos que causan alergia alimentaria de clase 2.
d) LTP, grupo 14 de las proteínas de defensa vegetal, alta resistencia a la hidrólisis por enzimas del tracto digestivo.

199. ¿En qué paciente estaría contraindicada la prueba de exposición oral controlada a alimentos?

a) Asma estable.
b) Embarazo.
c) Dermatitis atópica controlada.
d) Rinitis alérgica estable y controlada.

200. Indique la proteína más abundante del suero de la leche:

a) Caseína.
b) Alfa-lactoalbúmina.
c) Beta-lactoglobulina.
d) Albúmina sérica bovina.

201. De entre las siguientes parejas proteína alimentaria y función, indique aquella INCORRECTA:

a) Profilinas: proteínas de unión a la actina.
b) Homólogos de Bet v1: proteínas de defensa PR-10.
c) Quitinasas: proteínas de defensa PR-10.
d) LTP: proteínas de defensa PR-14.

202. Indique la respuesta CORRECTA en relación a la Esofagitis Eosinofílica:

a) Afecta más a varones que a mujeres.
b) La edad media del diagnóstico es en personas de 10 a 20 años.
c) No se ha descrito asociación con otras patologías alérgicas.
d) Es criterio diagnóstico presentar >5 eosinófilos intraepiteliales por campo de gran aumento en la biopsia esofágica.

203. Paciente mujer con alergia a ácaros conocida y recientemente diagnosticada de alergia a los mariscos. ¿Qué proteína podría ser causa la reactividad cruzada entre ácaros y mariscos?

a) Der p 1.
b) Der p 2.
c) Der p 23.
d) Der p 10.

204. Señale cuál de los siguientes enunciados es FALSO:

a) La exposición a niveles ambientales elevados de alérgenos de ácaros incrementa el riesgo de desarrollar asma en los niños en el primer año de vida.
b) La sensibilización a ácaros en asmáticos es mayor al 50 %.
c) Las camas son el hábitat ideal de los ácaros, ya que aportan la temperatura, la alimentación y la humedad ideales para que puedan desarrollarse adecuadamente.
d) En el tratamiento se aconseja el uso de acaricidas porque son agentes biológicos que se aplican fácilmente en las superficies y que destruyen eficazmente a los ácaros.

205. Señale, de entre los siguientes pólenes, si existe alguno que NO tenga relación con el síndrome polen-alimentos:

a) Abedul.
b) Ambrosía.
c) Gramíneas.
d) Todos los anteriores tienen relación con el síndrome polen alimentos.

206. En relación con la hipersensibilidad a los alimentos en relación con la sensibilización al látex, qué fruta o verdura NO se ha descrito relacionada frecuentemente con la alergia al látex:

a) Plátano.
b) Aguacate.
c) Kiwi.
d) Sandía.

207. ¿Qué características definirían un buen biomarcador?

a) Debe distinguir entre la enfermedad y la salud con alto valor predictivo positivo y negativo
b) Debe proporcionar información sobre el pronóstico de la enfermedad y los datos clínicos.



c) Debe cambiar con la progresión/gravedad de la enfermedad y normalizarse con la respuesta al tratamiento.
d) Todos son ciertos.

208. La vida media de la IgE en suero es:

a) 24 horas.
b) 2-3 días.
c) 6-8 días.
d) 14 días.

209. Señale cuál de los siguientes enunciados es FALSO:

a) La alternaria es el hongo más alergénico, y constituye un factor de riesgo para el desarrollo, persistencia y gravedad del asma.
b) Los pólenes alergénicos son similares en todo el mundo, y varían muy poco a pesar de los cambios en la vegetación y en el clima.
c) Los pacientes con asma polínica pueden presentar agudizaciones bruscas y recortadas sólo durante periodos muy específicos del año.
d) El diagnóstico de la enfermedad respiratoria ocupacional alérgica se debe realizar mediante provocación bronquial con la sustancia problema.

210. Sobre el manejo actual del asma grave no controlada, es FALSO que:

a) Incluye distintos fármacos biológicos, según fenotipo y respuesta clínica.
b) Incluye corticoides sistémicos de mantenimiento como primera opción.
c) Incluye LAMA, LABA/CI a dosis alta, antagonistas de receptores de leucotrienos, incluso todos estos tratamientos a la vez de forma mantenida.
d) Incluye educación y automanejo del paciente, evitación de desencadenantes, control de las comorbilidades.

211. En la valoración del sujeto derivado a nuestra consulta con la etiqueta de "asma grave no controlada" se debe revisar que:

a) Que se trata realmente de asma y hacer el diagnostico diferencial.
b) Evaluar si el tratamiento realizado hasta el momento es adecuado.
c) Evaluar que hay una buena adherencia y que la maniobra de inhalación es la adecuada.
d) Todas son ciertas.

212. En relación con el remodelado de la vía aérea en el asma bronquial, se produce, entre otras alteraciones, un engrosamiento de la membrana basal subepitelial por depósito de proteínas (colágeno y proteoglucanos) en la matriz extracelular.¿Cuáles son las células responsables de esta alteración?

a) Mastocitos.
b) Eosinófilos y células dendríticas.
c) Linfocitos Th2 y macrófagos.
d) Fibroblastos y miofibroblastos.

213. En relación con el tratamiento del asma grave no controlada de fenotipo no T2, la GEMA 5.5 reconoce un único anticuerpo monoclonal con eficacia demostrada incluso con eosinófilos en sangre < 150 células/µl y FENO < 25 ppb. ¿Cuál es?

a) Benralizumab, por su mecanismo de depleción directa de eosinófilos a través de células NK.
b) Dupilumab, por su efecto dual sobre IL-4 e IL-13, independiente de los eosinófilos.
c) Tezepelumab, anticuerpo anti-TSLP que actúa sobre la alarminopatía epitelial con independencia del fenotipo inflamatorio.
d) Mepolizumab, dado que su eficacia se ha demostrado también a partir de 150 eosinófilos/µl.

214. Respecto al concepto de "Vía Respiratoria Única", señale el enunciado FALSO:

a) En todos los pacientes que presentan obstrucción reversible del flujo aéreo está indicada la valoración de la obstrucción nasal.
b) Las guías actuales recomiendan la valoración de la función pulmonar en pacientes que presentan poliposis nasal.
c) En pacientes con rinitis alérgica, debe de evaluarse la función pulmonar.
d) Las guías recomiendan evaluar la rinitis únicamente en aquellos pacientes con asma bronquial alérgica.

215. Los mapas polínicos:

a) No son muy útiles en el estudio de la alergia respiratoria.
b) Son importantes en el estudio de asma alérgico en sujetos monosensbilizados.
c) Nos ayudan a tomar decisiones sobre el tratamiento en pacientes alérgicos polisensensibilizados.
d) Solo son útiles en el seguimiento de sujetos con alergia respiratoria.

216. Las causas más frecuentes de la pérdida del olfato son las siguientes, EXCEPTO:

a) Inflamación rinosinusal.
b) Traumatismo cráneo-encefálico.
c) Embarazo.
d) Enfermedades neurodegenerativas.

217. La hipersensibilidad o intolerancia a AINE es una reacción:

a) Alérgica IgE mediada.
b) Alérgica no IgE mediada retardada.
c) Dependiente de la enzima ciclooxigenasa.
d) Puede ser selectiva a un solo fármaco.

218. Los fármacos alternativos para pacientes con intolerancia a AINE son:

a) Dipirona y otras pirazolonas.
b) Exclusivamente los mórficos y corticoides.
c) Inhibidores selectivos o específicos de la Cox-2.
d) Paracetamol 1 g sin necesidad de realizar pruebas de provocación.

219. Selecciona la respuesta CORRECTA:

a) Los pacientes con rinitis tienen el mismo riesgo de desarrollar asma que la población general sana.
b) La rinitis que debuta en la edad adulta se relaciona con un asma de características más leves.
c) La prevalencia de rinitis es, globalmente, inferior a la del asma.
d) Los pacientes con rinitis pueden presentar hiperreactividad e inflamación bronquial, pese a no tener síntomas de asma.

220. En relación a los linfocitos, indique de entre los siguientes aquel supuesto que NO sea correcto:

a) Los linfocitos T reguladores tienen entre sus funciones la tolerancia, la discriminación de lo propio y lo no propio, la eliminación de las células autorreactivas y la estimulación linfocitaria.
b) Los linfocitos Th1 tienen una importante función en la inflamación alérgica por la producción de citocinas como la IL-4, IL-5 y la IL-13.
c) Los linfocitos B son células efectoras de la respuesta alérgica debido a su capacidad de producir anticuerpos IgE específicos de alérgenos.
d) Los linfocitos T reguladores, se subdividen en T reguladores naturales (expresan CD4+ y CD8+) o T reguladores adaptativos (expresan solo CD4+).

221. ¿Cuál de los siguientes NO es un mediador preformado de los mastocitos?

a) Histamina.
b) Heparina.
c) Prostaglandinas.
d) Triptasa.

222. Las inmunoglobulinas siguientes tienen una conformación monomérica, salvo una, indíquela:

a) IgD
b) IgE
c) IgM
d) IgG

223. En un paciente con mastocitosis que precisa evaluar los niveles basales de triptasa, ¿cuál es la triptasa predominante?

a) Alfa-triptasa.
b) Beta-triptasa.
c) Gamma-triptasa.
d) Delta-triptasa.

224. En relación al test de activación de basófilos, indique aquel marcador que aparece en la superficie del basófilo cuando se activa el basófilo y que no se expresa en la membrana cuando el basófilo está en reposo:

a) CD80
b) CD8

c) CD63
d) CD4

225. ¿Cuál de estas escalas NO valora la gravedad de la dermatitis atópica?

a) SCORAD.
b) SASSAD
c) UAS7.
d) EASI.

226. ¿Cuál de los siguientes tipos celulares NO tiene función de célula presentadora de antígeno?

a) Linfocitos T vírgenes.
b) Macrófagos.
c) Linfocitos B.
d) Células dendríticas maduras.

227. El alérgeno Der p 2 es capaz de activar el sistema inmunitario innato a través de los receptores tipo Toll. Señale qué tipo concreto:

a) TLR1
b) TLR2
c) TLR3
d) TLR4

228. Una de las siguientes proteínas NO es una proteína transportadora de lípidos (nsLTP). Señale cuál:

a) Pla a 3.
b) Par j 2.
c) Ole e 7.
d) Art v 2.

229. Una de las siguientes frases acerca de la inmunoterapia específica con alérgenos es FALSA. Señale cuál:

a) El descenso en suero de la IgE aparece mucho más tarde que la mejoría clínica y tampoco se correlaciona con la magnitud de la mejoría tras el tratamiento.
b) Los subtipos IgG2 e IgG3 parecen jugar un papel relevante en la inmunoterapia pues se ven afectados por el tratamiento.
c) En presencia de IL-4, la IL-10 favorece el cambio a IgG4.
d) Tras la inmunoterapia con polen de gramíneas aparecen niveles elevados de IgA2 específica e IgA polimérica.

230. En los extractos depot modificados físicamente NO se utiliza la siguiente sustancia:

a) Formaldehído.
b) Fosfato cálcico.
c) L-Tirosina.
d) Hidróxido de aluminio.



231. Una de las siguientes afirmaciones respecto a la preparación y estandarización de extractos alergénicos es ERRÓNEA. Señale cuál:

a) Los extractos alergénicos derivan de una variedad de materiales de fuentes biológicas y contienen una amplia gama de sustancias que pueden ser o no ser alergénicas en pacientes individuales.
b) Los extractos para las pruebas cutáneas y la inmunoterapia con alérgenos deben estandarizarse para definir la potencia alergénica.
c) En Europa los fabricantes aseguran la consistencia de lote a lote mediante el uso de un estándar interno caracterizado mediante ensayos fisicoquímicos e inmunológicos.
d) En Europa existen estándares de referencia externos para garantizar la coherencia entre los fabricantes.

232. Con respecto al diagnóstico molecular una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA. Señale cuál:

a) Resulta de utilidad en el paciente polisensibilizado.
b) Es correcto utilizarla como herramienta de cribado.
c) Su valor diagnóstico exige el conocimiento de la naturaleza biológica de las proteínas alergénicas.
d) Es capaz de discriminar entre sensibilización genuina y reactividad cruzada.

233. El parámetro elegido con mayor frecuencia para valorar la respuesta a la prueba de esfuerzo en el asma o broncoespasmo inducido por ejercicio es:

a) FEV1.
b) FEV1/FVC.
c) Tiempo de recuperación desde la máxima caída del FEV1 hasta el valor en situación basal.
d) Área bajo la curva en la que se combinan la intensidad y modificación del FEV1 en relación con el tiempo.

234. En el broncoespasmo inducido por ejercicio, a partir de qué porcentaje de caída del FEV1 se considera criterio de positividad:

a) 10 %.
b) 25 %.
c) 30 %.
d) 20 %.

235. En relación con la definición clínica de la rinosinusitis en niños, uno de los siguientes síntomas NO se encuentra incluido. Señale cuál

a) Alteración o pérdida de olfato.
b) Rinorrea.
c) Congestión.
d) Presión o dolor facial.

236. La prueba complementaria de elección para el diagnóstico y valoración de la rinosinusitis aguda es:

a) Tomografía computarizada.
b) Radiografía simple.
c) Resonancia magnética.
d) Cultivo y antibiograma del exudado purulento.

237. Es cierto que la poliposis nasosinusal como subtipo de rinosinusitis crónica no tiene etiología conocida, su fisiopatología es multifactorial, la celularidad más frecuente es eosinofílica y los pólipos son de carácter benigno. Sin embargo, ¿cuál es el principal factor responsable de la formación del pólipo?

a) La inflamación eosinofílica persistente de la mucosa nasosinusal.
b) La alteración del aclaramiento mucociliar y del patrón de mucinas.
c) Alteraciones en la reparación tisular (remodelado).
d) La colonización de mucosa nasal por Staphylococcus aureus y la producción de IgE específica policlonal frente a sus enterotoxinas.

238. Una de las siguientes afirmaciones en relación a las neumonías eosinófila aguda (NEA) y crónica (NEC) es INCORRECTA. Señale cuál:

a) La NEA es grave y cursa frecuentemente como un síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).
b) En la NEA la eosinofilia periférica y el recuento elevado de eosinófilos en el lavado broncoalveolar están presentes desde el inicio del cuadro.
c) La clásica imagen de "edema pulmonar fotonegativo" es, implícitamente, patognomónica de NEC.
d) La transferencia pulmonar de dióxido de carbono (TLCO) suele estar disminuida en la NEC.

239. El órgano más frecuentemente afectado en los síndromes hipereosinófilos es:

a) Piel.
b) Pulmón.
c) Tubo digestivo.
d) Sistema nervioso periférico.

240. Una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA con respecto a la inmunoterapia y desensibilización con alimentos. Señale cuál:

a) El término desensibilización se refiere al aumento en la dosis umbral del alimento capaz de producir reacción en la provocación, que se mantendrá mientras el paciente tome regularmente el alimento.
b) A mayor gravedad inicial de la reacción en alergia a leche de vaca mayor porcentaje de desensibilización se alcanza.
c) El término tolerancia permanente al alérgeno se utiliza para definir a los pacientes en los que, tras inmunoterapia oral, se producen cambios inmunológicos capaces de hacer que desaparezca la reactividad clínica frente al alimento, y que esta ausencia de reactividad persista aunque se interrumpa la toma regular del mismo.

d) La inmunoterapia con leche de vaca no implica que el paciente alcance la tolerancia a leche de otras especies de mamíferos.

241. ¿Cuál es la forma de preparación del huevo menos alergénica para los pacientes?

a) Clara de huevo presente en bollería.
b) Clara de huevo cruda.
c) Clara de huevo en tortilla.
d) Clara de huevo presente en huevos revueltos.

242. En relación con los cambios inmunológicos producidos por la inmunoterapia con alimentos y los marcadores que pueden utilizarse para objetivar dichos cambios, una de las siguientes afirmaciones NO es correcta. Señale cuál:

a) Las amígdalas de la cavidad oral son de gran importancia en la formación y mantenimiento de los linfocitos T reguladores (Treg).
b) La modulación de las células efectoras de la respuesta alérgica valorado a través de las pruebas intraepidérmicas ha obtenido resultados variables.
c) Los Treg son capaces de inducir la inmunosupresión o anergia a través de los diversos mediadores solubles o moléculas de superficie, destacando la secreción de IL-10 y TGFβ.
d) Los niveles elevados de IgG4 específica se han podido correlacionar con la obtención de la tolerancia permanente.

243. ¿Cuál es el tratamiento de primera línea en la ABPA aguda según la GEMA 5.5 y qué antifúngico se recomienda añadir?

a) Glucocorticoides sistémicos + itraconazol (200 mg/12h durante 16 semanas) o voriconazol.
b) Glucocorticoides inhalados a dosis altas + fluconazol.
c) Solo itraconazol, evitando glucocorticoides sistémicos.
d) Glucocorticoides sistémicos + anfotericina B inhalada.

244. ¿Cuál es la prueba diagnóstica de primera elección ante la sospecha de asma?

a) Determinación de FENO.
b) Prueba de provocación bronquial con metacolina.
c) Variabilidad domiciliaria del PEF durante 2 semanas.
d) Espirometría con prueba broncodilatadora.

245. Según el algoritmo diagnóstico de la GEMA 5.5, en un paciente con espirometría en margen de referencia (FEV1/FVC > 0,7) y prueba broncodilatadora negativa, ¿cuál es el siguiente paso?

a) Confirmar el diagnóstico de asma con buena respuesta al tratamiento.
b) Derivar directamente a neumología sin más pruebas.
c) Realizar variabilidad domiciliaria del PEF, determinación de FENO y/o prueba de broncoconstricción.
d) Iniciar tratamiento empírico con GCI durante 4 semanas.

246. Respecto a la prueba de provocación con metacolina, ¿qué afirma la GEMA 5.5 sobre su utilidad diagnóstica en asma?

a) Tiene alta especificidad, siendo más útil para confirmar el diagnóstico de asma.
b) Tiene alta sensibilidad pero limitada especificidad, siendo más útil para excluir el diagnóstico de asma.
c) Tiene igual sensibilidad y especificidad, siendo intercambiable con la prueba de manitol.
d) Solo es útil en niños menores de 5 años.

247. Respecto a la inmunoterapia con aeroalérgenos (ITA) en pacientes asmáticos, según el posicionamiento de la EAACI, señale la respuesta correcta:

a) El asma parcialmente controlada constituye una contraindicación absoluta.
b) El asma no controlada es una contraindicación absoluta, aunque posiblemente temporal.
c) El asma grave controlada contraindica de forma absoluta la inmunoterapia subcutánea.
d) El grado de recomendación para la inmunoterapia sublingual en asma no controlada es A.

248. Un paciente con antecedente de neoplasia maligna y reacción sistémica grave por picadura de himenóptero acude a consulta. ¿Cuál sería la actitud más adecuada según la EAACI?

a) Contraindicar de forma absoluta cualquier tipo de inmunoterapia.
b) Iniciar inmunoterapia con aeroalérgenos como primera opción.
c) Considerar la inmunoterapia con veneno de himenópteros, ya que está altamente aconsejada en casos de alto riesgo.
d) Posponer cualquier decisión hasta 10 años de remisión oncológica.

249. Acude a consulta una niña de 4 años con rinoconjuntivitis alérgica por ácaros. Según la EAACI, ¿cuál es la actitud correcta?

a) Iniciar inmunoterapia subcutánea sin restricciones.
b) Está absolutamente contraindicada por la edad.
c) Es una contraindicación relativa; puede valorarse como opción terapéutica en casos seleccionados.
d) Solo se permite inmunoterapia sublingual a esta edad.

250. Según el documento European Position Paper on Rhinosinusitis and nasal polyps 2020 para diagnosticar una rinosinusitis crónica se requiere:

a) Un solo síntoma nasal durante ≥ 4 semanas y pólipos nasales bilaterales.
b) Dos o más síntomas, uno de ellos obligatoriamente dolor/presión facial, durante ≥ 12 semanas.
c) Dos o más síntomas, uno de ellos obligatoriamente congestión nasal y/o rinorrea anterior/posterior, durante ≥ 12 semanas, más hallazgos endoscópicos y/o en TC.
d) Congestión nasal aislada durante ≥ 12 semanas, aunque la endoscopia y la TC sean normales.

251. Respecto a los corticoides intranasales (CIN) en la RSCcPN:

a) Son el tratamiento médico de primera línea y han demostrado reducir síntomas y tamaño de pólipos.
b) No se recomiendan tras la cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) porque no previenen recidivas.
c) Hay claras diferencias de eficacia entre las distintas moléculas, por lo que se debe elegir siempre mometasona.
d) No pueden usarse a largo plazo por un elevado riesgo demostrado de cataratas y glaucoma.

252. En relación con los fenotipos de sibilancias en la infancia según los estudios de cohortes de nacimiento, señale la afirmación correcta:

a) Los sibilantes transitorios tempranos se asocian característicamente con sensibilización a aeroalérgenos y función pulmonar normal.
b) Los sibilantes persistentes se caracterizan por función pulmonar disminuida, hiperreactividad bronquial y sensibilización a alérgenos inhalados y alimentarios.
c) Los sibilantes de aparición tardía no presentan hiperreactividad bronquial ni sensibilización alérgica.
d) El fenotipo de sibilantes persistentes tiene mejor pronóstico que el de sibilantes transitorios tempranos.

253. Sobre la cirugía endoscópica nasosinusal (CENS) en RSCcPN, según POLINA:

a) Es el tratamiento de elección inicial en cualquier RSCcPN, incluso antes de intentar CIN.
b) Debe considerarse cuando, pese a tratamiento médico adecuado (CIN ≥8 semanas y al menos 1 ciclo corto de corticoides orales), el SNOT 22 sigue ≥20.
c) No está indicada en pacientes con asma por el alto riesgo de complicaciones mayores.
d) Una vez operado, el paciente ya no necesita usar más corticoides intranasales.

254. Según la GEMA 5.5, ¿cuál es el punto de corte de FENO recomendado en adultos que no toman glucocorticoides, y qué limitación diagnóstica tiene un valor normal de FENO?

a) Punto de corte > 25 ppb; un valor normal excluye el diagnóstico de asma.
b) Punto de corte > 40 ppb; un valor normal no excluye el diagnóstico de asma, especialmente en personas no atópicas.
c) Punto de corte > 50 ppb; un valor normal excluye asma eosinofílica pero no alérgica.
d) Punto de corte > 40 ppb; un valor normal excluye el diagnóstico si la espirometría es normal.

255. Respecto a la queratoconjuntivitis vernal señale la afirmación CORRECTA:

a) Afecta predominantemente a mujeres postpuberales.
b) Suele dejar secuelas permanentes en la mayoría de los pacientes.
c) Es una inflamación recurrente, bilateral y autolimitada que afecta generalmente a varones prepuberales.

d) Es una entidad unilateral que cursa sin antecedentes atópicos.

256. En cuanto a la presentación clínica de la queratoconjuntivitis vernal, ¿cuál de los siguientes síntomas NO es característico?.

a) Prurito, en ocasiones incapacitante.
b) Fotofobia intensa.
c) Lagrimeo.
d) Dolor ocular intenso y secreción purulenta.

257. Las papilas gigantes en empedrado de la forma palpebral de la queratoconjuntivitis vernal se localizan típicamente en:

a) Conjuntiva tarsal superior
b) Conjuntiva bulbar.
c) Conjuntiva tarsal inferior.
d) Limbo esclerocorneal.

258. El "pliegue de Dennie-Morgan" en pacientes con queratoconjuntivitis atópica se debe a:

a) Una fibrosis subepitelial conjuntival crónica.
b) Una protrusión corneal progresiva.
c) Un edema palpebral crónico a nivel infraorbitario.
d) Una inflamación de las glándulas de Meibomio.

259. En relación con la clínica de la queratoconjuntivitis atópica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) La sintomatología es exclusivamente estacional, sin componente perenne.
b) El prurito, la fotofobia y la sensación de cuerpo extraño son síntomas frecuentes.
c) Los síntomas predominan habitualmente por la mañana y se ven influidos por la luz.
d) Diversas actividades como hacer la cama o limpiar el polvo pueden desencadenar exacerbaciones.

260. En cuanto a las complicaciones palpebrales en la queratoconjuntivitis atópica, todas las siguientes son ciertas EXCEPTO:

a) Mayor susceptibilidad a infecciones por Staphylococcus.
b) Aparición de meibomitis, triquiasis y entropión.
c) Presencia frecuente de papilas gigantes (>1 mm) en la conjuntiva tarsal superior.
d) Posibilidad de desarrollar ectropión.

261. Sobre la catarata atópica asociada a la queratoconjuntivitis atópica, indique la afirmación correcta:

a) Aparece en aproximadamente el 50% de los pacientes.
b) Es típicamente unilateral.
c) Se presenta en el 10% de los pacientes y suele ser bilateral y simétrica.
d) Su cirugía no se asocia a mayor riesgo de complicaciones retinianas.

262. Paciente de 62 años con cardiopatía isquémica estable y alergia grave a veneno de véspula. Según la EAACI, ¿cuál es la actitud correcta?

a) La enfermedad cardiovascular contraindica de forma absoluta la IT con himenópteros.
b) La enfermedad cardiovascular por sí sola no contraindica la IT con veneno de himenópteros, pero requiere evaluación cuidadosa, preferiblemente con cardiólogo.
c) Está indicada la ITA sin restricciones, pero contraindicada la IT con veneno.
d) Debe iniciarse IT solo si suspende toda la medicación cardiovascular.

263. En el asma ocupacional alérgica mediada por IgE, la respuesta asmática inmediata tras provocación bronquial específica:

a) Comienza entre las 4-6 horas y se resuelve en 48 horas.
b) Comienza a los pocos minutos, alcanza el máximo a los 20-30 minutos y se resuelve en 1-2 horas.
c) Comienza a las 8-10 horas y persiste más de 24 horas.
d) Comienza a las 24 horas y tiene carácter continuo.

264. El síndrome de disfunción reactiva de las vías respiratorias (RADS) se caracteriza por:

a) Periodo de latencia prolongado y mecanismo alérgico mediado por IgE.
b) Presencia obligatoria de eosinofilia en esputo.
c) Aparición tras exposiciones repetidas a bajas concentraciones de irritantes.
d) Aparición tras exposición única y masiva a agentes irritantes, sin asma previa.

265. Respecto a la atopia como factor de riesgo en el asma ocupacional, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La atopia es factor predisponente tanto para agentes de alta como de baja masa molecular.
b) La atopia predispone a sensibilización por agentes de masa molecular elevada, pero no por isocianatos.
c) La atopia no tiene ningún papel en el desarrollo del asma ocupacional.
d) La atopia predispone exclusivamente al asma por irritantes.

266. En el seguimiento del flujo espiratorio máximo (PEF) para el diagnóstico de AO, ¿cuántas mediciones diarias ofrecen la misma sensibilidad y especificidad que medirlo cada 2 horas?

a) 2 mediciones al día.
b) 3 mediciones al día.
c) 4 mediciones al día.
d) 6 mediciones al día.

267. ¿Cuál de los siguientes agentes de masa molecular baja afecta principalmente a pintores a pistola y trabajadores de poliuretano?

a) Isocianatos.
b) Persulfatos.

c) Anhídridos ácidos.
d) Acrilatos.

268. ¿Cuál de los siguientes cambios en la respuesta humoral es característico de una inmunoterapia específica con alérgenos exitosa?

a) Descenso precoz y sostenido de la IgE específica desde el inicio del tratamiento.
b) Descenso de la IgG4 específica con elevación de la IgG2.
c) Aumento mantenido de la IgE específica sin modificación de otros isotipos de inmunoglobulinas.
d) Elevación inicial de la IgE específica seguida de un descenso progresivo a los 3-6 meses, junto con aumento de IgG4 específica

269. Respecto al papel de la IgG4 en la inmunoterapia con alérgenos, señale la afirmación correcta:

a) Tiene alta capacidad para fijar el complemento y formar inmunocomplejos inflamatorios.
b) Actúa como anticuerpo bloqueante compitiendo con la IgE por la unión al alérgeno e inhibiendo la activación de mastocitos y basófilos.
c) Su producción está estimulada exclusivamente por citocinas de tipo Th1 como el IFN-γ.
d) Sus niveles séricos descienden de forma paralela a la mejoría clínica.

270. Sobre los mecanismos de tolerancia inducidos por la inmunoterapia sublingual (SLIT), señale la respuesta correcta:

a) Las células de Langerhans de la mucosa oral no expresan receptores de alta afinidad para la IgE (FcεRI).
b) La mucosa oral es rica en mastocitos y eosinófilos, lo que explica la alta tasa de reacciones sistémicas.
c) Las células de Langerhans orales captan el alérgeno y favorecen la generación de linfocitos T reguladores productores de IL-10 y TGF-β.
d) La SLIT requiere dosis muy inferiores a las de la inmunoterapia subcutánea debido a la alta permeabilidad de la mucosa oral.

271. ¿Cuál de las siguientes citocinas producidas por los linfocitos T reguladores (Treg) favorece el cambio de isotipo hacia IgG4 e inhibe la síntesis de IgE?

a) IL-4.
b) IL-5.
c) IL-13.
d) IL-10.

272. En relación con el síndrome de Churg-Strauss (granulomatosis eosinofílica con poliangeítis), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Los pacientes ANCA-negativos presentan predominantemente manifestaciones vasculíticas como mononeuritis múltiple.
b) Los pacientes ANCA-positivos tienden a desarrollar afectación eosinofílica cardiopulmonar más que vasculitis.

c) Los pacientes ANCA-positivos muestran mayor predisposición a desarrollar vasculitis, mientras que los ANCA-negativos presentan predominio de infiltración tisular eosinofílica.
d) La presencia o ausencia de ANCAs no tiene relevancia fenotípica en esta enfermedad.

273. ¿Cuál de los siguientes agentes etiológicos es responsable del cuadro prototípico de neumonitis por hipersensibilidad conocido como "pulmón del granjero"?

a) *Trichosporon cutaneum*
b) *Mycobacterium avium*
c) *Actinomicetos termofílicos*
d) *Aspergillus fumigatus*

274. Uno de los síntomas / signos siguientes NO es característico de una poliposis nasosinusal y obligaría a reconsiderar el diagnóstico. ¿Cuál?

a) Anosmia
b) Epistaxis
c) Rinolalia (voz nasal)
d) Rinorrea

275. Una de las siguientes afirmaciones en relación con la alergia a betalactámicos es ERRÓNEA. Señale cuál:

a) En la infancia las reacciones de tipo no inmediato son las más frecuentes.
b) En las reacciones no inmediatas a betalactámicos la sensibilidad de las pruebas epicutáneas (parche) es mayor que la sensibilidad de las pruebas intradérmicas.
c) En las reacciones no inmediatas la sensibilización en las pruebas cutáneas permanece durante muchos años.
d) El mecanismo propuesto para el tipo de reacciones no inmediatas, tanto para penicilinas como cefalosporinas, es una respuesta mediada por linfocitos T.

276. En relación con las reacciones adversas presentadas con las sales de platino una de las siguientes NO es correcta. Señale cuál:

a) La mayoría de las reacciones parecen claramente mediadas por IgE.
b) Las reacciones infusionales pueden ser explicadas por la liberación masiva de IL-10 y TNF-α.
c) Las reacciones infusionales se pueden prevenir con premedicación y disminuyendo la velocidad de perfusión.
d) A mayor número de ciclos de tratamiento recibido mayor riesgo de presentar una reacción mediada por IgE.

277. Una de las siguientes NO es una característica de las reacciones con taxanos. Señale cuál:

a) Mayoritariamente las reacciones aparecen a partir del 7º ciclo de tratamiento.

b) La frecuencia de las reacciones disminuye con premedicación con corticoides y antihistamínicos H1 sistémicos y reduciendo la velocidad de perfusión.
c) Pruebas cutáneas habitualmente negativas.
d) Las reacciones suelen aparecer en el 80 % de los casos en los primeros 10 minutos de iniciar la perfusión.

278. La reactividad cruzada entre abejas y avispas dependiente de proteínas, se debe, entre las siguientes, a:

a) Hialuronidasa.
b) Fosfolipasa A1.
c) Fosfolipasa A2.
d) Antígeno 5.

279. En el infiltrado celular dérmico que aparece en una urticaria crónica están presentes los siguientes tipos celulares EXCEPTO:

a) Linfocitos B.
b) Neutrófilos.
c) Basófilos.
d) Eosinófilos.

280. En relación con la urticaria crónica una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

a) La biopsia entre el grupo de pacientes con mecanismo autoinmunitario del no autoinmunitario es idéntica.
b) Aproximadamente del 70-80 % de pacientes presentan exacerbación con la administración de antiinflamatorios no esteroideos.
c) Un 40 % de los pacientes presentan autoanticuerpos IgG frente a la subunidad α del receptor de alta afinidad de la IgE (FcεRI).
d) Las dietas libres de "pseudoalérgenos" no se consideran útiles.

281. Han sido descritos como alérgenos de mariscos/crustáceos:

a) Tropomiosina y arginin kinasa.
b) Parvalbumina.
c) Protamina.
d) Enolasa.

282. La provocación nasal con alérgeno tiene indicación en todas las situaciones, EXCEPTO en:

a) Diagnóstico de rinitis alérgica.
b) Valoración de la dosis y tiempo/respuesta.
c) Demostración de la etiología del asma alérgico.
d) Valoración de la respuesta fármacos.



283. La medición del flujo máximo nasal sería útil en:

a) Diferenciar la obstrucción inflamatoria de la anatómica.
b) Mediciones seriadas para monitorizar la respuesta al tratamiento de la rinitis.
c) Valorar situación funcional del asma.
d) Ninguna de ellas sería cierta.

284. Utilizando los cuatro ítems de clasificación de gravedad de la rinitis alérgica (RA) según ARIA (síntomas molestos, alteración en las actividades cotidianas, alteración en las actividades escolares o laborales, alteración del sueño) sería cierto que:

a) La afectación de un ítem como alteración del sueño por si sola podría clasificar la RA como grave.
b) La afectación de dos ítems seria criterios de RA grave.
c) La afectación de los cuatro ítems seria criterio de RA grave.
d) Ninguna de ellas es cierta.

285. Una de las siguientes NO es cierta, con respecto a la poliposis nasosinusal:

a) La poliposis también está presente en la Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeítis (GEPA).
b) Se observan con mayor frecuencia en el asma no alérgico que en el asma alérgico.
c) El paciente con poliposis nasosinusal debe ser siempre interrogado sobre su tolerancia a antiinflamatorios no esteroideos.
d) Se origina casi siempre en los senos maxilares.

286. Señale la respuesta correcta respecto a la anafilaxia:

a) El tiempo de observación recomendado es siempre de 24 horas.
b) El tratamiento idóneo es la adrenalina por vía subcutánea.
c) No existe contraindicación absoluta para el empleo de adrenalina en un episodio de anafilaxia grave.
d) La adrenalina no tiene efectos beneficiosos a nivel del árbol bronquial.

287. Indique el alérgeno del gato implicado en el síndrome de gato-cerdo:

a) Fel d 1
b) Fel d 2
c) Fel d 3
d) Fel d 4

288. ¿Cuál de las siguientes quinolonas tiene menos reactividad cruzada con el ciprofloxacino?

a) Moxifloxacino
b) Levofloxacino
c) Ofloxacino
d) Norfloxacino



289. Ante un paciente con asma persistente severo con poliposis nasosinusal y manifestaciones de broncoespasmo con la administración de AINES (antiinflamatorios no esteroideos), ¿cuál es el antiinflamatorio alternativo más seguro que puede utilizar, entre los que se enumeran, tras comprobar mediante prueba de exposición su tolerancia?

a) Dexketoprofeno.
b) Ibuprofeno.
c) Etoricoxib.
d) Aceclofenaco.

290. La dosis habitual diaria usada en el tratamiento de la urticaria crónica con ciclosporina es de:

a) 5-10 mg.
b) 40-60 mg.
c) 200-300 mg.
d) 600-800 mg.

291. ¿Cuál de las siguientes penicilinas NO se considera aminopenicilina?

a) Cloxacilina.
b) Ampicilina.
c) Amoxicilina.
d) Bacampicilina.

292. Con respecto al sistema inmunitario, señale la respuesta verdadera:

a) La piel y las mucosas actúan como barreras físicas que permiten la entrada de microorganismos en el cuerpo.
b) En la respuesta inmunitaria innata participan células como fagocitos, complemento, linfocitos citolíticos espontáneos y linfocitos T.
c) En la respuesta inmunitaria adaptativa participan linfocitos B y exclusivamente linfocitos T CD8.
d) Los linfocitos T CD4 Th2 activan el factor de transcripción GATA3 y producen IL4, IL5 e IL13.

293. ¿Ante cuál de las siguientes manifestaciones clínicas debemos sospechar una inmunodeficiencia?

a) Infecciones por gérmenes oportunistas.
b) Diarrea crónica y retraso en el crecimiento en los niños.
c) Abscesos cutáneos recurrentes.
d) Todas ellos pueden hacernos sospechar una inmunodeficiencia.

294. En la activación del complemento existen varias vías de activación. Una de ellas comienza con la unión de la proteína C1q a moléculas de IgG o IgM que se han unido al antígeno. Señala la respuesta FALSA con respecto a esta vía de activación del complemento:

a) La enzima C3 convertasa está formada por el complejo C4b2a.
b) En esta vía de activación del complemento no se forma la enzima C5 convertasa.

c) Los factores C3a y C5a no tienen propiedades anafilotóxicas ni quimiotácticas.
d) La proteína C1 inhibidor actúa inhibiendo la activación del complemento por esta vía.

295. Reciben el nombre de biológicos aquellos fármacos producidos por biotecnología incluyendo anticuerpos monoclonales, proteínas de fusión y citosinas. Teniendo esto en cuenta: ¿Los ac monoclonales son inmunoglobulinas principalmente de qué tipo?

a) IgG.
b) IgM.
c) IgA.
d) IgE.

296. Los mastocitos al activarse secretan una serie de mediadores, algunos de ellos preformados y otros sintetizados de novo. ¿Cuál de los siguientes mediadores pertenece a los mediadores sintetizados de novo?

a) Triptasa.
b) Histamina.
c) Heparina.
d) Prostaglandina.

297. Varón de 65 años que realiza tratamiento desde hace 4 semanas con alopurinol 300, 1 comprimido al día debido a una hiperuricemia. Consulta en el Servicio de urgencias por fiebre (39 ºC) y malestar general de 2 días de evolución y la aparición progresiva de lesiones cutáneas descritas como exantema morbiliforme de predominio en el tronco y raíz de miembros superiores con edema facial leve. Señalar lo FALSO:

a) El inicio de cuadro y las características clínicas sugieren, entre otras posibilidades, el diagnóstico de DRESS (síndrome de hipersensibilidad sistémico inducido por fármacos).
b) El alopurinol no se ha implicado como causa de DRESS.
c) Debe completarse el estudio como hemograma y bioquímica con función renal y hepática en este paciente si la sospecha diagnóstica en DRESS.
d) Si se trata de un DRESS, la eosinofilia está presente hasta en el 90 % de los casos.

298. ¿Cuál de los siguientes alérgenos NO pertenece al grupo de las profilinas?

a) Ole e2.
b) Phl p12.
c) Bet v1.
d) Art v4.

299. Con los alérgenos de los ácaros del polvo una de las siguientes características es FALSA:

a) Der p1 es una alfa-amilasa.
b) Der p2 y Der p13 son proteínas que unen lípidos.
c) Der p23 es una proteína similar a peritrofinas y contiene dominios de unión a quitina.



d) Der p10 es una tropomiosina.

300. ¿Qué afirmación es FALSA respecto a la desensibilización a las sales de platino?

a) Después de una reacción inmediata tras la administración de una sal de platino y pruebas cutáneas positivas, la re-administración solo debería hacerse en una pauta de desensibilización.
b) Entre las sales de platino, el oxaliplatino se asocia con reacciones más graves durante la desensibilización.
c) Comparados con las sales de platino, los taxanos producen con más frecuencia reacciones graves durante la desensibilización.
d) Una vez tolerado el carboplatino, en los ciclos sucesivos deben administrase también en pauta de desensibilización.

301. En las pruebas alérgicas realizadas mediante la técnica de prick, una de las siguientes respuestas es FALSA:

a) El control positivo utilizado es histamina.
b) El uso de corticoides tópicos los días previos y en la misma zona donde van a realizarse las pruebas no influye en el resultado.
c) Están indicadas para valorar alergia respiratoria por aeroalérgenos.
d) Si el control negativo tiene un resultado positivo, esto indicaría dermografismo o reacción traumática.

302. Con respecto a las pruebas epicutáneas, señale la respuesta verdadera:

a) La lectura se realiza exclusivamente a las 24 horas.
b) Deben leerse inmediatamente tras la retirada de las pruebas previamente ocluidas.
c) Si existen vesículas en alguna zona se considera el resultado negativo.
d) Deben realizarse sobre piel sana.

303. La valoración de la respuesta tras realizar una provocación nasal puede realizarse mediante diferentes parámetros. Señalar cuál de ellos es FALSO:

a) Parámetros subjetivos como rinoscopia anterior.
b) Parámetros objetivos como rinometría acústica.
c) Parámetros subjetivos como rinomanometría anterior activa.
d) Parámetros objetivos como citología nasal.

304. Para valorar la obstrucción y permeabilidad nasal los métodos más utilizados son la rinometría acústica y la rinomanometría anterior activa. Señala la respuesta verdadera con respecto a estas técnicas:

a) La rinomanometría anterior activa mide resistencias a lo largo de todo el ciclo respiratorio nasal y el flujo a diferentes presiones diferenciales estandarizadas.
b) En la rinomanometría anterior activa los valores de resistencia obtenidos en sujetos normales durante la inspiración son mayores que durante la espiración.
c) La rinometría acústica no valora áreas ni volúmenes en función de la distancia a la narina.
d) La rinometría acústica es utilizada para valorar la intensidad del prurito nasal.



305. Una de las siguientes enfermedades NO es una contraindicación para la realización de una espirometría, ¿cuál es?

a) Cirugía torácica en las 2 semanas previas.
b) Enfermedad aguda que curse con vómitos.
c) Brote activo de dermatitis atópica.
d) Enfermedad coronaria aguda los días previos.

306. Si realizamos una espirometría a un paciente y en el resultado de la pruebas observamos una cociente FEV1/FVC menor del 70 % podemos decir que este paciente (señale la respuesta verdadera):

a) Presenta un patrón restrictivo.
b) Presenta un patrón obstructivo.
c) En ningún caso es posible que puede existir este resultado en una espirometría.
d) Este valor indica un fallo en el espirómetro.

307. La metacolina es el agente broncoconstrictor más utilizado para la realización de una prueba de provocación bronquial. ¿Qué tipo de agente es la metacolina? (señale la respuesta correcta):

a) Un agente indirecto que causa contracción del músculo liso bronquial a través de activación de células inflamatorias.
b) Un alérgeno al que puede exponerse el paciente al estar al aire libre.
c) La metacolina no es un agente broncoconstrictor.
d) Un agente broncoconstrictor directo con activación directa de las células del músculo liso bronquial.

308. El esputo inducido es una técnica no invasiva que puede realizarse en pacientes asmáticos. Con respecto a esta técnica señale la respuesta verdadera:

a) Se obtienen recuentos celulares de eosinófilos y neutrófilos.
b) Si el recuento de eosinófilos es mayor del 10 % puede considerarse dentro de la normalidad.
c) La técnica puede realizarse de forma sencilla y no es necesario el uso de tinciones ni microscopio óptico.
d) Es la técnica más utilizada en la práctica clínica diaria en pacientes con asma bronquial.

309. Entre las técnicas que evaluan el aire exhalado destaca la cuantificación exhalada de óxido nítrico (FeNO), que presenta las siguientes características EXCEPTO (señale la respuesta INCORRECTA):

a) La rinitis alérgica puede incrementar los valores de FeNO.
b) El hábito tabáquico puede disminuir sus valores.
c) La disminución de FeNO tras tratamiento con corticoides indica una buena respuesta y adherencia al tratamiento.
d) Un valor de 60 ppb en niños es un resultado dentro de la normalidad.

310. De las siguientes técnicas de diagnóstico *in vitro* señala la respuesta correcta:

a) La determinación de triptasa es el marcador principal de diagnóstico de anafilaxia y mastocitosis.
b) La determinación de histamina tiene mayor valor si se realiza a las 24 horas de la reacción alérgica.
c) El test de transformación linfoblástica se realiza de forma rápida con resultado a las 6 horas de su realización.
d) El test de activación de basófilos mide proteínas en la superficie del basófilo cuando éste se encuentra en forma inactiva.

311. Existen alérgenos que son estables al calor y a la digestión, y suelen asociarse con reacciones alérgicas más graves. Señala cuál de los siguientes alérgenos NO pertenece a este grupo:

a) Pru p3.
b) Ole e9.
c) Mal d1.
d) Ara h9.

312. ¿Qué polen alergénico al observarlo al microscopio óptico posee una forma esferoidal y una apertura polipantoporada de unos 40-70 poros con un aspecto similar a "una pelota de golf"?

a) Polen de plantago.
b) Polen de chenopo-amarantáceas.
c) Polen de cupresáceas.
d) Polen de artemisa.

313. Para obtener información sobre el recuento de pólenes atmosféricos se usan colectores de pólenes. El más utilizado es el aparato Burkard. Señala la respuesta correcta sobre este tipo de colector de pólenes:

a) Debe situarse en la parte baja de edificios, rodeado de ramas y bajo un techo.
b) Los pólenes pueden verse sin ayuda de un microscopio.
c) Los recuentos se realizan en este colector una vez al año.
d) Posee una cinta transparente en el interior de un tambor que se va desplazando durante 7 días seguidos y en ella quedan adheridos los pólenes.

314. El crecimiento de los hongos se ve favorecido por humedad, oscuridad y falta de ventilación. ¿En cuál de estos lugares NO crecerán con facilidad los hongos?

a) Sótanos y bodegas.
b) Cocinas y cuartos de baños.
c) Habitación luminosa y bien ventilada.
d) Empapelado de paredes.



315. La albúmina sérica es la proteína más abundante en los mamíferos y es un importante alérgeno alimentario. Señale cuál de las siguientes proteínas animales NO corresponde a una albúmina sérica:

a) Fel d2 del gato.
b) Can f5 del perro.
c) Gal d5 del pollo.
d) Bos v6 de la vaca.

316. La contaminación puede influir en las patologías alérgicas de las siguientes formas excepto en una de ellas (señala la respuesta FALSA):

a) Favorece un mejor funcionamiento y regeneración de los tejidos.
b) Provoca inflamación y empeoramiento del asma bronquial.
c) Induce la expresión de pólenes con mayor potencia alergénica.
d) Modula las defensas del huésped y su inmunidad.

317. Recientemente se han investigado una variedad de acciones antiinflamatorias in vitro e in vivo para muchos nuevos antihistamínicos. ¿Cuál de estas acciones antiinflamatorias es FALSA?

a) Disminución de la liberación de mediadores preformados y neoformados de mastocitos y basófilos.
b) Estimulación de la expresión de ICAM-1 en células epiteliales y en secreciones nasales y conjuntivales.
c) Disminución de la migración, acumulación y activación de eosinófilos y otras células inflamatorias.
d) Inhibición in vitro de la producción y expresión de citocinas y quimiocinas.

318. Dentro de las fuentes celulares de la histamina más importantes se encuentran los mastocitos, los basófilos y una serie de depósitos no mastocitarios. ¿Cuál de las siguientes opciones pertenecen a los depósitos no mastocitarios?

a) Células epidérmicas.
b) Neuronas histaminérgicas.
c) Células enterocomafines de la mucosa gástrica.
d) Todas las anteriores son correctas.

319. Los antileucotrienos (ALT) pueden ser subdivididos en cuatro clases en base al mecanismo de acción. Teniendo esto en cuenta, señale a cuál de las siguientes clases pertenecen los antagonistas del receptor de cistenil-leucotrienos (ARLT):

a) Clase I.
b) Clase II.
c) Clase III.
d) Clase IV.

320. En relación con el sistema nervioso autónomo en el aparato respiratorio. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) La estimulación de los receptores b-adrenérgicos de las vías aéreas provoca relajación de la musculatura lisa, inhibición de la liberación de mediadores de las células cebadas e incremento del aclaramiento mucociliar.
b) La broncoconstricción producida por estimulación vagal cumple una función fisiológica, ya que mejora el tono de las vías aéreas cartilaginosas y ayuda a prevenir el colapso de aquellas que no tienen cartílago.
c) Los nervios colinérgicos son los responsables de la acción broncodilatadora dominante en las vías aéreas en humanos y animales.
d) Un tono vagal excesivo puede ser responsable de, al menos, parte de la obstrucción de la vía aérea que se observa en algunos pacientes.

321. Respecto a los mecanismos de acción de los corticoesteroides, es cierto que:

a) Implican mecanismos genómicos y no genómicos.
b) Los mecanismos no genómicos explican los efectos inmediatos de estos fármacos.
c) La resistencia a los corticoesteroides se ha asociado, entre otros mecanismos, con la expresión del receptor GRβ.
d) Todas son ciertas.

322. Respecto al tratamiento con corticoesteroides NO es cierto que:

a) La vía tópica cutánea se utiliza para procesos dermatológicos de base inflamatoria o inmunológica.
b) El vehículo del preparado tópico elegido no influye en la eficacia del producto aplicado.
c) Los efectos adversos se reducen cuando empleamos la vía tópica.
d) En la formación de cataratas subcapsulares parece que interviene una cierta predisposición individual.

323. Con respecto a los mecanismos de acción de la inmunoterapia con alérgenos, indique cuál NO parece ser un mecanismo observado:

a) Inhibición de la presentación de antígeno mediada por la IgE de los linfocitos B a los linfocitos T.
b) Competición de anticuerpos IgG con la IgE por la unión del receptor de alta afinidad de la IgE sobre mastocitos y basófilos.
c) Aumento de la actividad de las células efectoras en los órganos de choque con la exposición al alérgeno.
d) Estimulación de la respuesta de citocinas de tipo Th1 en detrimento de la respuesta de tipo Th2.

324. La inducción de una respuesta de tolerancia alérgeno-específica a largo plazo que se obtiene con la inmunoterapia con alérgenos se consigue fundamentalmente por:

a) La generación de linfocitos T y B reguladores alérgeno-específicos.
b) La generación exclusivamente de linfocitos T reguladores alérgeno-específicos.
c) El aumento de producción de interleucina-5 en detrimento de la interleucina-10.
d) La disminución de la expresión de Foxp3 por parte de los linfocitos.



325. Señale qué tipo de extracto NO está actualmente disponible de forma comercial para su empleo en terapéutica clínica en alergia:

a) Extracto alergoide para empleo por vía sublingual o subcutánea.
b) Extracto acuoso para su empleo por vía sublingual o subcutánea.
c) Extracto depot para su empleo por vía subcutánea.
d) Extracto depot para su empleo por vía intralinfática.

326. En un paciente en tratamiento con inmunoterapia con alérgenos, ¿cuándo cabría esperar un mayor riesgo de reacciones sistémicas? (señale la respuesta INCORRECTA):

a) Si el paciente ya ha experimentado reacciones sistémicas con inmunoterapias previas.
b) Si el paciente es menor de 5 años.
c) Si el paciente toma concomitantemente fármacos beta-bloqueantes.
d) Si el paciente está expuesto a concentraciones elevadas de alérgenos contenidos en su inmunoterapia.

327. ¿Cuál de las siguientes NO es una contraindicación absoluta para el empleo de inmunoterapia específica con alérgenos?

a) Neoplasia maligna concurrente, salvo en el caso de alergia al veneno de himenópteros.
b) Asma mal controlada en inmunoterapia con aeroalérgenos.
c) Edad del paciente entre 0 y 2 años.
d) Empleo concurrente de fármacos beta-bloqueantes.

328. ¿Cuál es la secuencia lógica en el proceso de prescribir un tratamiento con inmunoterapia con un extracto alergénico?

a) Disponibilidad de un extracto adecuado-pruebas alérgicas positivas con alérgeno relevante-paciente cumplidor-ausencia de contraindicaciones.
b) Presencia de síntomas alérgicos-pruebas alérgicas positivas con alérgeno relevante- disponibilidad de un extracto adecuado-ausencia de contraindicaciones.
c) Presencia de síntomas alérgicos-pruebas alérgicas positivas con alérgeno relevante- disponibilidad de un extracto adecuado-paciente cumplidor.
d) Pruebas alérgicas positivas con alérgeno relevante-presencia de síntomas alérgicos- ausencia de contraindicaciones-disponibilidad de un extracto adecuado.

329. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las líneas futuras de investigación en inmunoterapia con alérgenos NO es correcta?

a) El empleo de extractos con alérgenos recombinantes busca incrementar la especificidad y la seguridad de la inmunoterapia.
b) El empleo concomitante de omalizumab busca incrementar la seguridad y la eficacia.
c) El empleo de la vía intralinfática busca aumentar la eficacia y disminuir las dosis necesarias.
d) El empleo de adyuvantes con motivos génicos CpG aumenta la eficacia de la inmunoterapia al incrementar la alergenicidad del extracto alergénico.

330. Las enfermedades de la superficie ocular se pueden clasificar en alergia ocular mediada por mecanismo IgE o no IgE y enfermedades oculares por mecanisno de hipersensibilidad no alérgico. ¿Cuál de las siguientes se considera una enfermedad ocular mediada por mecanismo de hipersensibilidad no alérgico? (Señale la respuesta correcta):

a) Queratoconjuntivitis vernal.
b) Conjuntivitis papilar gigante.
c) Queratoconjuntivitis atópica.
d) Conjuntivitis alérgica perenne.

331. En relación con la autorreactividad en la urticaria crónica espontánea, señale la afirmación correcta:

a) El test cutáneo con suero autólogo presenta una especificidad superior al 95%, por lo que confirma el diagnóstico de urticaria autoinmune.
b) En algunos pacientes se detectan autoanticuerpos IgG dirigidos frente a la subunidad α del receptor de alta afinidad para IgE (FcεRIα).
c) La presencia de anticuerpos antitransglutaminasa confirma el mecanismo autoinmunitario de la urticaria crónica.
d) La demostración de IgE específica frente a autoantígenos constituye el patrón de referencia para el diagnóstico.

332. Según las recomendaciones recogidas en el tratado, ¿cuál de las siguientes situaciones constituye una indicación para realizar una biopsia cutánea en un paciente con sospecha de urticaria crónica?

a) Persistencia de habones durante más de seis semanas.
b) Asociación de angioedema con las lesiones habonosas.
c) Presencia de anticuerpos antitiroideos positivos.
d) Ausencia de respuesta a antihistamínicos o presencia de lesiones dolorosas con escaso prurito, por sospecha de urticaria vasculitis.

333. En relación con el estudio diagnóstico del angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor (AEH-C1-INH), señale la respuesta correcta:

a) Un valor normal de C4 durante el periodo intercrisis excluye el diagnóstico de AEH-C1-INH.
b) El diagnóstico se confirma mediante una única determinación de C1-INH funcional inferior al 50%.
c) Ante una alta sospecha clínica, deben determinarse inicialmente C4, C1-INH antigénico y actividad funcional del C1-INH.
d) La actividad funcional del C1-INH debe determinarse exclusivamente mediante ELISA.

334. ¿Cuál de las siguientes características clínicas es más sugestiva de un angioedema mediado por bradicinina frente a un angioedema histaminérgico?

a) Asociación frecuente con habones y buena respuesta a antihistamínicos.
b) Duración habitual inferior a 12 horas.
c) Ausencia de urticaria y episodios de 48-96 horas de duración.



d) Respuesta rápida al tratamiento con adrenalina intramuscular.

335. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el diagnóstico diferencial de la dermatitis atópica es correcta?

a) En un adulto sin antecedentes de eccema, una dermatitis eccematosa obliga a descartar un linfoma de células T.
b) La escabiosis se diferencia de la dermatitis atópica por la ausencia de prurito intenso.
c) La dermatitis seborreica suele iniciarse en la adolescencia y se asocia frecuentemente a IgE elevada.
d) La psoriasis es muy frecuente en niños y se caracteriza por prurito intenso como signo principal.

336. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el papel de los alérgenos en la dermatitis atópica es correcta?

a) La sensibilización a alérgenos alimentarios siempre se correlaciona con síntomas clínicos demostrados mediante provocación oral.
b) La exposición a aeroalérgenos puede exacerbar la dermatitis atópica, y se ha implicado una respuesta inmunológica mediada por linfocitos T.
c) La dermatitis atópica intrínseca se define exclusivamente por la sensibilización a alimentos sin implicación de aeroalérgenos.
d) La eliminación de la capa córnea en las pruebas epicutáneas disminuye la tasa de positividad y aumenta la especificidad.

337. ¿Cuál de los siguientes mecanismos forma parte de la regulación periférica de la dermatitis de contacto?

a) Expansión de linfocitos T CD8+ en los ganglios linfáticos tras depleción de Treg CD4+CD25+.
b) Producción de IL-10 por queratinocitos que inhibe citocinas proinflamatorias como IFN-γ y TNF-α.
c) Activación exclusiva de linfocitos T CD4+ en ausencia de participación de células de Langerhans.
d) Aumento de la expresión de selectinas E y P en células endoteliales para favorecer la migración leucocitaria.

338. ¿Cuál de los siguientes enunciados sobre la alergia a cosméticos es correcto?

a) La prevalencia de alergia a cosméticos en la población general se estima aproximadamente en un 10%.
b) Las reacciones alérgicas a cosméticos son más frecuentes en hombres que en mujeres en todos los grupos de productos.
c) Los conservantes y las fragancias son actualmente considerados los grupos de alérgenos más importantes en cosméticos.
d) El etiquetado de ingredientes cosméticos no incluye las fragancias por su baja relevancia alergénica.

339. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la dermatitis de contacto por AINE tópicos es correcta?

a) El ibuprofeno y el naproxeno presentan una alta reactividad cruzada entre sí dentro de los derivados del ácido propiónico.
b) El ketoprofeno es uno de los AINE tópicos más frecuentemente implicados en dermatitis de contacto alérgica y fotoalérgica.
c) El piroxicam se asocia principalmente a dermatitis de contacto irritativa sin implicación fotoalérgica.
d) Las pruebas epicutáneas con AINE tópicos están completamente estandarizadas a nivel europeo.

340. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las fotodermatosis inmunológicamente mediadas es FALSA?

a) La erupción polimorfa lumínica es la fotodermatosis más frecuente y se asocia a una alteración de la inmunosupresión inducida por radiación UV.
b) El prurigo actínico es más frecuente en población indígena y mestiza de América, con asociación a determinados alelos HLA como DRB1*0407.
c) La dermatitis actínica crónica puede presentarse como un eccema persistente en zonas fotoexpuestas y se ha relacionado con mecanismos similares a la dermatitis de contacto alérgica.
d) La urticaria solar es una forma frecuente de fotodermatosis (más del 10% de la población) que aparece típicamente en la infancia y se debe a una reacción de hipersensibilidad retardada.

341. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la epidemiología de las dermatosis ocupacionales es FALSA?

a) La mayoría de las dermopatías de origen laboral corresponden a dermatitis de contacto, siendo predominantes las formas irritativas.
b) En el estudio EPIDERM del Reino Unido, aproximadamente el 83% de las dermatosis ocupacionales correspondían a dermatitis de contacto.
c) Las afecciones cutáneas representan actualmente alrededor del 40% de todas las enfermedades ocupacionales, manteniéndose como el grupo más frecuente.
d) Las discrepancias en los datos epidemiológicos pueden deberse a diferencias en los sistemas de notificación y a la ausencia de una definición estándar de enfermedad cutánea laboral.

342. En la prevención de la dermatitis de contacto profesional, un trabajador sanitario utiliza medidas de protección individual y el servicio de prevención plantea distintas estrategias para reducir la exposición a alérgenos en el entorno laboral. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con estas medidas preventivas?

a) Las cremas barrera pueden sustituir el uso de guantes en la prevención de la dermatitis de contacto.
b) La sustitución de alérgenos por otros menos sensibilizantes es la medida preventiva más eficaz.
c) Los guantes de látex natural no presentan capacidad de sensibilización y son completamente seguros en el medio sanitario.

d) La prevención secundaria se orienta exclusivamente a evitar la aparición inicial de la dermatitis en sujetos sanos.

343. En relación con la activación del mastocito y sus mecanismos de señalización, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La activación clásica en la reacción alérgica requiere el entrecruzamiento de IgE unidas al receptor FceRI por el antígeno.
b) Los mastocitos solo se activan mediante receptores de tipo Toll, siendo independiente cualquier mecanismo mediado por IgE.
c) La activación del mastocito por IgE no induce liberación de mediadores preformados, solo síntesis de novo.
d) El receptor c-kit (CD117) se pierde en los mastocitos maduros, lo que impide su activación funcional.

344. Un varón de 34 años acude a Urgencias tras presentar, en varias ocasiones, episodios de prurito generalizado, flushing facial, dolor abdominal con diarrea y sensación de mareo tras la ingesta de AINE y en otra ocasión tras picadura de insecto. En uno de los episodios presenta además hipotensión y taquicardia que requieren tratamiento con adrenalina. Durante un episodio agudo se objetiva elevación significativa de triptasa sérica respecto a su valor basal. El paciente refiere mejoría parcial de los síntomas con antihistamínicos. En relación con este cuadro clínico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El diagnóstico de síndrome de activación mastocitaria requiere exclusivamente la presencia de triptasa basal elevada de forma persistente.
b) La ausencia de síntomas cutáneos descarta el diagnóstico de síndrome de activación mastocitaria.
c) La elevación de triptasa durante los episodios junto con síntomas en al menos dos órganos es compatible con síndrome de activación mastocitaria.
d) La respuesta a antihistamínicos excluye el diagnóstico de síndrome de activación mastocitaria.

345. En el tratamiento del síndrome de activación mastocitaria, se utiliza un fármaco que ha demostrado utilidad en el control del prurito, flushing, dolor abdominal y síntomas neurológicos, a pesar de su limitada absorción intestinal. ¿Cuál es el mecanismo de acción más característico de este fármaco?

a) Bloqueo de receptores H1 de histamina.
b) Inhibición de la síntesis de prostaglandina D2.
c) Estabilización de la membrana del mastocito inhibiendo su degranulación.
d) Antagonismo de receptores de leucotrienos.

346. ¿Cuál de las siguientes citocinas desempeña un papel fundamental en la diferenciación de los linfocitos T hacia un perfil Th2 mediante la activación del ligando OX40 en las células dendríticas?

a) IL-2.
b) TSLP.
c) IFN-γ.
d) IL-12.

347. ¿Cuál de los siguientes factores se ha asociado de forma más consistente con un aumento del riesgo de desarrollar alergia alimentaria?

a) Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
b) Introducción tardía de alimentos potencialmente alergénicos.
c) Nacimiento por cesárea.
d) Uso de suplementos de ácidos grasos omega-3 durante el embarazo.

348. En un paciente con alergia al huevo, ¿qué hallazgo sugiere una mayor probabilidad de desarrollar tolerancia con el tiempo?

a) Reconocimiento predominante de epítopos conformacionales.
b) Sensibilización predominante frente a epítopos secuenciales del ovomucoide.
c) Sensibilización a Gal d 1.
d) Sensibilización a α-livetina.

349. Respecto a la gravedad de las reacciones alérgicas por alimentos, señale la respuesta correcta:

a) Los niveles elevados de IgE específica predicen de forma fiable la gravedad de las reacciones.
b) El tamaño de la prueba cutánea se correlaciona estrechamente con la gravedad clínica.
c) La gravedad de las reacciones depende exclusivamente de la cantidad de alimento ingerida.
d) La gravedad clínica se relaciona mejor con la historia clínica de reacciones previas que con el tamaño del prick o los niveles de IgE específica.

350. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los determinantes hidrocarbonados de reacción cruzada (CCD) en las glicoproteínas vegetales es correcta?

a) Se asocian habitualmente a reacciones sistémicas graves.
b) Su presencia suele tener escasa o nula relevancia clínica, a pesar de detectarse IgE específica.
c) Constituyen el principal marcador de alergia al melocotón.
d) Son responsables de la mayoría de las reacciones por proteínas LTP.

351. Respecto al síndrome ave-huevo, señale la respuesta correcta:

a) Está mediado principalmente por sensibilización a la ovoalbúmina (Gal d 2).
b) La sensibilización se produce habitualmente tras la ingestión de huevo y posteriormente aparecen síntomas respiratorios por exposición a aves.
c) El principal alérgeno implicado es la α-livetina o albúmina sérica de pollo (Gal d 5), que puede actuar como alérgeno inhalante y alimentario.
d) Los pacientes presentan reacciones tanto al huevo como a la carne de pollo, incluso después de una cocción intensa.

352. En relación con los alérgenos recombinantes utilizados en el diagnóstico molecular, señale la respuesta correcta:

a) Siempre reproducen exactamente la estructura y antigenicidad de la proteína nativa.

b) La expresión en Escherichia coli puede originar proteínas con escasa representación de epítopos conformacionales.
c) La expresión en organismos eucariotas elimina cualquier posibilidad de glucosilación anómala.
d) Los alérgenos recombinantes solo pueden utilizarse para pruebas in vivo.

353. ¿Cuál de las siguientes situaciones constituye una contraindicación para realizar una prueba de exposición oral con alimentos?

a) Historia de sensibilización a un alimento sin haberlo ingerido previamente.
b) Sospecha de síntomas crónicos relacionados con la ingesta de alimentos.
c) Paciente con asma inestable y FEV1 < 80% del teórico.
d) Necesidad de valorar la adquisición de tolerancia en el tiempo.

354. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones es correcta para la prevención de la alergia a Anisakis en la población sensibilizada?

a) Se recomienda evitar el consumo de pescado crudo o insuficientemente cocinado, así como preparaciones como ceviche o carpaccio.
b) Puede consumirse pescado marinado o en ceviche si ha sido previamente ahumado en frío.
c) El pescado cocinado a la plancha es siempre seguro, independientemente del grado de cocción.
d) No es necesario congelar el pescado si se cocina posteriormente a alta temperatura.

355. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre la proctocolitis inducida por proteínas de la dieta en lactantes?

a) Es una entidad mediada por IgE en la mayoría de los casos, por lo que las pruebas cutáneas suelen ser positivas.
b) El diagnóstico se basa principalmente en la colonoscopia y biopsia intestinal.
c) Se caracteriza por sangrado rectal en lactantes con buen estado general y resolución tras eliminar el alimento causal.
d) Se recomienda la retirada preventiva de leche de vaca en hermanos de pacientes afectados.

356. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a las dietas de eliminación en la esofagitis eosinofílica?

a) La dieta elemental es la menos eficaz, con tasas de respuesta inferiores al 50%.
b) La dieta de eliminación de seis alimentos consigue remisión clínica e histológica en aproximadamente el 70% de los pacientes.
c) Las pruebas cutáneas tienen alta fiabilidad para diseñar dietas de eliminación en esofagitis eosinofílica.
d) La clínica y la endoscopia son suficientes para identificar el alimento causal sin necesidad de reintroducción.

357. ¿Cuál de los siguientes factores se asocia a mayor riesgo de presentar una reacción sistémica grave tras una nueva picadura de himenóptero?

a) Historia previa de reacción local extensa en la picadura anterior.
b) Picaduras frecuentes (>200/año) en apicultores.
c) Ser niño en lugar de adulto.
d) Tratamiento con β-bloqueantes en pacientes con cardiopatía.

358. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre la reactividad cruzada entre venenos de himenópteros?

a) La mayoría de las reactividades cruzadas entre abeja y avispa se deben a epítopos proteicos altamente específicos de especie.
b) La hialuronidasa es el único alérgeno implicado en la reactividad cruzada entre abeja y avispa y no tiene determinantes carbohidratados.
c) Los determinantes carbohidratados pueden generar positividad en IgE con escasa relevancia clínica por su baja especificidad de especie.
d) Existe una identidad del 98% entre Polistinae y Apis, lo que explica la equivalencia diagnóstica de sus venenos.

359. En relación con los cambios inmunológicos y aspectos clínicos de la inmunoterapia subcutánea con veneno de himenópteros, señale la afirmación más adecuada:

a) La disminución de IgE específica es el marcador inmunológico más precoz y fiable de eficacia clínica.
b) El aumento de IgG4 se correlaciona de forma directa y consistente con la protección clínica frente a nuevas picaduras.
c) La inmunoterapia induce un cambio inmunológico hacia respuesta Th2 con incremento de IL-4, IL-5 e IL-13.
d) La IL-10 y las células T reguladoras participan en la inducción de tolerancia durante la inmunoterapia.

360. En relación con el síndrome de alergia asociada a picaduras de garrapatas y sensibilización a alfa-gal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la más adecuada?

a) Las reacciones alérgicas a carne roja suelen ser inmediatas tras la ingesta, como ocurre en la alergia alimentaria IgE mediada clásica.
b) La sensibilización a alfa-gal se ha relacionado con picaduras de garrapatas y puede asociarse a anafilaxia retardada tras ingesta de carne de mamífero.
c) El cetuximab no contiene determinantes relacionados con alfa-gal, por lo que no se asocia a reacciones alérgicas en pacientes sensibilizados.
d) Las reacciones a carne roja se explican exclusivamente por proteínas musculares de los mamíferos y no por carbohidratos.

361. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los alérgenos de Anisakis simplex es más adecuada según su relevancia clínica y valor diagnóstico?

a) Ani s 2 y Ani s 3 son los principales marcadores de infección activa por su alta especificidad clínica.
b) Ani s 5, Ani s 8 y Ani s 9 son los principales responsables de la reactividad cruzada con proteínas de mamíferos.

c) Ani s 1 es el mejor marcador para diferenciar infección reciente de sensibilización crónica por su persistencia prolongada en suero.
d) Ani s 7 es un alérgeno de excreción-secreción altamente relevante y se considera un buen marcador de infección verdadera por su elevada tasa de reconocimiento.

362. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones diferencia mejor la anisakiosis gástrica aguda de la anisakiosis intestinal aguda?

a) Ambas presentan inicio tardío (>7 días) y eosinofilia periférica marcada desde el inicio del cuadro.
b) La anisakiosis gástrica aguda aparece precozmente tras la ingesta (≤48 h) con dolor epigástrico intenso, mientras que la intestinal aguda es más tardía (48–72 h o más) y puede simular un cuadro obstructivo.
c) La anisakiosis intestinal aguda se diagnostica siempre por endoscopia y presenta lesiones tumorales en la curvatura mayor gástrica.
d) La anisakiosis gástrica aguda se localiza preferentemente en íleon terminal y cursa con ascitis eosinofílica.

363. En relación con las asociaciones entre alelos HLA y reacciones de hipersensibilidad a fármacos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El alelo HLA-B*5701 se asocia a reacciones graves por carbamazepina en población del norte de Europa.
b) El alelo HLA-B*5801 se asocia a reacciones de hipersensibilidad por alopurinol en chinos Han, tailandeses, japoneses y europeos.
c) El alelo HLA-B*1502 se asocia a reacciones por carbamazepina de forma universal, independientemente del origen étnico.
d) El alelo HLA-A*3101 se asocia a reacciones por carbamazepina en población asiática de la etnia Han.

364. En relación con la reactividad cruzada entre penicilinas y cefalosporinas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La reactividad cruzada in vivo entre penicilinas y cefalosporinas con diferente cadena lateral es aproximadamente del 30 %.
b) La reactividad cruzada entre amoxicilina y cefadroxilo es especialmente relevante por compartir la misma cadena lateral en posición R1, siendo de aproximadamente el 20-38 %.
c) Las cefalosporinas de segunda y tercera generación presentan la misma tasa de reactividad cruzada con las penicilinas que las de primera generación.
d) La reactividad cruzada entre penicilinas y cefalosporinas está determinada fundamentalmente por la similitud del anillo betalactámico, NO de la cadena lateral.

365. En el estudio alergológico de las reacciones inmediatas a penicilinas mediante el algoritmo largo, ¿qué determina que un paciente se clasifique como alérgico con reacción selectiva?

a) Pruebas cutáneas positivas a PPL y/o MDM con prueba de exposición controlada positiva a bencilpenicilina.

b) Pruebas cutáneas negativas a PPL y MDM, prueba de exposición controlada negativa a bencilpenicilina, y pruebas cutáneas o exposición controlada positiva al fármaco implicado (habitualmente amoxicilina).
c) Determinación de IgE específica positiva frente a BPO con pruebas cutáneas negativas.
d) Pruebas cutáneas positivas a PPL con tolerancia demostrada al fármaco implicado.

366. Respecto al síndrome del hombre rojo por vancomicina, señala la afirmación correcta:

a) Es una reacción mediada por IgE que aparece habitualmente en la segunda o tercera exposición al fármaco.
b) Se produce por liberación directa de histamina por los mastocitos de forma NO inmunológica, y puede prevenirse enlenteciendo la perfusión y administrando antihistamínicos.
c) Cursa con afectación predominante en extremidades inferiores y se asocia invariablemente a hipotensión grave.
d) La teicoplanina está completamente contraindicada en pacientes que han presentado el síndrome del hombre rojo, por reactividad cruzada demostrada.

367. En relación con las reacciones de hipersensibilidad a quinolonas en la población española, ¿cuál de las siguientes afirmaciones refleja mejor lo descrito en la literatura?

a) Las quinolonas son la primera causa de reacciones alérgicas a antibióticos en España, por delante de los betalactámicos.
b) Las reacciones alérgicas a quinolonas son poco habituales (0,1-2 % de los tratamientos), pero constituyen la tercera causa de reacciones alérgicas a medicamentos en la población española, tras los AINE y los betalactámicos.
c) Las reacciones de fotosensibilidad son el tipo más frecuente de reacción alérgica a quinolonas en España y siempre se confirman mediante prueba de fotoparche positiva.
d) La reactividad cruzada entre quinolonas está perfectamente establecida, siendo universal entre todos los miembros del grupo.

368. En las reacciones de hipersensibilidad a AINE mediadas por mecanismo NO inmunológico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su patogénesis?

a) Se producen por síntesis de IgE específica frente a la estructura química del AINE implicado, con tolerancia a otros grupos farmacológicos.
b) Se deben a la inhibición de la COX-1, que genera una sobreproducción de leucotrienos cisteinílicos al desviar el metabolismo del ácido araquidónico hacia la vía de la 5-lipooxigenasa.
c) Están mediadas EXCLUSIVAMENTE por linfocitos T CD4+ y CD8+, con un periodo de latencia siempre superior a 24 horas.
d) Se producen SOLO con AINE inhibidores selectivos de la COX-2, que son los que más potentemente desvían el metabolismo hacia los leucotrienos.

369. En relación con la reactividad cruzada entre AINE y paracetamol en pacientes con EREA, ¿cuál es la afirmación más correcta?

a) El paracetamol es completamente seguro a cualquier dosis en pacientes con EREA, ya que NO inhibe la COX-1.
b) El paracetamol puede inducir reactividad cruzada en pacientes con EREA, especialmente a dosis ≥ 1.000 mg, siendo la prevalencia de sensibilidad cruzada del 34 % a dosis de 1.000-1.500 mg.
c) Los inhibidores selectivos de la COX-2 (coxibs) presentan la misma tasa de reactividad cruzada que el paracetamol en pacientes con EREA.
d) El succinato sódico de hidrocortisona muestra reactividad cruzada significativa con el AAS en pacientes con EREA, por lo que debe evitarse en estos pacientes.

370. En relación con las reacciones de hipersensibilidad a cetuximab, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Las reacciones de infusión son más frecuentes a partir de la tercera o cuarta administración, lo que indica la necesidad de un período de sensibilización previo mediado por IgE.
b) La presencia de anticuerpos IgE frente a la cadena alfa-gal (galactosa-α-1,3-galactosa) se ha demostrado en pacientes con reacciones de infusión, habiéndose detectado dichos anticuerpos incluso antes de la primera administración del fármaco.
c) La incidencia de reacciones graves de infusión es uniforme en todas las áreas geográficas, con cifras en torno al 10-15 %.
d) Los pacientes que reaccionan a cetuximab NO toleran el panitumumab, dado que ambos actúan frente al mismo receptor EGFR.

371. En relación con las reacciones de hipersensibilidad a medios de contraste radiológicos (MCR) yodados, señale la afirmación correcta:

a) La alergia previa al marisco o al yodo debe considerarse siempre un factor de riesgo y debe preguntarse sistemáticamente antes de administrar un MCR.
b) El pretratamiento con corticoides y antihistamínicos previene eficazmente las reacciones mediadas por IgE, por lo que NO es necesario buscar un MCR alternativo en estos pacientes.
c) En las reacciones NO inmediatas tardías, el mecanismo implicado es principalmente la participación de linfocitos T, y las pruebas epicutáneas combinadas con la lectura tardía de pruebas intradérmicas ofrecen la mayor sensibilidad diagnóstica.
d) Las pruebas cutáneas tienen un alto valor predictivo negativo en las reacciones tardías, por lo que un resultado negativo descarta con seguridad la reacción.

372. Respecto al síndrome de hipersensibilidad sistémica por anticonvulsivantes (DRESS), señale la afirmación correcta:

a) El ácido valproico es el fármaco más frecuentemente implicado y puede utilizarse libremente como alternativa en pacientes que han presentado DRESS por carbamazepina.
b) La reactividad cruzada entre anticonvulsivantes aromáticos (fenitoína, carbamazepina, fenobarbital) se estima en torno al 70-80 %, por lo que deben evitarse todos ellos tras una reacción con cualquiera del grupo.

c) El DRESS por anticonvulsivantes aparece invariablemente antes de las dos semanas de iniciado el tratamiento, lo que facilita su diagnóstico precoz.
d) La prueba de exposición controlada al fármaco implicado es el método de referencia para confirmar el diagnóstico en los casos dudosos.

373. En relación con la epidemiología de las inmunodeficiencias primarias (IDP), señala la afirmación correcta:

a) El déficit de IgA es la IDP más frecuente, con una prevalencia de 1/25.000 personas.
b) La inmunodeficiencia combinada grave (IDCG) presenta una incidencia de 1/40.000 recién nacidos según los programas de cribado neonatal desarrollados en Estados Unidos y Reino Unido.
c) Dos tercios de las IDP corresponden a los defectos de la inmunidad celular T y combinada.
d) Las IDP constituyen un problema EXCLUSIVAMENTE pediátrico, dado que la totalidad de las entidades se manifiestan clínicamente antes de los dos años de edad.

374. En relación con los microorganismos causantes de infección en las distintas inmunodeficiencias primarias, ¿cuál de las siguientes asociaciones es INCORRECTA?

a) Inmunodeficiencia de anticuerpos: gérmenes encapsulados, enterovirus y Giardia lamblia.
b) Inmunodeficiencia de complemento: Neisseria y gérmenes encapsulados, con predisposición especial a infecciones por serogrupos poco patogénicos.
c) Inmunodeficiencia de fagocito: Staphylococcus aureus, Pseudomonas, Aspergillus y Nocardia.
d) Inmunodeficiencia de inmunidad innata: susceptibilidad a gérmenes encapsulados y micobacterias, pero sin susceptibilidad relevante al virus del herpes simple.

375. En relación con el diagnóstico de la inmunodeficiencia variable común (IDVC), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El diagnóstico requiere demostrar un defecto molecular en los genes de los linfocitos B o T, ya que este se identifica en más del 90 % de los casos.

b) Los linfocitos B circulantes están ausentes en la mayoría de los pacientes con IDVC, lo que la diferencia de la agammaglobulinemia congénita de Bruton.
c) El diagnóstico se basa en cinco criterios: hipogammaglobulinemia de al menos dos clases, infecciones respiratorias repetidas, inicio clínico a partir de los dos años, respuesta vacunal deficiente y exclusión de otras causas de hipogammaglobulinemia.
d) Los procesos autoinmunes como la trombopenia o la anemia hemolítica aparecen siempre después del inicio de las infecciones y NUNCA pueden preceder al diagnóstico de IDVC.

376. Respecto al tratamiento sustitutivo con gammaglobulina en las inmunodeficiencias predominantemente de anticuerpos, señala la afirmación correcta:

a) Hasta el 40 % de las administraciones intravenosas se acompañan de efectos adversos, que en su mayoría son leves, como cefalea, taquicardia o dolores musculares.
b) La dosis inicial recomendada es de 1.000-1.200 mg/kg/mes, independientemente de la respuesta clínica.
c) La vía subcutánea presenta una incidencia de efectos adversos sistémicos superior al 5 %, por lo que se reserva únicamente para pacientes con acceso venoso difícil.
d) Las preparaciones de gammaglobulina están compuestas principalmente de IgA (> 95 %), con pequeñas cantidades de IgM e IgG.

377. Según la Guía GALAXIA 2022, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la epidemiología de la anafilaxia en España es correcta?

a) La incidencia de anafilaxia mortal se sitúa entre 3,2 y 10 casos por 100.000 personas/año, siendo superior en niños menores de 4 años.
b) La recurrencia de anafilaxia se sitúa entre el 26,5 y el 54 % de los pacientes, siendo mayor para la anafilaxia por medicamentos que para la producida por alimentos.
c) En el estudio epidemiológico más amplio realizado en España, la incidencia en niños de 0 a 4 años fue tres veces superior a la media, siendo especialmente elevada durante los dos primeros años de vida.
d) La mortalidad por anafilaxia ha aumentado en paralelo al incremento de hospitalizaciones observado en los últimos años.

378. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las causas de anafilaxia en España es correcta?

a) En adultos, los fármacos más frecuentemente implicados en anafilaxia son los antibióticos betalactámicos, seguidos de los AINE y los medios de contraste radiológicos.
b) En niños, los alimentos más frecuentemente implicados son los frutos secos y el cacahuete, igual que en adultos, reflejando un patrón epidemiológico uniforme por edad.
c) Anisakis simplex está presente como causa de anafilaxia hasta en el 11,3 % de los casos en España, constituyendo una causa a considerar específicamente en nuestro medio.
d) Las picaduras de himenópteros son la causa más frecuente de anafilaxia en la infancia en España, por encima de los alimentos.

379. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los antihistamínicos y los corticoides en el tratamiento de la anafilaxia es correcta?

a) Los antihistamínicos H1 son el tratamiento de primera línea de la anafilaxia porque actúan sobre la histamina, el principal mediador de la reacción.
b) Los corticoides están indicados como segunda línea de tratamiento para prevenir la reacción bifásica, existiendo evidencia sólida procedente de ensayos clínicos que respalda esta indicación.
c) Los antihistamínicos constituyen la segunda línea de tratamiento y son útiles para los síntomas cutáneos, pero su uso NO debe retrasar el manejo de los síntomas

respiratorios o cardiovasculares con adrenalina; los corticoides son tercera línea y NO existe evidencia de que prevengan la reacción bifásica.

d) La dexclorfeniramina puede administrarse como primera medida en anafilaxias leves con afectación EXCLUSIVAMENTE cutánea, reservando la adrenalina para los casos con compromiso hemodinámico o respiratorio.

380. Un paciente con triptasa basal de 8 mcg/L tiene una muestra pericrisis de 17 mcg/L a las 2 horas. ¿Cómo debe interpretarse este resultado?

a) Es diagnóstico de anafilaxia, ya que supera el valor de referencia de 11,4 mcg/L.
b) NO es concluyente porque para confirmar anafilaxia se requiere que la triptasa supere los 20 mcg/L.
c) Es sugestivo de anafilaxia, ya que supera el umbral calculado por la fórmula (triptasa basal × 1,2 + 2), que en este caso es de 11,6 mcg/L.
d) Requiere una cuarta muestra a las 48 horas, ya que el pico de triptasa puede retrasarse en las anafilaxias por veneno.

381. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la reposición de líquidos en la anafilaxia es correcta?

a) Los coloides son superiores a los cristaloides en la anafilaxia, ya que permanecen más tiempo en el espacio intravascular y revierten antes la hipotensión.
b) En adultos normotensos se administrará suero salino fisiológico a 125 mL/h; si existe hipotensión, 1-2 litros en la primera hora; en niños, bolos de 20 mL/kg cada 5-10 minutos hasta normalizar la tensión.
c) La reposición de volumen debe iniciarse siempre antes que la adrenalina, ya que la hipovolemia relativa por extravasación plasmática es el mecanismo dominante del shock anafiláctico.
d) Si el paciente requiere más de 2 litros de suero salino al 0,9 %, debe mantenerse esa misma concentración hasta la estabilización para evitar cambios osmóticos bruscos.

382. ¿En cuál de los siguientes pacientes estaría más justificada la prescripción de dos autoinyectores de adrenalina?

a) Varón de 35 años con alergia a frutos secos, un único episodio de anafilaxia leve, vive en capital de provincia y acude regularmente a revisiones.
b) Mujer de 28 años con alergia al cacahuete, asma grave mal controlada, dificultad para evitar el alérgeno en su entorno laboral, zona rural con difícil acceso a urgencias y anafilaxia previa que requirió dos dosis de adrenalina.
c) Mujer de 42 años con alergia al látex, anafilaxia previa moderada en medio hospitalario y trabajo como enfermera en un centro de salud con botiquín equipado.
d) Niño de 6 años, 18 kg, con alergia al huevo y dos episodios previos de urticaria generalizada sin compromiso respiratorio ni hemodinámico.

383. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la fisiopatología de la anafilaxia es correcta?

a) El mecanismo mediado por IgE es el único reconocido en la anafilaxia clínica; las reacciones sin sensibilización IgE previa demostrable NO pueden clasificarse como anafilaxia.

b) Los basófilos son las principales células efectoras de la anafilaxia mediada por IgE; los mastocitos tienen un papel secundario y han sido identificados como células redundantes en estudios recientes.
c) El receptor MRGPRX2 media anafilaxias independientes de IgE asociadas a determinados fármacos como los relajantes musculares; además, factores como el ejercicio, el alcohol o los AINE pueden actuar como cofactores incrementando la gravedad de reacciones alérgicas a alimentos.
d) El déficit de PAF acetilhidrolasa se asocia a reacciones alérgicas más leves, ya que esta enzima es responsable de la síntesis del Factor de Activación Plaquetaria, un mediador proinflamatorio clave en la anafilaxia.

384. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los alérgenos del látex es correcta?

a) Hev b 1 (factor de elongación del caucho) es el alérgeno mayoritario del látex tanto en pacientes con espina bífida como en trabajadores sanitarios, siendo reconocido por más del 80 % de ambos grupos.
b) Hev b 5 (proteína ácida) es uno de los alérgenos más importantes del látex, reconocido por el 92 % de los trabajadores sanitarios y el 56 % de los pacientes con espina bífida, presentando además múltiples isoformas y homología parcial con la proteína ácida del kiwi.
c) Hev b 6 (proheveína/heveína) es un alérgeno minoritario en todos los grupos de pacientes alérgicos al látex, con prevalencias de sensibilización inferiores al 20 % en cualquier población estudiada.
d) Hev b 8 (profilina) es un alérgeno mayoritario del látex con alta relevancia clínica, siendo responsable de la mayoría de las reacciones sistémicas graves en trabajadores sanitarios.

385. En relación con los grupos de riesgo para el desarrollo de alergia al látex, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Los pacientes con espina bífida presentan una prevalencia de sensibilización al látex entre el 32 y el 64 %, siendo la atopia y el número de intervenciones quirúrgicas los principales factores de riesgo.
b) Los trabajadores sanitarios constituyen el grupo de mayor prevalencia de alergia al látex, por encima de los pacientes con espina bífida, con cifras que oscilan entre el 17 y el 40 % en Europa.
c) La atopia es un factor de riesgo independiente de tal magnitud que los pacientes atópicos sin exposición ocupacional al látex presentan reacciones más graves que los trabajadores sanitarios NO atópicos.
d) Los pacientes multioperados por causas distintas a la espina bífida presentan una prevalencia de sensibilización al látex similar a la de los pacientes con espina bífida, estimándose en torno al 6 %.

386. Respecto al diagnóstico de la alergia al látex, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La determinación de IgE específica sérica frente al látex es el método diagnóstico de elección por su mayor sensibilidad y especificidad respecto a la prueba intraepidérmica, y debe realizarse siempre en primer lugar antes de plantear pruebas cutáneas.
b) La prueba intraepidérmica con látex es el método de elección para confirmar o descartar la alergia al látex, con una sensibilidad del 93 % y especificidad del 100

% con extractos estandarizados, aunque debe realizarse únicamente en centros con los medios y el personal precisos para tratar reacciones anafilácticas.

c) La provocación específica con látex es la prueba definitiva y de menor riesgo para el diagnóstico, por lo que debe realizarse de forma rutinaria en todos los pacientes con sospecha clínica antes de proceder a pruebas cutáneas o determinación de IgE específica.

d) La prueba de parche es el método diagnóstico de elección en la alergia mediada por IgE al látex, dado que permite identificar tanto la hipersensibilidad tipo I como tipo IV en una sola prueba.

387. En relación con el síndrome látex-frutas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La asociación entre alergia al látex y frutas afecta a entre el 21 y el 58 % de los pacientes alérgicos al látex, siendo los alimentos más frecuentemente implicados la castaña, el aguacate, el kiwi y el plátano, y pudiendo la anafilaxia a frutas ser la primera manifestación de una alergia al látex subyacente.

b) La anafilaxia por alimentos es una manifestación excepcional en el síndrome látex-frutas, siendo la urticaria oral el cuadro clínico predominante en más del 95 % de los casos.

c) Los alérgenos del látex responsables del síndrome látex-frutas son EXCLUSIVAMENTE las profilinas (Hev b 8) y las LTP (Hev b 12), sin que las quitinasas de clase I tengan ningún papel en esta reactividad cruzada.

d) En todo paciente alérgico al látex con síndrome látex-frutas está indicada la evitación estricta e inmediata de los cuatro alimentos de mayor riesgo —castaña, aguacate, kiwi y plátano— aunque NO refiera reacciones alérgicas previas a ellos ni exista sensibilización IgE demostrada frente a sus alérgenos principales.

388. En relación con el asma bronquial causada por látex en trabajadores expuestos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El látex causa asma ocupacional EXCLUSIVAMENTE por mecanismo de contacto cutáneo con los guantes; la vía inhalatoria NO está implicada en la patogenia del asma por látex dado que las partículas aerosolizadas son demasiado grandes para alcanzar la vía aérea inferior.

b) La prevalencia de asma ocupacional por látex en trabajadores oscila entre el 2,5 y el 10 % según las series, y su evolución tras el cese de la exposición es generalmente favorable, especialmente cuando la evitación es total.

c) La prueba más fiable para el diagnóstico de asma por látex es la espirometría basal, que muestra un patrón obstructivo fijo en la mayoría de los trabajadores afectados, por lo que la provocación bronquial específica NO aporta información adicional relevante.

d) El cese total de la exposición al látex se asocia a una recuperación completa del asma en prácticamente todos los pacientes, sin que se hayan descrito casos de daño respiratorio permanente tras la retirada del alérgeno.

389. Respecto a las medidas de prevención primaria de la alergia al látex en el medio sanitario, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La sustitución total de los guantes de látex por guantes sintéticos en el medio sanitario es técnicamente sencilla y está respaldada por evidencia sólida de que

todas las alternativas son adecuadas para todos los procedimientos realizados en el hospital.

b) Los guantes de cloruro de polivinilo (vinilo) poseen el mismo efecto barrera que los de látex y constituyen una alternativa válida como protección contra la infección, por lo que son los más recomendados para procedimientos quirúrgicos.

c) La sustitución de guantes de látex empolvados por guantes sin polvo y con bajo contenido proteico reduce los niveles de aeroalérgeno de látex en el ambiente y la clínica alérgica en los trabajadores sanitarios sensibilizados, siendo la utilización de guantes sin polvo una medida de profilaxis secundaria avalada por estudios de intervención.

d) El uso de guantes empolvados de látex con bajo contenido proteico es tan eficaz como los guantes sin polvo para reducir los niveles de aeroalérgeno en el ambiente hospitalario, por lo que la eliminación del polvo lubricante NO aporta beneficio adicional.

390. En relación con las dermatitis asociadas al uso de guantes de látex, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La dermatitis irritativa de manos es la manifestación inmunológica más frecuente asociada al uso de guantes de látex, mediada por IgE frente a los aditivos químicos añadidos durante la vulcanización, y se diagnostica mediante prueba intraepidérmica con látex.

b) La dermatitis proteica es clínicamente indistinguible de la dermatitis de contacto tipo IV, cursando ambas con lesiones eccematosas crónicas que desaparecen bruscamente en las muñecas y se diagnostican mediante prueba epicutánea con aditivos de la goma.

c) La dermatitis de contacto por guantes está causada por sustancias químicas de bajo peso molecular añadidas al caucho durante su fabricación, como los derivados del tiuram, carbamatos, tioureas, fenoles y benzotiazol, siendo los derivados del tiuram los que producen sensibilización con mayor frecuencia; se dispone de pruebas epicutáneas estandarizadas para su diagnóstico.

d) Una dermatitis de contacto preexistente en las manos constituye un factor de riesgo independiente y bien establecido para el desarrollo de alergia al látex mediada por IgE, por lo que su presencia obliga a la prescripción preventiva de autoinyector de adrenalina en todos los trabajadores sanitarios afectados.

391. En cuanto al diagnóstico de la alergia al látex mediante métodos in vitro, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El InmunoCAP frente al látex completo presenta una sensibilidad y especificidad superiores a la prueba intraepidérmica, siendo el método diagnóstico de primera elección en todos los pacientes con sospecha de alergia al látex, independientemente de la población estudiada.

b) La determinación de IgE específica frente al látex mediante InmunoCAP puede arrojar resultados falsamente positivos en pacientes sensibilizados a pólenes, debido a la reactividad cruzada entre las profilinas del látex y las profilinas de los pólenes, lo que puede explicar las elevadas cifras de sensibilización descritas en estudios epidemiológicos que utilizan métodos in vitro.

c) La citometría de flujo para el diagnóstico de alergia al látex ha demostrado una sensibilidad del 93 % y especificidad del 91,7 %, siendo actualmente el método diagnóstico más utilizado en la práctica clínica habitual por su bajo coste y sencillez técnica.

d) El diagnóstico molecular mediante microarray (InmunoCAP ISAC) permite analizar simultáneamente 112 componentes alergénicos, entre los que se incluyen todos los alérgenos del látex actualmente reconocidos, por lo que un resultado negativo con esta técnica descarta de forma definitiva la sensibilización al látex.

392. En relación con la reglamentación y el etiquetado de los productos sanitarios que contienen látex, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La Directiva europea 93/42/EEC obliga a que todos los productos sanitarios que contengan látex incluyan en su etiquetado términos como «hipoalergénico» o «bajo en proteínas» para informar adecuadamente a los pacientes alérgicos.
b) En España, los productos sanitarios están regulados por el Real Decreto 414/1996, que traslada la Directiva 93/42/EEC; para cualquier producto sanitario que contenga látex, el etiquetado debe incluir una indicación visible en el empaquetado primario de que el artículo contiene látex natural y un aviso de que puede ocasionar reacciones alérgicas en personas sensibilizadas.
c) La normativa europea sobre etiquetado de productos sanitarios con látex es de aplicación universal a todos los productos de consumo, incluyendo juguetes, preservativos y guantes para tareas domésticas, que quedan recogidos en la misma directiva que los dispositivos médicos.
d) Para los guantes médicos, la normativa establece que el etiquetado debe incluir obligatoriamente la concentración exacta de proteínas del látex expresada en microgramos por gramo, con el fin de que los pacientes alérgicos puedan comparar el contenido proteico entre distintos fabricantes.

393. Los antihistamínicos tópicos oculares, comercializados como fármacos de acción dual, presentan la ventaja de su rápida acción sobre los síntomas, debido a su poder antihistamínico, al que se le asocia a medio y largo plazo una capacidad de estabilizar las membranas de los mastocitos. ¿Cuál de los siguientes es considerado un antihistamínico de acción dual? (Señale la respuesta correcta):

a) Antazolina.
b) Oximetazolina.
c) Olopatadina
d) Lodoxamina.

394. ¿Cuáles son las principales células que componen la superficie luminal del epitelio bronquial? (Señale la respuesta correcta):

a) Células ciliadas y células caliciformes.
b) Macrófagos.
c) Células alveolares tipo I.
d) Células basales.

395. Paciente de 35 años, refiere desde hace 5 años congestión nasal, rinorrea hialina anterior y estornudos en salvas durante los meses de abril y mayo. Los síntomas le ocurren 3 veces por semana durante los meses mencionados previamente y le impiden conciliar el sueño. Ante la sospecha de rinitis alérgica, ¿cuál sería su clasificación según la guía ARIA? (Señale la correcta):

a) Rinitis alérgica intermitente moderada-grave.
b) Rinitis alérgica persistente moderada-grave.

c) Rinitis alérgica intermitente leve.
d) Rinitis alérgica persistente leve.

396. En la rinitis hormonal los estrógenos y la progesterona producen un aumento de las glándulas seromucosas, produciendo síntomas de congestión, estornudos y goteo postnasal. ¿Cuál de las siguientes situaciones son las que más frecuentemente producen rinitis hormonales? (Señale la correcta):

a) Embarazo.
b) Hipotiroidismo.
c) Acromegalia.
d) Todas las anteriores.

397. Los corticoides intranasales (CIN) son el tratamiento de elección en la rinitis alérgica persistente moderada-grave con un nivel de evidencia A. Según su biodisponibilidad se han clasificado en primera y segunda generación. ¿Cuál de los siguientes es un CIN de primera generación? (Señale la correcta):

a) Propionato de fluticasona.
b) Furoato de mometasona.
c) Furoato de fluticasona.
d) Dipropionato de beclometasona.

398. Paciente de 40 años, natural de Madrid, que refiere congestión nasal, estornudos y rinorrea hialina anterior con frecuencia diaria desde abril hasta junio. Los síntomas mejoran con antihistamínicos y corticoides intranasales. Se realizan pruebas cutáneas e IgEs específicas a inhalantes habituales con resultado negativo. Se realiza test de provocación nasal a polen de gramíneas con resultado positivo. ¿Cuál es el diagnóstico más correcto del paciente? (Señale la correcta):

a) Rinitis alérgica local.
b) Rinitis no alérgica.
c) Rinoconjuntivitis alérgica.
d) Rinitis eosinofílica.

399. ¿Cuál de los siguientes es un biomarcador del asma grave con fenotipo NO T2? (Señale la correcta):

a) Activación Th17.
b) IL-8.
c) Cisteinil-leucotrienos.
d) a) y b) son ciertas.

400. La prueba del manitol es una herramienta muy útil en el diagnóstico del asma bronquial. ¿Cuándo se considera positiva? (Señale la correcta):

a) Se considera positiva cuando se objetiva una caída del 15 % en el FEV1 respecto al valor basal o cuando aparece una disminución incremental ≥ 10 % entre dos dosis consecutivas.
b) Se considera positiva cuando se objetiva una caída del 20 % en el FEV1 respecto al valor basal o cuando aparece una disminución incremental ≥ 10 % entre dos dosis consecutivas.

c) Se considera positiva cuando se objetiva una caída del 15 % en el FEV1 respecto al valor basal o cuando aparece una disminución incremental ≥ 20 % entre dos dosis consecutivas.
d) Se considera positiva cuando se objetiva una caída del 20 % en el FEV1 respecto al valor basal o cuando aparece una disminución incremental ≥ 15 % entre dos dosis consecutivas.

401. El Índice Predictivo de Asma, establecido a partir del estudio de cohorte de Tucson es una guía para determinar qué niños tienen probabilidades de desarrollar asma a futuro. Se divide en criterios mayores y menores. ¿Cuál de los siguientes es un criterio menor de dicho índice? (Señale la correcta):

a) Diagnóstico médico de asma en alguno de los padres.
b) Diagnóstico médico de eccema atópico (a los 2-3 años de edad).
c) Eosinofilia periférica igual o superior al 4 %.
d) Eosinofilia periférica igual o superior al 8 %.

402. El asma ocupacional puede estar causada por sustancias de masa molecular baja o masa molecular elevada. ¿Cuál de las siguientes es una sustancia de masa molecular baja? (Señale la correcta):

a) Celulasa.
b) Polvo de soja.
c) Bromelina.
d) Estireno.

403. ¿Cuál de los siguientes criterios NO se considera dentro de los que define la respuesta a un fármaco biológico en el tratamiento del asma grave no controlada? (Señale la respuesta INCORRECTA):

a) Puntuación en ACT igual o superior a 20 puntos.
b) Cambio significativo en la puntuación del ACT con respecto al basal ≥ a 3 puntos.
c) Ausencia de ingresos hospitalarios o visitas a urgencias.
d) Aumento del FEV1 > 10 % con respecto al valor previo a la utilización del fármaco biológico.

404. Reslizumab es un anticuerpo monoclonal indicado en el asma grave eosinofílico. ¿Cuál de los siguientes es el efecto adverso más frecuente según ficha técnica? (Señale la respuesta correcta):

a) Dolor abdominal.
b) Eosinofilia en sangre periférica.
c) Elevación de CPK en sangre.
d) Aumento de transaminasas.

405. La termoplastia es un procedimiento broncoscópico a considerar en los pacientes con asma grave no controlada, cuya función es reducir la capa muscular lisa bronquial mediante la aplicación de calor por radiofrecuencia. ¿Cuál de las siguientes es una contraindicación para realizar dicho procedimiento? (Señale la respuesta correcta):

a) FEV1 del 50 %.

b) Fracaso terapéutico tras tratamiento biológico.
c) Bronquiectasias.
d) FEV1 del 60 %.

406. Paciente de 55 años, saxofonista desde los 20 años, que refiere disnea progresiva, tos, malestar general, anorexia y pérdida de peso. La sospecha diagnóstica es de neumonitis por hipersensibilidad a Candida spp (pulmón del saxofonista). ¿Qué hallazgos radiológicos en la TC de alta resolución de tórax se espera encontrar en la fase crónica de esta enfermedad? (Señale la correcta):

a) Patrón en panal en lóbulos superiores.
b) Infiltrado reticulonodular.
c) Imagen en vidrio deslustrado.
d) Infiltrados bilaterales micronodulares.

407. Según los criterios básicos de Rosenberg y cols. para el diagnóstico de Aspergilosis Broncopulmonar Alérgica, ¿cuál de los siguientes NO es un criterio mínimo o esencial para el diagnóstico de aspergilosis broncopulmonar alérgica seropositiva? (Señale la correcta):

a) IgE sérica total elevada ≥ 1.000 ng/ml o ≥ 410 UI/ml.
b) Hipersensibilidad cutánea inmediata frente a A. fumigatus.
c) Eosinofilia en sangre (≥ 1.000 eosinófilos/mm3).
d) Todas son verdaderas.

408. En relación con la urticaria crónica espontánea es cierto que:

a) Las lesiones son recurrentes al menos 2 veces a la semana y durante más de 12 semanas.
b) Es frecuente la implicación de la epidermis en la lesión elemental de la urticaria.
c) Solamente se asocia a angioedema cuando aparece un déficit de C1 inhibidor.
d) El tratamiento con antihistamínicos de segunda generación por vía oral constituye el primer escalón del tratamiento de esta entidad.

409. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación a las urticarias crónicas inducibles?

a) El diagnóstico de dermografismo sintomático se realiza utilizando un dermografómetro calibrado, a una presión de 60 g/mm2.
b) La urticaria retardada por presión se considera la más frecuente de las urticarias crónicas inducibles.
c) En la urticaria por frío típica la presencia de eritema en la zona de aplicación del cubito de hielo es criterio de positividad.
d) En la urticaria vasculitis hipocomplementémica se encuentran anticuerpos IgG anti C1q.

410. Respecto al angioedema hereditario, NO es cierto que:

a) La bradiquinina es el mediador más importante en el desarrollo del angioedema hereditario por déficit de C1 inhibidor.
b) En general, el angioedema adquirido por déficit de C1 inhibidor aparece en la infancia.



c) La deficiencia del C1 inhibidor se transmite de forma autosómica dominante.
d) El angioedema es generalmente episódico, recurrente, sin aumento de temperatura, ni eritema y no pruriginoso.

411. En relación a la dermatitis atópica, es cierto que:

a) La espongiosis es el hallazgo histológico característico de la dermatitis atópica
b) La disfunción de la función barrera epidérmica no parece influir en esta enfermedad.
c) La colonización por Staphylococcus aureus en la piel atópica es infrecuente.
d) La mayoría de los pacientes con dermatitis atópica presentan cifras de IgE total dentro de la normalidad.

412. Respecto a la dermatitis atópica, NO es cierto que:

a) Las lesiones agudas de dermatitis atópica consisten en pápulas eritematosas pruriginosas con vesiculación, exudado seroso y excoriaciones.
b) La distribución de las lesiones depende de la edad del paciente.
c) Además de los criterios de Hanifin y Rajka, existen otros validados para el diagnóstico, como los del grupo UK Working Party.
d) Las escalas de valoración de la gravedad, tanto el SCORAD como el EASI evalúan síntomas y signos de la enfermedad.

413. En relación con el tratamiento de la dermatitis atópica, señale la cierta:

a) Se considera que el tratamiento proactivo con corticoides tópico no es eficaz en esta entidad.
b) Los emolientes a base de ceramidas no están indicados en la dermatitis atópica.
c) Los corticoides tópicos son uno de los tratamientos esenciales de la dermatitis atópica.
d) Los antihistamínicos H1 son muy eficaces en el prurito de la dermatitis atópica.

414. La dermatitis alérgica de contacto se caracteriza por todo MENOS:

a) En mujeres la causa más frecuente es el níquel.
b) Los hallazgos anatomopatológicos son patognomónicos de esta entidad.
c) Se puede manifestar como lesiones no eccematosas como por ejemplo una erupción petequial y purpúrica cuando la causa son las gomas negras.
d) En el caso de una dermatitis fotoalérgica, hay que realizar el diagnóstico diferencial con una dermatitis aerotransportada y con una dermatitis fototóxica.

415. ¿Cuál de los siguientes NO se considera un factor desencadenante de liberación de mediadores mastocitarios frecuente en las mastocitosis o síndromes de activación mastocitaria?

a) Factores emocionales.
b) La ingesta de huevo de gallina.
c) Picadura de himenópteros.
d) Fiebre.

416. NO es cierto en relación con los síndromes de activación mastocitaria:

a) La triptasa sérica en el estudio de los episodios agudos debe determinarse a las 12-24 horas del inicio del cuadro.
b) Una puntuación REMA < 2 indica baja probabilidad de clonalidad con una alta especificidad y sensibilidad.
c) Para realizar el diagnóstico de certeza hay que valorar datos clínicos y de laboratorio y un estudio completo de la médula ósea.
d) Se debe sospechar una mastocitosis en los pacientes con anafilaxia tras una picadura de un himenóptero y sin lesiones cutáneas.

417. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la alergia a los alimentos NO concuerda con los datos epidemiológicos disponibles en la actualidad?

a) La alergia a los alimentos es más frecuente en la edad adulta que en la infancia.
b) La prevalencia de alergia a los alimentos está generalmente sobreestimada en los estudios epidemiológicos basados en encuestas poblacionales.
c) La alergia a la leche y al huevo son las que predominan en los primeros años de vida.
d) La alergia a los alimentos vegetales predomina en la edad adulta.

418. Con respecto a la historia natural de la alergia a los alimentos, señale la respuesta verdadera:

a) La alergia a la leche de vaca de inicio en las primeras etapas de la vida se supera en un porcentaje bajo de los casos, siendo la sensibilización a caseína la que marca un mejor pronóstico.
b) La alergia al huevo de inicio en las primeras etapas de la vida se supera en un porcentaje alto de casos, siendo la sensibilización al ovomucoide la que marca un mejor pronóstico.
c) La sensibilización al alérgeno Ara h8 de cacahuete se asocia a reacciones alérgicas graves y a un peor pronóstico.
d) Por lo general, los títulos altos desde el inicio de IgE específica a un alimento o la persistencia de títulos elevados se asocian con una menor probabilidad de superar dicha alergia.

419. Señale la respuesta FALSA con respecto a la alergia a los alimentos vegetales:

a) La sensibilización a proteínas LTP es más frecuente en los países europeos meridionales y su presentación clínica es diversa.
b) La sensibilización a proteínas profilinas se da principalmente en frutas y se asocia a reacciones alérgicas orales, leves.
c) La sensibilización a proteínas de almacenamiento de semillas es frecuente en frutos secos y legumbres y suele asociarse a reacciones alérgicas orales, leves.
d) La sensibilización a proteínas PR-10 de frutas y verduras es frecuente en los países europeos septentrionales y se asocia a alergia al polen de abedul.

420. La alergia conocida como "síndrome alfa-gal" se caracteriza por (señale la respuesta verdadera):

a) Una sensibilización IgE al oligosacárido alfa-1,7-galactosa.
b) Antecedente de administración del anticuerpo monoclonal rituximab.

c) Antecedente de haber sido picado por pulgas.
d) Reacciones sistémicas tardías tras la ingesta de carnes de mamíferos no primates.

421. Con respecto al diagnóstico de la alergia a los alimentos, ¿qué herramienta diagnóstica ofrece menor utilidad clínica en el momento actual?

a) La anamnesis dirigida.
b) La determinación de IgG4 específica frente al alimento implicado.
c) La prueba intraepidérmica (prick-test) con el alimento implicado.
d) La prueba de exposición oral controlada con el alimento implicado.

422. Ante una madre gestante de un bebé de alto riesgo alérgico, ¿qué medida adoptaría por haber demostrado mayor beneficio en la prevención del desarrollo de alergias?

a) Recomendar preferentemente la lactancia materna desde el primer momento y por un tiempo prolongado (4-6 meses).
b) Empleo de probióticos y ácidos omega-3 en la madre durante la gestación.
c) Restricción de los alimentos más habitualmente alergénicos en la dieta de la madre gestante.
d) Todas son correctas.

423. ¿Qué NO es cierto de la enterocolitis inducida por proteínas de la dieta?

a) Es una entidad que afecta a niños y a adultos.
b) Su fisiopatología no está del todo esclarecida, pero se sabe que la IgE participa por vías de hipersensibilidad retardada.
c) Sus manifestaciones clínicas son principalmente digestivas y de aparición retardada.
d) Los antecedentes atópicos están presentes en una proporción superior a la población general.

424. Con respecto a los efectos adversos de la inmunoterapia oral con alimentos, señale la respuesta FALSA:

a) Las reacciones adversas son bastante frecuentes, particularmente durante la fase de mantenimiento.
b) La esofagitis eosinofílica es un efecto adverso esperable, con una tasa de ocurrencia de en torno al 2-4 % de los casos tratados.
c) El paciente y/o sus cuidadores deben ser advertidos de la posibilidad de reacciones anafilácticas tras la ingesta del alimento, incluso durante la fase de mantenimiento.
d) Factores concurrentes como el esfuerzo físico o el estrés incrementan la posibilidad de reacciones sistémicas tras la ingesta del alimento implicado.

425. En paciente de 44 años, agricultor, con anafilaxia por picadura de avispa, sin que se haya podido identificar la especie y con los siguientes valores de IgE específica: nVes v 1: 3,44 kU/l; nPol d 1: 5,67 kU/l; nVes v 5: 7,32 kU/l; nPol d 5: 5,67 kU/l; Apis mellifera: 0,56 kU/l. ¿Qué tipo de inmunoterapia con veneno de himenópteros seleccionaría para este paciente?

a) Inmunoterapia con extracto acuoso de veneno de Polistes dada la alta reactividad cruzada entre polistes y vespula.

b) Inmunoterapia con extracto acuoso de veneno de Polistes e inmunoterapia con veneno de Apis, dado que está levemente sensibilizado a este insecto y podría tener exposición a picadura de abeja por su trabajo como agricultor.
c) Una única inmunoterapia con mezcla de veneno de Polistes y veneno de Vespula, ya que ahorramos dinero al paciente.
d) Recurrir a técnica de CAP-inhibición podría ayudar a decidir el/los extracto/s más adecuado/s para la inmunoterapia en este paciente.

426. En un paciente que ha sufrido una reacción sistémica tras picadura de avispa y con un estudio alergológico negativo (pruebas intraepidérmicas, intradérmicas e IgE específica) negativas, ¿cuál sería la actitud clínica más acertada?

a) Indicar tratamiento farmacológico ante una nueva reacción y repetir el estudio pasadas varias semanas.
b) Realizar estudio mediante test de activación de basófilos.
c) Determinar triptasa sérica y estudio de diagnóstico molecular.
d) Todas son actitudes válidas.

427. Con respecto a la anafilaxia, señale la respuesta correcta:

a) Además de la respuesta IgE-mediada, existen otros mecanismos inductores de reacciones anafilácticas.
b) Existe un amplio consenso en la definición de la anafilaxia.
c) La anafilaxia idiopática es la causa más frecuente de anafilaxia.
d) Es frecuente que los pacientes que sufren un episodio de anafilaxia tengan una respuesta bifásica.

428. Ante un paciente que haya sufrido un episodio de anafilaxia, ¿cuál de las siguientes recomendaciones NO se debería dar para eventuales nuevos episodios?

a) Debe conocer la causa de su anafilaxia y las fuentes potenciales de exposición a dicha causa.
b) Debe llevar consigo uno o más dispositivos de autoinyección de adrenalina.
c) Debe administrarse la adrenalina solo si ve que la reacción no responde a la administración previa de antihistamínicos y/o corticoides.
d) Debe persuadirle de realizar tratamiento de inmunoterapia si la causa de su anafilaxia es una alergia al veneno de himenópteros.

429. Respecto a los alérgenos del látex, es FALSO:

a) Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
b) La sensibilización Hev b 5 es muy relevante en los trabajadores sanitarios con alergia al látex.
c) En el síndrome látex-frutas está implicado exclusivamente el Hev b 2.
d) En los niños con espina bífida, el Hev b 1 es un alérgeno mayoritario.

430. ¿En cuál de las siguientes entidades NO es esperable hallar un título elevado de inmunoglobulina E total?

a) Agammaglobulinemia de Bruton.
b) Enfermedad de Kimura.
c) Dermatitis atópica.

d) Síndrome de DiGeorge.

431. Ante un paciente de 25 años de origen caucásico, sin enfermedades alérgicas conocidas y eosinofilia persistente de 800-1.300 eos./mcl, ¿qué enfermedad/condición debemos sospechar como MENOS probable?

a) Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.
b) Infestación parasitaria.
c) Enfermedad de Kimura.
d) Suplementación habitual con triptófano.

432. Con respecto a la hipereosinofilia, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
b) Los pacientes con hipereosinofilia de significado incierto (i.e., sin manifestaciones clínicas) no requieren seguimiento.
c) En el síndrome hipereosinofílico, las manifestaciones dermatológicas son las más frecuentes.
d) La terapia con anticuerpos monoclonales anti-interleucina 5 o anti-receptor de interleucina-5 podrían convertirse en una opción terapéutica de primera línea en algunos tipos de síndromes hipereosinofílicos.

433. La clasificación de Gell y Coombs diferencia las reacciones alérgicas a fármacos en función del mecanismo inmunopatogénico. En relación con esta clasificación señale la opción FALSA:

a) Reacciones tipo I. Mediadas por IgE, en las que intervienen mastocitos y/o basófilos.
b) Reacciones tipo II. Citotóxicas o citolíticas. Mediadas por anticuerpos, generalmente IgG o IgM, que se unen a los determinantes antigénicos del fármaco presentes en la membrana de células.
c) Reacciones tipo III. Producidas por inmunocomplejos constituidos por fármaco/inmunoglobulinas.
d) Reacciones tipo IV o de hipersensibilidad celular, son reacciones mediadas por linfocitos B. Se pueden subclasificar en tipos IVa-IVd.

434. Las reacciones alérgicas a los medicamentos representan un problema diagnóstico complejo que se basa en la realización de pruebas in vitro, cutáneas y exposición controlada. ¿Cuál de estas afirmaciones es verdadera?

a) Los métodos diagnósticos in vivo tienen ciertas ventajas sobre las pruebas in vitro, como son el carecer de riesgo, el poder realizarse en pacientes con enfermedades cutáneas y el ser más rápidas.
b) En el caso de los antibióticos betalactámicos, la sensibilidad de la determinación de la IgE específica es muy alta, mientras que la especificidad es baja.
c) La histamina plasmática permanece elevada solo durante unos minutos tras la reacción y la triptasa puede detectarse horas después de la misma.
d) El test de transformación linfoblástica (TTL) es el método in vitro más usado en el diagnóstico de las reacciones inmediatas a fármacos.

435. ¿Cuál de las siguientes cefalosporinas comparte una cadena lateral idéntica con la Amoxicilina?

a) Cefadroxilo.
b) Ceftriaxona.
c) Cefepima.
d) Cefixima.

436. Los antibióticos betalactámicos (BL) son la causa más frecuente de una reacción de hipersensibilidad a medicamentos en la infancia. En relación con las reacciones de hipersensibilidad en la infancia, señale la respuesta verdadera:

a) Las reacciones de hipersensibilidad a BL en la infancia son, en su gran mayoría, reacciones inmediatas.
b) El diagnóstico de las reacciones de hipersensibilidad a BL en la infancia se basa únicamente en la determinación de IgE específica y pruebas intradérmicas con el medicamento implicado.
c) Un porcentaje muy bajo, menor al 10 %, de los casos de reacciones de hipersensibilidad a BL en la infancia se confirman como verdaderas.
d) Las cefalosporinas son el grupo de betalactámicos más implicado en las reacciones de hipersensibilidad a BL en la infancia.

437. Paciente de 20 años, por infección urinaria inicia tratamiento con cefixima. A los 20 minutos de tomar el primer comprimido inicia con urticaria generalizada. Según la clasificación clásica de las reacciones alérgicas a los betalactámicos, ¿qué tipo de reacción ha tenido el paciente?

a) Acelerada.
b) Inmediata.
c) Retardada.
d) Ninguna de las anteriores.

438. Los antiinflamatorios no esteroideos, al igual que otros fármacos, pueden producir reacciones adversas de tipo A y B en función del mecanismo que las produce. ¿Cuál de estos mecanismos pertenece a reacciones tipo A de los AINE?

a) Reacciones por toxicidad farmacológica.
b) Reacciones mediadas por IgE.
c) Reacciones retardadas.
d) Reacciones por inhibición de la COX1.

439. Paciente de 45 años diagnosticada de urticaria crónica. Desde hace unos meses presenta, a las 4 horas de tomar ibuprofeno, habones generalizados sin otra clínica asociada. Comenta que le ha pasado con diclofenaco y metamizol. ¿Qué entidad deberíamos sospechar como primera opción en esta paciente?

a) Enfermedad respiratoria exacerbada por AINE.
b) Urticaria/Angioedema inducido por AINE.
c) Enfermedad cutánea exacerbada por AINE.
d) Ninguna de las anteriores.



440. Paciente de 8 años con cuadro febril por otitis. Le prescriben ibuprofeno presentando a los dos días de tratamiento habones generalizados sin otra clínica asociada. Le realizan estudio con realización de test cutáneo con resultado negativo. Señale la respuesta correcta:

a) Teniendo en cuenta la alta probabilidad de alergia a ibuprofeno se debe prohibir el uso de AINEs de forma definitiva.
b) En niños con sospecha de hipersensibilidad por fármacos se desestima la provocación oral controlada como parte del estudio alergológico.
c) Teniendo en cuenta que ha sido una reacción cutánea no grave, se podría realizar una provocación oral controlada con el fármaco implicado.
d) Se debe diagnosticar de intolerante a AINEs realizando provocación controlada con celecoxib.

441. Ante la sospecha de una reacción perianestésica se debe realizar un estudio alergológico. Según el algoritmo diagnóstico de Mertes y cols, señale la respuesta correcta:

a) Haga clic o pulse aquí para escribir texto.
b) Se debe incluir el látex en el estudio.
c) El periodo aconsejable para la realización de las pruebas diagnósticas alergológicas en caso de intervención programada es de 4 a 6 semanas tras la reacción.
d) Todas las anteriores.

442. En relación con las reacciones de hipersensibilidad a antineoplásicos, señale la respuesta FALSA:

a) Se definen como aquellas reacciones impredecibles que no pueden ser explicadas ni por el mecanismo farmacológico, ni por el perfil de toxicidad del fármaco.
b) Las reacciones de hipersensibilidad con análogos del platino suelen aparecer en el primer ciclo de tratamiento, disminuyendo la posibilidad de reacción si se han recibido más de 7 ciclos.
c) El mecanismo por el cual se producen la mayoría de estas reacciones es heterogéneo incluyendo mecanismos mediados por IgE, liberación inespecífica de mediadores por los mastocitos y los basófilos, activación del complemento, entre otros.
d) El diagnóstico es difícil por la complejidad de la enfermedad, la existencia de otras enfermedades concomitantes, la polifarmacia a la que están sometidos y por las limitaciones existentes a la hora de estudiar la existencia de mecanismos inmunológicos.

443. La epigenética estudia los cambios heredables en la expresión génica causados por mecanismos que no alteran la secuencia de nucleótidos. Entre las características de las principales modificaciones epigenéticas, señala la respuesta verdadera:

a) La metilación del ADN regula la expresión del gen. La hipermetilación produce silenciamiento genético y la hipometilación se asocia a sobreexpresión génica.
b) La modificación de histonas no es una modificación epigenética.
c) Los ARN no codificantes alteran la secuencia de nucleótidos y por lo tanto no se considera una modificación epigenética.
d) Ninguna de las anteriores es verdadera.



444. Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos en el síndrome de hipersensibilidad por anticonvulsivantes, ¿cuál de los siguientes síntomas tiene un mayor porcentaje de incidencia en esta patología?

a) Fiebre.
b) Neumonitis.
c) Mialgias.
d) Ninguna de las anteriores.

445. Las células dendríticas poseen una característica importante que es aquella de poder modificar su funcionalidad de forma diferencial en relación a las distintas situaciones a las que se enfrenta en los tejidos. Señala la respuesta correcta según estas características:

a) Las células dendríticas inmaduras poseen mayor número de dendritas.
b) Las células dendríticas inmaduras migran a nódulos linfáticos.
c) Las células dendríticas maduras residen en los tejidos.
d) Las células dendríticas maduras pierden capacidad endocítica y expresan mayor número de moléculas en superficie que favorecen el procesamiento y presentación de antígenos.

446. En relación con las reacciones graves por fármacos, señale la respuesta FALSA:

a) Las lesiones cutáneas en forma de diana típicas orienta al diagnóstico de DRESS.
b) Es fundamental la identificación y rápida suspensión del fármaco responsable.
c) La pustulosis aguda exantemática generalizada (PAEG) responde a un mecanismo de hipersensibilidad tipo IV.
d) Las pruebas epicutáneas en la PAEG son positivas con más frecuencia que en el resto de las reacciones cutáneas graves.

447. Respecto a la desensibilización con fármacos es FALSO:

a) Se define como el procedimiento que altera la respuesta inmunitaria de un paciente alérgico a un fármaco.
b) La tolerancia que se consigue es permanente salvo en el caso del ácido acetilsalicílico.
c) El proceso es específico para cada medicamento.
d) Es necesario valorar el riesgo/beneficio de la desensibilización antes de iniciar el proceso.

448. Con respecto a la pauta de desensibilización con anticuerpos monoclonales, es cierto que:

a) No se ha demostrado la eficacia de este procedimiento en el caso de los anticuerpos monoclonales.
b) No se han descrito pautas de desensibilización con cetuximab hasta este momento.
c) En general está contraindicada en las dermatitis exfoliativas y en el DRESS, entre otros cuadros graves.
d) La ventaja de este procedimiento es que no precisa premedicación por el bajo riesgo de reacciones adversas durante el mismo.

449. En las reacciones de hipersensibilidad tipo IV o hipersensibilidad retardada, señale la respuesta correcta:

a) Las reacciones tipo IVa están mediadas por neutrófilos.
b) Las reacciones tipo IVc están mediadas por linfocitos T CD8.
c) Las reacciones tipo IVb están mediadas por linfocitos Th1 y macrófagos.
d) Las reacciones tipo IVd están mediadas por linfocitos Th2 y eosinófilos.

,

450. ¿Cuál de las siguientes inmunodeficiencias NO suele asociarse a una mayor prevalencia de procesos alérgicos?

a) Inmunodeficiencia variable común.
b) Inmunodeficiencia combinada grave T-B+.
c) Síndrome de Wiskott-Aldrich.
d) Síndrome de hiper-IgE.

CASO CLÍNICO 1

Paciente mujer de 38 años.

ANTECEDENTES PERSONALES: Diagnosticada en 2004 de dermatitis alérgica de contacto por Kathon CG®, con manifestación de dermatitis en manos causada por crema de manos que usaba en el trabajo y que contenía el alérgeno. En aquel momento: epicutáneas True-test® a las 96 horas: Sulfato de níquel +++, Kathon CG® +++, Crema de manos propia ++.

ENFERMEDAD ACTUAL: Permaneció asintomática en relación a diagnóstico de alergia a Kathon® durante 13 años evitando productos con Kathon®.

En 2017 consulta de nuevo porque coincidiendo con estancia en vivienda recientemente reformada y mientras deshacía cajas presentó afonía, odinofagia, disnea, y malestar general. Abandonó la casa y acudió a urgencias donde se observó broncoespasmo. Mejoría con tratamiento sintomático.

Pasadas 2 semanas volvió a la casa y tras varias horas aparecieron las mismas molestias por lo que de madrugada, tuvo que abandonarla de nuevo. Mejoría tras tratamiento en Urgencias.

2 días después presentó prurito labial y lesiones cara, cuello, antebrazos, manos y piernas que se resolvieron con corticoide tópico. Quedó asintomática.

A los 15 días regresa a la casa y a las 24 h reaparecieron molestias faríngeas y lesiones cutáneas en las mismas zonas, asociado a molestias en mucosas, tipo conjuntivitis y rinitis.

ESTUDIO ALERGOLÓGICO:

- **Tests cutáneos con batería de inhalantes: negativos.**

ESPIROMETRIA FORZADA: Valores dentro de rango de referencia. PBD: negativa.

451. ¿Qué dato de los siguientes, no aportado en anamnesis elegiría como más esclarecedor para orientar el cuadro clínico?

a) Antecedentes familiares de atopia.
b) Afectación o no de zona submentoniana, párpados superiores y zona retroauricular.
c) Toma de algún medicamento.
d) Tolerancia a cinturones y zapatos de piel, en los últimos meses.



452. ¿Cuál de las situaciones siguientes NO influye significativamente en los resultados de las pruebas epicutáneas?

a) Exposición solar en la zona de las pruebas en la última semana.
b) Toma de prednisona oral 10 mg los días durante las pruebas.
c) Concentración alta del alérgeno.
d) Aplicación de corticoide tópico en la zona de las pruebas hasta el día anterior a su realización.

453. El resultado actual de las pruebas epicutáneas (batería standard TRUE-Test® ampliada) en la paciente es: Kathon CG® (+++). Metilisotiazolinona (++), Sulfato de níquel (++). Resto de alérgenos: negativo. Es FALSO respecto a Kathon CG®:

a) Es una mezcla estabilizada de 2-metil-5-cloro-4-isotiazolin-3-ona (MCI) y 2-metil-4-isotiazolin-3-ona (MI) en una proporción de 3:1
b) Se relaciona con eccemas a nivel perineal y en glúteos por el uso de toallitas húmedas.
c) Es causa de dermatitis tipo IV, fotosensibilización y erupción ampollosa.
d) Se considera que el uso del componente MI aislado en cosméticos es seguro solo si se emplea a mínimas concentraciones ≤ 15 ppm.

.

454. Con respecto a la dermatitis aerotransportada o airborne, la opción correcta de las siguientes es:

a) Es menos prevalente en el ámbito profesional.
b) Suele ser de fácil sospecha etiológica porque la clínica es típica, ya que solo se afectan zonas del cuerpo que están al descubierto.
c) La de causa alérgica es más frecuente que la irritativa.
d) El diagnóstico diferencial incluye dermatitis fotoinducidas, y dermatitis atópica.

455. La paciente, administrativa en un ayuntamiento, sin antecedentes familiares de atopia, comentó que no tomó ningún medicamento por las fechas de las reacciones; aporta imágenes de las reacciones con afectación de párpados superiores y zona submentoniana, y no refiere reacciones con el uso de productos de piel. Con todos los datos comentados, además de recordar y actualizar las normas de evitación de Kathon®, y comentar con ella dudas que pudiera plantearse, qué otra recomendación consideraría más útil en la paciente:

a) Usar cremas barrera y cubrir con ropa la mayor parte del cuerpo si va a pasar por zonas ajardinadas o si va a ir al campo y ducharse al llegar a casa.
b) Evitar ejercicio al aire libre y baños de sol durante las próximas 6 semanas.
c) Evitar entornos pintados con pinturas al agua o temple, insistiendo que podría reactivarse la clínica hasta meses después de haberse aplicado la pintura.
d) Dado que la paciente no es pintora de profesión y que el uso de isotiazolinonas en pinturas es poco frecuente y está bien regulado, el riesgo de nueva exposición se asume muy bajo y no merece la pena advertir a la paciente a este respecto.

CASO CLINICO 2

Mujer 65 años. Urticaria crónica espontánea de 1 año de evolución con mal control habitual y seguimiento en AP. Gonartropatía por pirofosfato y rotura meniscal bilateral. Trastorno adaptativo con ansiedad, depresión e insomnio crónico. Tabaquismo y EPOC con agudizaciones frecuentes. Pendiente de consulta con Cardiología por historia reciente de palpitaciones y mareos. Sigue como tratamiento habitual:

- **Triple terapia inhalada (CI+LABA+LAMA) + Azitromicina 500 mg/48 horas**
- **Dexketoprofeno 25 mg/12 h. + Buprenorfina ppc 52 mg/72 h**
- **Lorazepam 1 mg/8 h + Lormetazepam 2 mg noche**
- **Citalopram 40 mg/día**
- **Ebastina 20 mg/8 h.**

456. En relación con su historia clínica, qué exploración complementaria consideraría con mayor preferencia respecto a otras opciones:

a) Pletismografía y FeNO
b) Rx de tórax
c) Electrocardiograma
d) IgE total y Ac anti-TPO

457. La Rx de tórax muestra signos de atrapamiento aéreo y bullas sin condensaciones. FeNO 44 ppb. IgE total 225 U/mL, TSH 3 y Ac anti-TPO 220 U/mL. El ECG muestra ritmo sinusal a 76 lpm con eje a 60º, QRS normal e intervalo QTc de 490 ms. ¿Qué medidas serían más urgentes en el plan inicial de tratamiento de esta paciente?

a) Reevaluar las dosis de citalopram y benzodiacepinas y solicitar consulta urgente a Psiquiatría
b) Reevaluar las dosis de citalopram, azitromicina y ebastina y solicitar consulta urgente a Cardiología
c) Suspender lo antes posible dexketoprofeno y opiáceos
d) Añadir un ciclo breve de prednisona diaria a 30 mg/24 h durante 7 días seguido de una pauta descendente.

458. Todas estas opciones se consideran factores de riesgo de arritmias ventriculares en pacientes que reciben antihistamínicos, EXCEPTO:

a) Sexo masculino
b) Uso en sobredosis de antihistamínicos con metabolismo hepático presistémico
c) Coadministración con otros agentes que prolongan el intervalo QT, y/o con inhibidores y sustratos enzimáticos del citocromo p-450 hepático
d) Alteraciones hidroelectrolíticas (hipopotasemia, hipocalcemia, hipomagnesemia)



459. Según los estudios específicos al respecto, ¿qué porcentaje aproximado de los pacientes con urticaria crónica presentan exacerbación de la urticaria en el contexto de la administración de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).

a) 5-10%
b) 20-30%
c) 50-60%
d) 75-80%

460. Señale cuál sería la dosis máxima aconsejada de ebastina en pacientes con urticaria crónica, de acuerdo a las guías y consensos internacionales de manejo de esta patología:

a) 20 mg
b) 40 mg
c) 60 mg
d) 80 mg

CASO CLINICO 3

Mujer de 25 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, salvo los que motivan la consulta. Es remitida a Alergología por episodios de edemas en manos y pies tratados por su médico de Atención Primaria con Cetirizina 10 mg/8h y Prednisona 30 mg/día, remitiendo por completo en 3-4 días. En los episodios no tratados con medicación la evolución es similar. Alguno de los brotes estuvo relacionado con el consumo de boquerones frescos en vinagre y la toma de ibuprofeno 600 mg 2h antes y se acompañó de dolor abdominal. Fue valorada en Urgencias e ingresada en observación por sospecha de apendicitis aguda, que se descartó finalmente.

461. ¿Qué prueba complementaria es de menor utilidad en esta paciente?

a) Pruebas cutáneas con alimentos.
b) Análisis de sangre con determinación de C3.
c) Determinación de IgE específica a Anisakis simplex.
d) Todas ellas son precisas para llegar a un correcto diagnóstico.

462. El estudio es negativo con alimentos y la paciente ha vuelto a tolerar después ibuprofeno. Teniendo en cuenta esto se completa el estudio y se confirma el diagnóstico de Angioedema hereditario tipo I (AEH tipo I) por déficit cuantitativo de C1 inhibidor. Es cierto que:

a) Deben estudiarse a los familiares de primer y segundo grado porque al ser hereditario hay siempre casos familiares.
b) Es una enfermedad autosómica recesiva.
c) La proteína C1-INH esta codificada por el gen C1NH, también denominado SERPING1, localizado en el cromosoma 13 subregión q11-q13.
d) El AEH por déficit cuantitativo de C1 inhibidor es el subtipo más frecuente de AEH.

463. El En lo que al tratamiento de los brotes agudos se refiere en esta paciente es cierto que se puede emplear:

a) Derivado plasmático de C1 inhibidor endovenoso.
b) Derivado plasmático de C1 inhibidor subcutáneo.
c) Acetato de Icatibant endovenoso.
d) Todas las opciones son ciertas.

464. La paciente se queda embarazada. El embarazo transcurre sin complicaciones y tiene lugar un parto que precisa empleo de fórceps. En este caso es cierto que:

a) No está indicada hacer ninguna profilaxis a corto plazo (PCP) con C1 inhibidor y sólo se administrará si tiene un brote agudo.
b) En caso de brote agudo en el momento del parto se podría emplear ácido tranexámico, al estar indicado en embarazadas.
c) Para prevenir la eclampsia se recomienda tratamiento con IECA.



d) Bajo ninguna circunstancia la no posibilidad de realizar PCP debe ser motivo de retraso de un procedimiento urgente.

465. Respecto a los hijos de esta mujer es cierto que:

a) La probabilidad de que tengan AEH tipo I es del 50 %.
b) Los andrógenos atenuados a dosis bajas y bajo estricto control pueden ser empleados en cualquier caso como profilaxis a largo plazo (PLP) en niños.
c) Para PCP en niños se suele emplear el ácido tranexámico por su cómoda administración (vía oral).
d) La expresión clínica o fenotipo de esta enfermedad es muy variable en cuanto a la frecuencia y gravedad de los episodios en distintos pacientes, salvo en pacientes que comparten la misma alteración genética, que suelen tener clínica similar.

CASO CLINICO 4

Varón de 41 años, no fumador, con rinitis perenne por ácaros y poliposis nasal operada. Asma desde los 20 años; en el último año presenta 3 exacerbaciones que precisaron prednisona (≥5 días) y 1 ingreso. En tratamiento con budesónida/formoterol 320/9 µg 2 inhalaciones/12 h + tiotropio 5 µg/día; técnica correcta y buena adhesión terapeútica. ACT 12. FEV1 58% teórico (FEV1/FVC < 0,7) con broncodilatación positiva. Eosinófilos sangre 460/µl; FENO 55 ppb; IgE total 420 UI/mL; prick positivo a ácaros.

466. Según GEMA 5.5, ¿qué criterios apoyan el diagnóstico de asma grave no controlada en este paciente?

a) 1 exacerbación anual y ACT ≥ 20 con FEV1 > 80%.
b) ≥2 exacerbaciones/año y/o ≥1 hospitalización, ACT < 20 y FEV1/FVC < 0,7 pese a GCI/LABA/LAMA.
c) Solo FENO > 50 ppb y eosinofilia > 300/µl, independientemente del tratamiento
d) Exclusivamente IgE total > 300 UI/mL

467. Con base en fenotipo T2, ¿cuál sería el siguiente paso terapéutico más apropiado?

a) Aumentar GCI a dosis altas en monoterapia.
b) Añadir azitromicina como primera elección.
c) Iniciar biológico anti-IgE (omalizumab) o anti-IL5/IL5R (mepolizumab/benralizumab) según elegibilidade.
d) Realizar termoplastia bronquial como primera línea.

468. ¿Qué dato favorece especialmente la elección de un anti-IL5/IL5Rα frente a anti-IgE?

a) Eosinófilos sanguíneos ≥ 300/µl y exacerbaciones frecuentes.
b) Prick positivo a ácaros
c) FENO < 25 ppb
d) ACT ≥ 20

469. En caso de seleccionar omalizumab, ¿qué condición de elegibilidad es imprescindible además de sensibilización perenne?

a) FENO > 40 ppb.
b) Eosinófilos > 500/µl.
c) Poliposis nasal.
d) IgE total dentro del rango dosimétrico aprobado y peso compatibles con tabla de dosis.

470. Además del biológico, ¿qué medida complementaria específica es clave por su comorbilidad ORL?

a) Anticolinérgico de acción corta a demanda.
b) Glucocorticoides intranasales continuos y control de RSCcPN; valorar indicación de biológico eficaz en pólipos.

c) Suspender LABA y mantener solo GCI.
d) Restricción de ejercicio físico.

CASO CLINICO 5

Mujer 25 años que a causa de una odinofagia febril inicia amoxicilina 500/8h, 10 días, a mediados de mayo. Al persistir odinofagia se sustituye por amoxicilina-clavulánico 1 g y en 3 días inicia rash maculopapuloso morbiliforme afectando a palmas, tronco, EEII, mejillas y pabellones auriculares con fiebre de 39 ºC.

Se sustituye tratamiento por clindamicina el 24 de mayo y el 1 de junio presenta otro pico febril de 39 ºC y exantema petequial violáceo en extremidades inferiores, exantema infiltrado en tronco con edema facial y linfadenopatía axilar y laterocervical.

471. Cuál de las siguientes actitudes te parecen MENOS adecuada en esta paciente:

a) Pedir análisis de sangre con perfil general y hepático, hemograma recuento y fórmula (HRF) y biopsia cutánea de lesión.
b) Solicitar serologías y PCR de virus linfotrópicos.
c) Iniciar tratamiento con corticoides y evitar clindamicina y amoxicilina.
d) Es probable que se trate de un exantema infeccioso con escasa probabilidad de implicación medicamentosa.

472. Dado que en la analítica existe aumento de transaminasas GPT 128 U/l, GOT 188 U/l y eosinofilia de 1.500 eos/mm3 qué diagnóstico te parece más probable:

a) Pustulosis exantemática aguda.
b) Droga que induce daño hepático (DILI).
c) Síndrome de hipersensibilidad (DIHS).
d) Exantema infeccioso por Epstein-Barr.

473. ¿Cuál de estas te parece la aseveración más acertada?

a) La clindamicina es el causante de esta reacción tardía.
b) La amoxicilina es el causante de esta reacción tardía.
c) Ambos provocan la reacción.
d) Lo más probable es que la amoxicilina sea el medicamento causante del inicio de la reacción, y que exista un “flare up” por reactivación de virus linfotrópico o por clindamicina que deberá ser estudiada.

474. En esta patología, qué patogenia crees implicada:

a) No existe predisposición de alelos específicos de HLA para que suceda la reacción.
b) Se debería solicitar HLA predictivo previo a uso de tratamiento con los fármacos más susceptibles de causarla.
c) Se podría clasificar como una reacción tipo IV d.
d) Se debe descartar HLA-B*5701 previo al inicio de tratamiento con abacavir por su alto valor predictivo negativo en poblaciones susceptibles (VIH).

475. En cuanto al seguimiento del paciente cuál es verdadera:

a) Las pruebas cutáneas con intradermorreacción tardía y epicutáneas con amoxicilina y clindamicina tendrán poca rentabilidad diagnostica (<30 %).
b) Retiraría de forma rápida los corticoides una vez solucionado cuadro cutáneo.
c) Realizaría seguimiento de paciente durante meses por posibilidad de secuelas (enfermedades autoinmunes).
d) La prueba diagnóstica definitiva será la provocación oral controlada.

CASO CLINICO 6

Varón de 70 años.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- Déficit parcial de IgA

- Hemocromatosis

ENFERMEDAD ACTUAL:

En agosto 2025 estando en el pueblo en Galicia presentó picadura de himenóptero presentando inmediatamente malestar, mareo, visión borrosa, palpitaciones, pérdida de conocimiento e incontinencia de esfínteres. No asoció otros síntomas como lesiones cutáneas, prurito, síntomas digestivos ni respiratorios. Estaba cerca de unas colmenas de abeja, pero no recuerda si el insecto que le picó le dejó aguijón. No acudió a ningún centro médico, mejoró en unas horas de manera espontánea. Refiere que dos años antes presentó síntomas similares tras picaduras de himenópteros.

ESTUDIO ALERGOLÓGICO:

- Pruebas cutáneas: positivas con vespula en ID 0.1 mg/ml y apis en ID 1mg/ml, negativas con polistes

- Triptasa basal 5,46 µg/L

- IgE total 25,40 kUA/L

- IgE específica frente a:

Veneno de abeja 0,91 kUA/L

rApi m 1, rApi m 2, rApi m 3, rApi m 4, r Api m 10: 0,00 kUA/L

rApi m 5 1,20 kUA/L

Veneno de avispa Vespula 0,81 kUA/L

Ves v 1; 0,03 kUA/L

rVes v 5; 0,99 kUA/L

CCD; 0,00 kUA/L

476. Un dato llamativo del caso es que el paciente presenta anafilaxias graves de perfil predominantemente cardiovascular con ausencia total de síntomas cutáneos y una triptasa basal normal (5.46 µg/L), ¿qué patología subyacente debe descartarse prioritariamente en este paciente?

a) Síndrome de activación mastocitaria clonal o una mastocitosis sistémica.
b) Inmunodeficiencia común variable asociada al déficit de IgA.
c) Hemocromatosis con afectación miocárdica selectiva.
d) No debe descartarse ninguna patología subyacente ya que ha presentado una reacción secundaria al dolor por la picadura del himenóptero.

477. Ante los resultados del estudio alergológico (pruebas cutáneas e IgE específicas), ¿cuál es la interpretación diagnóstica más precisa sobre la sensibilización primaria del paciente?

a) Presenta una sensibilización doble verdadera e independiente a veneno de Apis mellifera y Vespula.
b) Se confirma una sensibilización genuina y primaria a veneno de Vespula mediante rVes v 5, siendo el resultado de rApi m 5 una reactividad cruzada por homología de secuencia.
c) La positividad de rApi m 5 y rVes v 5 está justificada exclusivamente por la presencia de anticuerpos frente a determinantes de carbohidratos de reacción cruzada (CCDs).
d) El paciente está únicamente sensibilizado a Apis, dado que la picadura ocurrió cerca de unas colmenas de abejas.

478. ¿Cuál es la puntuación REMA en el momento de la reacción en este paciente?

a) No hace falta calcular la puntuación REMA ya que no se sospecha un síndrome de activación mastocitaria.
b) Puntuación REMA +3.
c) No se puede calcular la puntuación REMA porque no presenta determinación de triptasa en momento agudo.
d) Puntuación REMA +4.

479. Atendiendo a la gravedad de los síntomas, los antecedentes de reacciones repetidas y el estudio alergológico actual, ¿cuál es la actitud terapéutica correcta y prioritaria que debe indicarse en la consulta?

a) Prescribir un autoinyector de adrenalina para uso de emergencia y recomendar evitación, posponiendo la inmunoterapia hasta que la triptasa basal supere los 11.4 µg/L.
b) Iniciar inmunoterapia con extracto de veneno de Apis mellifera debido al valor cuantitativo superior de rApi m 5.
c) Indicar inmunoterapia con extracto de veneno de Vespula de forma indefinida, asociada a la prescripción de dispositivos autoinyectores de adrenalina.

d) Contraindicar la inmunoterapia con venenos debido a sus antecedentes de déficit de IgA y hemocromatosis.

480. Teniendo en cuenta la clínica presentada por el paciente tras la picadura de himenóptero en agosto de 2025 (mareo, visión borrosa, palpitaciones, pérdida de conocimiento e incontinencia de esfínteres, sin afectación cutáneo-mucosa ni respiratoria), ¿cómo clasificaría la reacción según la escala clásica de Mueller?

a) Reacción sistémica Grado I.
b) Reacción sistémica Grado II.
c) Reacción sistémica Grado III.
d) Reacción sistémica Grado IV.

CASO CLINICO 7

Mujer de 38 años, sin antecedentes de atopia, diagnosticada de artritis reumatoide seropositiva en tratamiento con metotrexato. Consulta en alergología porque hace 3 semanas presentó, a los 20 minutos de tomar amoxicilina-clavulánico (prescrito por su médico de familia por una sinusitis aguda), un cuadro de urticaria generalizada, angioedema labial y disnea sibilante que requirió atención en urgencias y tratamiento con adrenalina intramuscular. Refiere haber tolerado amoxicilina en dos ocasiones previas, hace más de 5 años. Asimismo, desde hace 2 años presenta episodios recurrentes de asma moderada y poliposis nasosinusal bilateral confirmada por TAC. En ese contexto, su reumatólogo le había prescrito ibuprofeno para el dolor articular, fármaco que también ha desencadenado crisis de broncoespasmo en dos ocasiones. Actualmente toma omeprazol, metotrexato y ácido fólico. En la evaluación alergológica se realiza prick e intradermorreacción con PPL, MDM, amoxicilina y ácido clavulánico. El prick es negativo con todos los determinantes. La intradermorreacción resulta positiva con amoxicilina (pápula de 8 mm con eritema y prurito) y negativa con PPL, MDM y ácido clavulánico.

481. ¿Cómo se clasifica la reacción a amoxicilina-clavulánico y cuál es la interpretación más correcta del resultado de las pruebas cutáneas?

a) Reacción NO inmediata mediada por linfocitos T; la positividad intradérmica a amoxicilina con negatividad a PPL y MDM confirma reactividad cruzada con todo el grupo de penicilinas.
b) Reacción inmediata con patrón selectivo a amoxicilina mediada por IgE; la positividad a amoxicilina con negatividad a PPL, MDM y ácido clavulánico orienta hacia una sensibilización específica a la cadena lateral de la amoxicilina.
c) Reacción inmediata NO selectiva; la positividad a amoxicilina obliga a prohibir todos los betalactámicos, incluidas cefalosporinas y carbapenémicos.
d) Reacción acelerada de mecanismo NO establecido; las pruebas cutáneas NO tienen valor diagnóstico en reacciones que ocurren entre 1 y 72 horas.

482. La paciente necesita tratamiento antibiótico. Su neumólogo propone cefadroxilo. ¿Cuál es la actitud más correcta?

a) Cefadroxilo puede administrarse sin restricciones porque las cefalosporinas y las penicilinas NO comparten antígenos relevantes.
b) Cefadroxilo debe evitarse porque, al compartir la misma cadena lateral en posición R1 que la amoxicilina, presenta una reactividad cruzada de aproximadamente el 20-38 %, y debe buscarse una alternativa con cadena lateral diferente.
c) Cefadroxilo es seguro porque la reactividad cruzada entre penicilinas y cefalosporinas es siempre inferior al 1 %.
d) Puede administrarse cefadroxilo sin restricciones siempre que se realice premedicación con antihistamínicos y corticoides previamente.

483. Respecto al asma con poliposis nasosinusal y los episodios de broncoespasmo por ibuprofeno, ¿cuál es el diagnóstico más probable y qué alternativa analgésica es la más segura?

a) Urticaria/angioedema inducida por AINE (UAAIUA) mediada por IgE; el paracetamol a cualquier dosis es la alternativa de elección.
b) Enfermedad respiratoria exacerbada por AINE (EREA), de mecanismo NO inmunológico por inhibición de COX-1; los inhibidores selectivos de la COX-2 (coxibs) son la alternativa más segura.
c) Reacción selectiva a ibuprofeno mediada por linfocitos T; cualquier otro AINE del grupo de los profénicos puede administrarse sin riesgo.
d) Enfermedad cutánea exacerbada por AINE (ECEA); la urticaria crónica subyacente contraindica todos los AINE, incluidos los coxibs.

484. Durante un ingreso, la paciente requiere vancomicina por una infección grave por SAMR. A los 10 minutos del inicio de la primera infusión desarrolla eritema con prurito intenso en cuello, cara y parte superior del tórax, sin hipotensión. ¿Cuál es el diagnóstico y el manejo correcto?

a) Anafilaxia mediada por IgE a vancomicina; debe suspenderse definitivamente el fármaco e iniciarse desensibilización si NO hay alternativa.
b) Síndrome del hombre rojo por liberación directa NO inmunológica de histamina; debe enlentecerse la infusión, aumentar la dilución y administrar antihistamínicos, pudiendo continuarse el tratamiento.
c) Reacción de hipersensibilidad tardía tipo IV a vancomicina; debe suspenderse el fármaco y sustituirse por teicoplanina, que NO presenta reactividad cruzada.
d) Reacción anafilactoide mediada por IgE; está contraindicado continuar con vancomicina y la teicoplanina es siempre una alternativa segura.

485. Tras el alta, la reumatóloga plantea que la paciente necesitará AAS a dosis antiagregantes de forma crónica por riesgo cardiovascular. Dado el diagnóstico de EREA, ¿cuál es la actitud más correcta?

a) El AAS está absolutamente contraindicado de por vida en la EREA; debe optarse por clopidogrel como única alternativa antiagregante posible.
b) Puede realizarse una exposición oral controlada con dosis antiagregantes de AAS; se administran dosis crecientes (p. ej., 40 mg y, tres horas después, 100 mg), ya que la mayoría de estos pacientes toleran esta dosis, con lo que puede prescribirse el fármaco a 100 mg diarios de forma crónica.

c) La exposición oral controlada al AAS en la EREA está contraindicada si la paciente tiene poliposis nasal, por riesgo inaceptable de reacción grave.
d) Tras tolerar AAS a 100 mg, la paciente puede tomar otros AINE inhibidores potentes de la COX-1 sin restricciones.

CASO CLINICO 8

Mujer de 47 años, sin alergias medicamentosas conocidas, con hipertensión (enalapril), obesidad mórbida (IMC 41) y SAOS. Colecistectomía laparoscópica programada. Profilaxis con cefazolina 2 g IV y campo con clorhexidina. Inducción con propofol, fentanilo y rocuronio. A los 4 minutos: TA 55/30 mmHg, broncoespasmo severo, taquicardia 130 lpm, eritema + habones en tronco y extremidades. Primera exposición documentada a rocuronio.

486. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el diagnóstico de esta reacción es correcta según la Guía GALAXIA 2022?

a) NO puede diagnosticarse anafilaxia porque la paciente está bajo anestesia general y NO puede referir síntomas subjetivos como prurito o sensación de muerte inminente, criterios diagnósticos imprescindibles.
b) El diagnóstico queda descartado porque NO tiene antecedentes de alergia a los fármacos administrados y es su primera exposición documentada a rocuronio.
c) La presentación es compatible con anafilaxia: inicio agudo con afectación cardiovascular, broncoespasmo y afectación cutánea tras exposición a múltiples agentes potencialmente alergénicos cumple criterios clínicos de sospecha, independientemente de la anestesia general.
d) Para establecer el diagnóstico perioperatorio es imprescindible obtener triptasa sérica superior a 20 mcg/L antes de iniciar el tratamiento.

487. El anestesiólogo debe iniciar el tratamiento de inmediato. ¿Cuál es la actitud más correcta respecto a la adrenalina?

a) Dado que la paciente está intubada y monitorizada, la vía IV es de elección desde el inicio, administrando 1 mg en bolo IV igual que en la parada cardiorrespiratoria.
b) La vía intramuscular en cara anterolateral del muslo sigue siendo la vía de elección inicial; SOLO estaría indicada la vía IV si persiste hipotensión refractaria a volumen y múltiples dosis IM, debiendo prepararse en ese caso una dilución de 1/100.000.
c) En el contexto perioperatorio con acceso venoso, la vía subcutánea es preferible a la IM por mayor seguridad cardiovascular en pacientes con taquicardia.
d) La adrenalina debe retrasarse hasta confirmar el diagnóstico mediante triptasa sérica, dado que el broncoespasmo con hipotensión perioperatorio puede tener otras causas.

488. Triptasa basal a las 24 h: 6,2 mcg/L; muestra a las 2 h de la reacción: 22,1 mcg/L. ¿Cómo deben interpretarse estos resultados?

a) NO son concluyentes porque ninguna muestra supera el umbral diagnóstico de 20 mcg/L establecido por la guía para confirmar anafilaxia.

b) La triptasa basal de 6,2 mcg/L está dentro de la normalidad; aplicando la fórmula (basal × 1,2 + 2), el umbral sugestivo de anafilaxia es de 9,44 mcg/L, umbral que supera ampliamente la muestra pericrisis, lo que es sugestivo de anafilaxia.
c) SOLO la muestra de las 2 horas es válida para el diagnóstico, ya que la primera muestra puede estar falsamente elevada por el estrés quirúrgico.
d) La triptasa basal de 6,2 mcg/L, por estar por encima de 5 mcg/L, obliga a descartar mastocitosis sistémica antes de atribuir la elevación a la reacción.

489. La paciente refiere haber usado enjuagues con clorhexidina sin reacciones. La IgE específica frente a clorhexidina resulta negativa. ¿Cuál es la actitud más correcta?

a) La IgE específica negativa descarta la implicación de clorhexidina; el estudio debe centrarse EXCLUSIVAMENTE en rocuronio y cefazolina.
b) La tolerancia previa a clorhexidina tópica descarta su implicación sistémica, ya que la sensibilización por vía mucosa NO genera IgE capaz de mediar anafilaxia.
c) Tanto la IgE negativa como la tolerancia previa reducen la probabilidad de implicación de la clorhexidina pero NO la excluyen; el estudio debe incluir pruebas cutáneas frente a todos los candidatos, IgE específica si disponible, reevaluación de triptasa basal y pruebas de exposición y/o test de uso.
d) La BAT (prueba de activación de basófilos) está disponible en todos los servicios y tiene mayor sensibilidad que las pruebas cutáneas, por lo que debe realizarse como primera prueba diagnóstica.

490. El estudio confirma sensibilización a rocuronio (prick positivo) y negatividad a todos los relajantes alternativos, pruebas cutáneas y exposición controlada a cefazolina negativas y pruebas cutáneas y test de uso a clorhexidina negativos. La paciente sigue pendiente de colecistectomía. ¿Cuál es la actitud más correcta?

a) La confirmación de alergia a rocuronio contraindica de forma absoluta cualquier procedimiento con bloqueantes neuromusculares; la intervención debe cancelarse indefinidamente.
b) Debe registrarse la alergia a rocuronio en la historia clínica, remitir el caso a anestesia para planificación con los relajantes alternativos cuya negatividad ha sido confirmada, y asegurar que el equipo quirúrgico dispone de protocolo escrito de actuación ante anafilaxia perioperatoria.
c) Dado que las pruebas con alternativos son negativas, puede intervenirse sin restricciones adicionales ni necesidad de notificar el antecedente al equipo quirúrgico.
d) La paciente puede intervenirse con rocuronio si se administra premedicación con corticoides y antihistamínicos, ya que esta pauta previene eficazmente la anafilaxia en pacientes sensibilizados.

CASO CLINICO 9

Mujer de 24 años que consulta por alergia a frutas.

ANTECEDENTES PERSONALES:
En 2018 fue diagnosticada de rinitis alérgica, presentando sensibilizaciones alérgicas a pólenes de gramíneas y de abedul. Así mismo presentó un prick-test positivo a látex, pero no refería sintomatología en relación con productos de dicho material. Realiza tratamiento con antihistamínicos orales a demanda principalmente entre marzo y junio.

No otros antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

ANTECEDENTES FAMILIARES:
Madre: Asma bronquial y rinitis alérgica por ácaros.

ENFERMEDAD ACTUAL:
Refiere que desde hace unos 2 años presenta prurito oral y faríngeo inmediatamente tras la ingesta de manzana, avellana y zanahoria cruda. Anteriormente había comenzado a presentar prurito oral en relación con la ingesta de melón.

491. Ante esta historia clínica, ¿a cuál de los siguientes alérgenos estaría sensibilizada la paciente?

a) Pru p 3 o Pru p 7.
b) Bet v 2 y Hev b 5.
c) Bet v 1 y Phl p 12.
d) Ninguno de ellos.

492. ¿Cuál de las siguientes pruebas diagnósticas se podría utilizar para conocer la causa de la alergia de esta paciente?

a) True-Test.
b) ISAC test.
c) Las dos.
d) Ninguna de ellas.

493. ¿Cuál o cuáles de las siguientes funciones presentarían los alérgenos a los que estaría sensibilizada la paciente según la historia clínica?

a) Reserva.
b) Defensa.
c) Unión al calcio.
d) Las tres.



494. ¿Cuál sería el alérgeno del látex al que estaría sensibilizada la paciente?

a) Hev b 3.
b) Hev b 6.
c) Hev b 11.
d) Sería otro alérgeno.

495. Si la paciente se encontrara sensibilizada a Hev b5, ¿cuál de los siguientes alimentos podría inducirle una reacción alérgica?

a) Mandioca.
b) Mango.
c) Plátano.
d) Mandioca y mango.

CASO CLINICO 10

Varón de 30 años de edad, diagnosticado de rinitis y asma bronquial por alergia a ácaros domésticos, epitelios de perro y gato. Un mes antes de la consulta presentó, de forma inmediata, tras ingesta de lomo de cerdo, rinoconjuntivitis, disnea, dolor abdominal, vómitos y diarrea. No relación con ingesta simultánea de AINEs ni realización de ejercicio físico.

496. ¿Cuál de las siguientes pruebas in vitro consideraría de mayor utilidad en el diagnóstico causal de este paciente?

a) IgE total.
b) IgE específica in vitro a alérgenos completos (ácaros, carnes, etc.).
c) Test de liberación de citocinas.
d) IgE específica a alérgenos recombinantes o purificados.

497. ¿Cuál de los siguientes alérgenos considera como el agente causal más probable de la reacción?

a) Alpha-gal.
b) Hemoglobina.
c) Proteína sarcoplásmica.
d) Seroalbúminas.

498. ¿Cuál de las siguientes vías de sensibilización considera más probable como causante de dicha sensibilización?

a) Picadura.
b) Ingesta.
c) Inhalación.
d) Absorción cutánea.

499. ¿Cuál considera el diagnóstico más probable?

a) Síndrome Alpha-Gal.
b) Síndrome carcinoide.
c) Escombroidosis mamífera.
d) Síndrome Gato-Cerdo.

500. Con arreglo al posible alérgeno causal, ¿cual/es de las siguientes pruebas cutáneas consideraría que podrían ser positivas en este paciente?

a) Leche.
b) Ratón.
c) Carne de ternera.
d) Todas las anteriores.