Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A REUMATOLOGÍA

PREGUNTAS

1. **¿Cuál de las siguientes enfermedades reumáticas presenta la mayor prevalencia en la población general adulta?**

   a) Artritis reumatoide.
   b) Artrosis.
   c) Lupus eritematoso sistémico.
   d) Esclerosis sistémica.

2. **Respecto a la epidemiología de la artritis reumatoide, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

   a) Su incidencia es mayor en mujeres y aumenta con la edad.
   b) Afecta predominantemente a varones jóvenes.
   c) La prevalencia es similar en todas las poblaciones mundiales.
   d) No existe relación entre factores ambientales y riesgo de enfermedad.

3. **¿Cuál de los siguientes factores ambientales tiene una asociación más sólida con el desarrollo de artritis reumatoide seropositiva?**

   a) Consumo moderado de alcohol.
   b) Tabaquismo.
   c) Dieta rica en calcio.
   d) Exposición solar.

4. **¿Cuál es la prevalencia aproximada del lupus eritematoso sistémico (LES) en países occidentales?**

   a) 20–150 casos por 100.000 habitantes.
   b) 5–10 casos por 100.000 habitantes.
   c) 1 caso por millón de habitantes.
   d) Más de 1.000 casos por 100.000 habitantes.

5. **¿Cuál de las siguientes características epidemiológicas define mejor a las espondiloartritis?**

   a) Mayor frecuencia exclusiva en mujeres mayores de 70 años.
   b) Ausencia de relación con factores genéticos.
   c) Asociación frecuente con HLA-B27 y comienzo habitual antes de los 45 años.
   d) Afectación limitada exclusivamente a articulaciones periféricas.

6. **Respecto a la epidemiología de la osteoporosis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**

   a) Es una enfermedad sistémica caracterizada por disminución de masa ósea y deterioro de la microarquitectura ósea.
   b) Es una enfermedad exclusivamente asociada a mujeres jóvenes.
   c) Su prevalencia disminuye progresivamente con la edad.
   d) La fractura vertebral es siempre sintomática.

7. **¿Cuál de las siguientes enfermedades reumáticas presenta una mayor asociación con discapacidad laboral en población activa?**

   a) Fibromialgia.
   b) Fenómeno de Raynaud primario.
   c) Artrosis de manos leve.
   d) Artritis reumatoide.

8. **En relación con la distribución epidemiológica de la gota, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

   a) Afecta principalmente a mujeres jóvenes antes de la menopausia.
   b) Su prevalencia aumenta con la edad y es más frecuente en varones.
   c) No presenta relación con factores metabólicos.
   d) Es una enfermedad extremadamente rara en países desarrollados.

9. **¿Cuál de los siguientes datos epidemiológicos caracteriza mejor a la esclerosis sistémica?**

   a) Predominio femenino y mayor incidencia entre la cuarta y sexta décadas de la vida.
   b) Predominio masculino con inicio habitual en la infancia.
   c) Ausencia de diferencias según sexo.
   d) Enfermedad exclusiva de personas ancianas.

10. **¿Cuál de los siguientes factores se considera un predictor epidemiológico de peor pronóstico en pacientes con artritis reumatoide?**

    a) Serología negativa para factor reumatoide y ACPA.
    b) Edad joven al diagnóstico exclusivamente.
    c) Presencia de anticuerpos ACPA, factor reumatoide y tabaquismo.
    d) Ausencia completa de inflamación sistémica.

11. **¿Cuál es la prevalencia aproximada del síndrome de Sjögren primario en la población general?**

    a) Aproximadamente 0,1–1% dependiendo de la población estudiada.
    b) Entre 0,01 y 0,1%.
    c) Menor de 1 caso por millón.
    d) Superior al 10%.

12. Respecto a la epidemiología de las vasculitis sistémicas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La incidencia de arteritis de células gigantes aumenta claramente después de los 50 años.
b) La arteritis de células gigantes es característica de personas menores de 30 años.
c) Todas las vasculitis presentan la misma distribución por edad y sexo.
d) Las vasculitis asociadas a ANCA son exclusivas de la infancia.

13. ¿Cuál de las siguientes enfermedades tiene una fuerte asociación genética con HLA-B27?

a) Espondilitis anquilosante.
b) Artritis psoriásica exclusivamente periférica.
c) Lupus eritematoso sistémico.
d) Esclerosis sistémica.

14. ¿Cuál de los siguientes grupos poblacionales presenta mayor riesgo de desarrollar lupus eritematoso sistémico?

a) Mujeres jóvenes, especialmente de determinados grupos étnicos.
b) Varones caucásicos ancianos exclusivamente.
c) Niños menores de cinco años exclusivamente.
d) Personas sin diferencias según sexo o etnia.

15. ¿Cuál de los siguientes conceptos epidemiológicos describe mejor la transición actual en muchas enfermedades reumáticas inflamatorias?

a) Aumento progresivo de daño estructural por ausencia de tratamientos eficaces.
b) Desaparición completa de las enfermedades autoinmunes.
c) Mayor diagnóstico precoz y menor progresión estructural gracias al tratamiento dirigido.
d) Reducción de la importancia del diagnóstico temprano.

16. Respecto a la velocidad de sedimentación globular (VSG) como reactante de fase aguda, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Puede verse influida por edad, anemia, sexo y alteraciones de las proteínas plasmáticas.
b) Su elevación depende exclusivamente de la concentración de proteína C reactiva.
c) Es un marcador específico de inflamación aguda.
d) Carece de utilidad en enfermedades reumáticas inflamatorias.

17. ¿Cuál de las siguientes características diferencia mejor a la proteína C reactiva (PCR) respecto a la VSG?

a) La PCR está influida principalmente por la edad y la anemia.
b) La PCR presenta una respuesta más rápida y se normaliza antes tras controlar la inflamación.

c) La PCR es más específica para una enfermedad reumática concreta.
d) La PCR no aumenta en infecciones bacterianas.

18. En un paciente con artritis reumatoide, ¿qué afirmación respecto al factor reumatoide (FR) es correcta?

a) Es específico al 100% de artritis reumatoide.
b) Es un anticuerpo dirigido contra la porción Fc de la IgG.
c) Su presencia excluye otras enfermedades autoinmunes.
d) No tiene relación con gravedad ni pronóstico.

19. Respecto a los anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Presentan menor especificidad que el factor reumatoide.
b) Son exclusivos de lupus eritematoso sistémico.
c) Tienen elevada especificidad para artritis reumatoide y pueden aparecer antes del inicio clínico.
d) Su presencia carece de valor pronóstico.

20. Un paciente con artralgias inflamatorias presenta anticuerpos antinucleares (ANA) positivos a título 1/640 con patrón homogéneo. ¿Cuál es la interpretación más adecuada?

a) Diagnóstico definitivo de lupus eritematoso sistémico.
b) Hallazgo inespecífico que debe interpretarse junto con clínica y anticuerpos específicos.
c) Exclusión de cualquier enfermedad autoinmune.
d) Indicador exclusivo de artritis reumatoide.

21. ¿Cuál de los siguientes autoanticuerpos presenta mayor asociación con lupus eritematoso sistémico activo y afectación renal?

a) Anti-Ro/SSA.
b) Anti-La/SSB.
c) Anti-DNA de doble cadena.
d) Anti-centromero.

22. ¿Cuál de los siguientes anticuerpos es más característico del síndrome antifosfolípido?

a) Anticuerpos anticardiolipina y anti-beta2-glicoproteína I.
b) Anti-Sm.
c) Anti-Jo1.
d) Anti-Scl70.

23. En relación con los anticuerpos anti-Sm en lupus eritematoso sistémico:

a) Son altamente específicos, aunque aparecen en una minoría de pacientes.
b) Son muy sensibles, pero poco específicos.
c) Son característicos de esclerosis sistémica.
d) Se utilizan para monitorizar actividad renal.

24. ¿Cuál de los siguientes anticuerpos se asocia típicamente con dermatomiositis/miopatías inflamatorias?

a) Anti-RNP exclusivamente.
b) Anti-centromero.
c) Anti-Jo-1.
d) Anti-mitocondrial.

25. Un paciente con fenómeno de Raynaud presenta ANA positivos con patrón centromérico. ¿Qué enfermedad debe considerarse especialmente?

a) Esclerosis sistémica limitada.
b) Artritis reumatoide.
c) Polimialgia reumática.
d) Vasculitis ANCA positiva.

26. En el análisis del líquido sinovial, ¿cuál de los siguientes hallazgos define mejor un líquido inflamatorio?

a) Recuento leucocitario entre 2.000 y 50.000 células/mm³ con predominio de neutrófilos.
b) Recuento leucocitario inferior a 200 células/mm³.
c) Líquido transparente con viscosidad aumentada.
d) Ausencia de células inflamatorias.

27. Un paciente presenta una monoartritis aguda de rodilla. El líquido sinovial muestra cristales con forma de aguja y birrefringencia negativa intensa al microscopio de luz polarizada. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Condrocalcinosis por pirofosfato cálcico.
b) Gota por cristales de urato monosódico.
c) Artritis séptica bacteriana.
d) Artritis reumatoide.

28. Respecto a los cristales de pirofosfato cálcico dihidratado (CPPD), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Presentan forma de aguja y birrefringencia negativa.
b) Se asocian exclusivamente a pacientes jóvenes.
c) Presentan forma romboidal y birrefringencia positiva débil.
d) No pueden identificarse en líquido sinovial.

29. ¿Cuál de los siguientes parámetros del líquido sinovial es más útil para diferenciar una artritis séptica de una artritis inflamatoria no infecciosa?

a) Recuento leucocitario elevado con predominio de neutrófilos y cultivo positivo.
b) Color del líquido exclusivamente.
c) Presencia de proteínas totales elevadas.
d) Disminución de la viscosidad únicamente.

30. 30.- REV JC_PREG 30_En un paciente con artritis inflamatoria, ¿qué hallazgo histológico caracteriza mejor la sinovitis reumatoide?

a) Desaparición completa de la membrana sinovial.
b) Necrosis ósea sin inflamación.
c) Depósito exclusivo de calcio intraarticular.
d) Hiperplasia sinovial con infiltrado inflamatorio crónico y formación de pannus.

31. ¿Cuál de los siguientes marcadores refleja principalmente la actividad osteoblástica?

a) Telopéptido C-terminal del colágeno tipo I (CTX).
b) Fosfatasa alcalina ósea.
c) Desoxipiridinolina urinaria.
d) Hidroxiprolina urinaria.

32. ¿Cuál de los siguientes es un marcador de resorción ósea?

a) CTX sérico.
b) Fosfatasa alcalina ósea.
c) Osteocalcina.
d) Propéptido N-terminal del procolágeno tipo I (PINP).

33. En relación con la densitometría ósea mediante DXA, ¿qué afirmación es correcta?

a) El diagnóstico de osteoporosis se basa exclusivamente en la presencia de dolor óseo.
b) No tiene utilidad para valorar riesgo de fractura.
c) Un T-score $\leq$ -2,5 desviaciones estándar en columna lumbar o cadera define osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.
d) Mide exclusivamente la calidad del colágeno óseo.

34. ¿Cuál de las siguientes alteraciones histopatológicas es característica de una vasculitis necrotizante?

a) Ausencia completa de inflamación vascular.
b) Fibrosis aislada sin infiltrado inflamatorio.
c) Exclusivo depósito de cristales de urato.
d) Inflamación transmural de la pared vascular con necrosis fibrinoide.

35. En una biopsia muscular de un paciente con dermatomiositis, ¿qué hallazgo histológico es característico?

a) Infiltrado inflamatorio perifascicular y atrofia perifascicular.
b) Depósito exclusivo de cristales cálcicos.
c) Ausencia completa de alteraciones musculares.
d) Necrosis ósea.

36. En la exploración de un paciente con artritis inflamatoria, ¿cuál de los siguientes hallazgos define mejor una articulación con sinovitis activa?

a) Dolor exclusivamente al final del rango de movimiento sin tumefacción.
b) Crepitación ósea sin signos inflamatorios.
c) Aumento de volumen blando, aumento de temperatura y limitación dolorosa de la movilidad.
d) Deformidad fija sin dolor.

37. Durante la exploración de una articulación, ¿qué característica orienta más hacia un proceso inflamatorio frente a uno mecánico?

a) Dolor que aumenta con el uso y mejora con reposo.
b) Rigidez matutina prolongada y mejoría con el movimiento.
c) Dolor exclusivamente nocturno sin otros hallazgos.
d) Dolor localizado únicamente en inserciones tendinosas.

38. En la exploración física de un paciente con sospecha de artritis reumatoide, ¿qué articulaciones forman parte del recuento articular del DAS28?

a) Exclusivamente articulaciones sacroilíacas y columna lumbar.
b) 28 articulaciones incluyendo hombros, codos, muñecas, manos y rodillas.
c) Todas las articulaciones del cuerpo humano.
d) Únicamente articulaciones interfalángicas distales.

39. En la exploración de un paciente con sospecha de espondiloartritis axial, ¿qué maniobra evalúa específicamente la movilidad lumbar?

a) Test de Schober modificado.
b) Maniobra de Phalen.
c) Maniobra de Tinel.
d) Test de Yergason.

40. Un paciente presenta dolor lumbar inflamatorio. ¿Cuál de los siguientes datos es más característico de dolor lumbar asociado a espondiloartritis?

a) Inicio brusco tras levantar peso con resolución espontánea en días.
b) Dolor exclusivamente nocturno sin rigidez.
c) Dolor que mejora con ejercicio y empeora con reposo.
d) Asociación obligatoria con déficit neurológico.

41. En la exploración de una rodilla con sospecha de derrame articular, ¿qué maniobra es útil para detectar líquido intraarticular?

a) Signo del peloteo rotuliano.
b) Maniobra de Finkelstein.
c) Maniobra de Spurling.
d) Test de Allen.

42. En un paciente con dolor de hombro, la presencia de arco doloroso entre 60º y 120º de abducción sugiere principalmente:

a) Capsulitis adhesiva.
b) Luxación de hombro.
c) Artritis séptica glenohumeral.
d) Síndrome subacromial por afectación del manguito rotador.

43. ¿Cuál de los siguientes hallazgos es más característico de una enfermedad articular degenerativa como la artrosis?

a) Rigidez matutina superior a dos horas.
b) Dolor mecánico con crepitación y limitación progresiva de movilidad.
c) Tumefacción blanda persistente y simétrica de pequeñas articulaciones.
d) Elevación marcada de PCR en todos los casos.

44. En la valoración funcional del paciente reumatológico, el cuestionario HAQ-DI mide principalmente:

a) Actividad inflamatoria objetiva mediante biomarcadores.
b) Discapacidad funcional percibida por el paciente.
c) Daño radiográfico articular exclusivamente.
d) Riesgo cardiovascular.

45. ¿Cuál de las siguientes características diferencia mejor una artritis inflamatoria de una artropatía mecánica?

a) Presencia de rigidez prolongada tras el reposo y signos de inflamación articular.
b) Dolor relacionado con actividad física intensa exclusivamente.
c) Ausencia completa de limitación funcional.
d) Mejora del dolor con sobrecarga articular.

46. Respecto a la ecografía musculoesquelética en Reumatología, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) No permite evaluar estructuras superficiales como tendones o entesis.
b) Su principal limitación es que utiliza radiación ionizante.
c) Es una técnica dinámica que permite valorar inflamación sinovial, derrames, erosiones y vascularización mediante Doppler.
d) No tiene utilidad en enfermedades inflamatorias articulares.

47. En ecografía articular, el hallazgo más característico de actividad inflamatoria mediante Doppler de potencia es:

a) Aumento del grosor cortical óseo.
b) Disminución del líquido sinovial.
c) Presencia de señal vascular intraarticular o sinovial.
d) Calcificación tendinosa exclusivamente.

48. ¿Cuál de los siguientes hallazgos ecográficos es más compatible con sinovitis activa?

a) Osteofitos sin inflamación asociada.
b) Hipertrofia sinovial con señal Doppler positiva
c) Estrechamiento articular aislado.
d) Esclerosis subcondral exclusivamente.

49. En la valoración ecográfica de la entesis en pacientes con sospecha de espondiloartritis, ¿cuál de los siguientes hallazgos se considera sugestivo de entesitis activa?

a) Engrosamiento hipoecoico de la entesis con aumento Doppler.
b) Únicamente presencia de osteofitos.
c) Ausencia total de vascularización.
d) Calcificación arterial.

50. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la ecografía en artritis reumatoide precoz es correcta?

a) Es inferior a la exploración física para detectar sinovitis subclínica
b) No tiene utilidad para monitorizar respuesta al tratamiento.
c) No permite evaluar articulaciones pequeñas.
d) Puede detectar inflamación no evidente clínicamente y ayudar a establecer pronóstico.

51. En relación con la ecografía musculoesquelética, ¿cuál es una ventaja importante frente a la resonancia magnética?

a) Mayor capacidad para estudiar hueso cortical profundo.
b) Siempre tiene mayor sensibilidad para edema óseo.
c) Permite exploración dinámica en tiempo real y comparación bilateral inmediata.
d) No depende del operador.

52. En un paciente con artritis reumatoide, la detección ecográfica de erosiones óseas:

a) Tiene menor sensibilidad que la radiografía convencional en enfermedad precoz.
b) Puede detectar lesiones erosivas antes que la radiografía simple.
c) Carece de relación con daño estructural.
d) Solo es posible mediante TAC.

53. ¿Cuál de las siguientes aplicaciones de la ecografía es especialmente útil en pacientes con gota?

a) Diagnóstico de osteoporosis.
b) Evaluación exclusiva del cartílago vertebral.
c) Sustitución absoluta del análisis del líquido sinovial.
d) Diagnóstico mediante visualización del signo del doble contorno y tofos.

54. En ecografía pulmonar aplicada a enfermedades reumáticas, la presencia de múltiples líneas B bilaterales puede sugerir:

a) Fibrosis pulmonar intersticial o aumento del contenido líquido intersticial.
b) Lesión exclusivamente muscular.
c) Osteoporosis vertebral.
d) Artritis inflamatoria activa.

55. ¿Cuál es una limitación importante de la ecografía musculoesquelética?

a) Tiene menor utilidad en estructuras profundas y depende de la experiencia del operador.
b) Es una técnica completamente independiente del explorador.
c) No permite valorar tejidos blandos.
d) Produce radiación ionizante significativa.

56. En relación con la resonancia magnética (RM) en la espondiloartritis axial, ¿cuál de los siguientes hallazgos se considera indicativo de inflamación activa?

a) Esclerosis subcondral aislada.
b) Anquilosis completa de la articulación sacroilíaca.
c) Osteítis o edema óseo en secuencias sensibles al líquido.
d) Formación exclusiva de osteofitos.

57. ¿Cuál es la principal ventaja de la resonancia magnética frente a la radiografía convencional en la espondiloartritis axial?

a) Permite detectar inflamación activa antes de la aparición de daño estructural.
b) Tiene mayor capacidad para detectar calcificaciones.
c) No requiere interpretación especializada.
d) Sustituye siempre la valoración clínica.

58. En un paciente con artritis reumatoide, ¿qué hallazgo en RM se asocia con mayor riesgo de progresión estructural?

a) Aumento aislado de grasa subcutánea.
b) Ausencia de señal inflamatoria.
c) Edema óseo subcondral.
d) Hipertrofia muscular.

59. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la tomografía computarizada (TC) en Reumatología es correcta?

a) Tiene excelente resolución espacial para valorar estructuras óseas.
b) Es inferior a la RM para evaluar erosiones corticales óseas.
c) No utiliza radiación ionizante.
d) No tiene utilidad en enfermedades inflamatorias.

60. En la evaluación de enfermedad pulmonar intersticial asociada a conectivopatías, la técnica de elección para caracterizar el patrón pulmonar es:

a) Radiografía simple de tórax exclusivamente.
b) Gammagrafía ósea.
c) Ecografía abdominal.
d) TC de alta resolución (TCAR).

61. En un paciente con sospecha de osteonecrosis asociada a glucocorticoides, ¿cuál es la prueba de imagen más sensible en fases iniciales?

a) Radiografía simple.
b) Resonancia magnética.
c) Ecografía articular.
d) Densitometría ósea.

62. En la artritis psoriásica, la resonancia magnética puede ser útil para detectar:

a) Inflamación entesítica, sinovitis y edema óseo.
b) Únicamente erosiones óseas tardías.
c) Exclusivamente osteoporosis.
d) Cambios propios de artrosis exclusivamente.

63. ¿Cuál de los siguientes hallazgos en TC de tórax sugiere un patrón de neumonía intersticial usual (NIU)?

a) Vidrio deslustrado aislado sin alteraciones estructurales.
b) Derrame pleural aislado.
c) Panalización subpleural basal y bronquiectasias de tracción.
d) Nódulos pulmonares calcificados exclusivamente.

64. Respecto a la RM con contraste mediante gadolinio, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Solo permite estudiar hueso cortical.
b) Carece de utilidad en inflamación articular.
c) No debe utilizarse nunca en enfermedades reumáticas.
d) Permite valorar inflamación activa mediante realce de tejidos vascularizados.

65. ¿Cuál es una limitación importante de la resonancia magnética en Reumatología?

a) Incapacidad para valorar tejidos blandos.
b) Baja sensibilidad para inflamación.
c) Coste elevado, menor disponibilidad y posibles contraindicaciones por implantes.
d) Uso habitual de radiación ionizante.

66. En la evaluación de la gota, ¿qué ventaja aporta la tomografía computarizada de doble energía (DECT)?

a) Detecta exclusivamente erosiones óseas avanzadas.
b) Sustituye completamente al análisis del líquido sinovial en todos los casos.
c) Permite identificar depósitos de urato monosódico diferenciándolos de otros tejidos.
d) No aporta información sobre depósitos cristalinos.

67. En un paciente con vasculitis de grandes vasos, ¿qué técnica de imagen proporciona información tanto anatómica como funcional sobre la inflamación vascular?

a) Radiografía simple.
b) PET-TC con 18F-FDG.
c) Densitometría ósea.
d) Ecografía convencional abdominal.

68. ¿Cuál de los siguientes hallazgos en PET-TC con 18F-FDG es compatible con actividad inflamatoria vascular?

a) Calcificación arterial aislada sin metabolismo aumentado.
b) Ausencia completa de captación fisiológica.
c) Aumento focal o difuso de captación en la pared arterial.
d) Disminución exclusiva de captación cerebral.

69. Respecto al PET-TC en enfermedades inflamatorias sistémicas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La captación aumentada puede observarse también en infecciones y neoplasias.
b) Tiene especificidad absoluta para enfermedades autoinmunes.
c) No permite evaluar enfermedad multiorgánica.
d) No tiene utilidad en vasculitis.

70. En la enfermedad de Behçet, ¿qué técnica de imagen puede ser especialmente útil para valorar complicaciones vasculares?

a) Densitometría ósea.
b) Angio-TC o angio-RM.
c) Radiografía simple de manos.
d) Ecografía tiroidea.

71. ¿Cuál es la principal utilidad del SPECT-TC respecto a la gammagrafía ósea convencional?

a) Sustituye a todas las técnicas de imagen.
b) Elimina completamente la radiación.
c) Solo permite estudiar tejidos blandos.
d) Combina información metabólica y localización anatómica precisa.

72. En un paciente con sarcoidosis sistémica, el PET-TC con FDG puede ser útil para:

a) Determinar exclusivamente densidad mineral ósea.
b) Sustituir siempre la confirmación histológica.
c) Identificar actividad inflamatoria y seleccionar zonas para biopsia.
d) Evaluar únicamente articulaciones periféricas.

73. ¿Cuál es una limitación del uso del PET-TC en pacientes con enfermedades reumáticas?

a) No detecta actividad inflamatoria.
b) Ausencia completa de falsos positivos.
c) No permite estudiar enfermedades sistémicas.
d) Elevado coste, disponibilidad limitada y exposición a radiación.

74. En un paciente con arteritis de células gigantes, ¿qué factor puede reducir la sensibilidad diagnóstica del PET-TC?

a) Tratamiento prolongado con glucocorticoides antes de realizar la prueba.
b) Edad avanzada exclusivamente.
c) Presencia de anemia aislada.
d) Hipertensión arterial.

75. ¿Cuál es el principio fundamental para seleccionar una técnica de imagen en Reumatología?

a) Utilizar siempre la prueba tecnológicamente más avanzada.
b) Solicitar todas las pruebas disponibles para aumentar la certeza diagnóstica.
c) Elegir la técnica que mejor responda a la pregunta clínica concreta.
d) Evitar cualquier prueba de imagen en enfermedades inflamatorias.

76. ¿Cuál es el mecanismo molecular principal de acción de los glucocorticoides?

a) Unión a receptores de membrana con activación exclusiva de segundos mensajeros.
b) Unión al receptor glucocorticoideo intracelular y regulación de la transcripción génica.
c) Inhibición directa irreversible de linfocitos T.
d) Bloqueo selectivo de ciclooxigenasa tipo 2.

77. ¿Cuál de los siguientes efectos inmunológicos es característico de los glucocorticoides?

a) Aumento de la producción de IL-1 e IL-6.
b) Incremento de la migración leucocitaria hacia tejidos inflamados.
c) Reducción de la producción de citocinas proinflamatorias como TNF-α e IL-6.
d) Activación mantenida de linfocitos T.

78. ¿Cuál de las siguientes equivalencias aproximadas de potencia antiinflamatoria es correcta?

a) Prednisona 5 mg equivale aproximadamente a hidrocortisona 20 mg.
b) Prednisona 5 mg equivale aproximadamente a hidrocortisona 5 mg.
c) Dexametasona 0,5 mg equivale a prednisona 50 mg.
d) Metilprednisolona 4 mg equivale a prednisona 20 mg.

79. ¿Cuál de los siguientes glucocorticoides tiene una mayor potencia antiinflamatoria y una menor actividad mineralocorticoide?

a) Hidrocortisona.
b) Prednisona.
c) Dexametasona.
d) Cortisona.

80. ¿Cuál de las siguientes situaciones representa una indicación frecuente de glucocorticoides en Reumatología?

a) Tratamiento crónico universal de todas las enfermedades reumáticas.
b) Control rápido de inflamación intensa mientras se inicia tratamiento modificador de enfermedad.
c) Sustitución permanente de fármacos modificadores.
d) Prevención primaria de osteoporosis en pacientes sanos.

81. ¿Cuál es una complicación bien establecida del tratamiento prolongado con glucocorticoides?

a) Incremento de densidad mineral ósea.
b) Osteoporosis y aumento del riesgo de fracturas.
c) Protección cardiovascular universal.
d) Reducción del riesgo infeccioso.

82. Respecto a la retirada de glucocorticoides tras tratamiento prolongado, ¿cuál es la afirmación correcta?

a) Siempre deben suspenderse bruscamente para evitar dependencia.
b) La retirada progresiva permite recuperar la función del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal.
c) Nunca producen supresión suprarrenal.
d) La duración del tratamiento no influye en el riesgo.

83. En pacientes con artritis reumatoide, el concepto actual de "ahorro de glucocorticoides" implica:

a) Mantener dosis bajas indefinidamente en todos los pacientes.
b) Utilizar tratamientos modificadores eficaces para reducir o suspender glucocorticoides.
c) Evitar siempre cualquier tratamiento inmunomodulador.
d) Sustituir todos los fármacos por glucocorticoides.

84. ¿Cuál de los siguientes efectos adversos metabólicos está asociado al tratamiento crónico con glucocorticoides?

a) Hipoglucemia persistente.
b) Aumento del riesgo de diabetes mellitus y resistencia a la insulina.
c) Disminución del colesterol LDL en todos los pacientes.
d) Protección frente al síndrome metabólico.

85. ¿Cuál es el mecanismo principal de acción de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)?

a) Inhibición de la fosfolipasa A2.
b) Inhibición de las enzimas ciclooxigenasa (COX) y reducción de la síntesis de prostaglandinas.
c) Bloqueo selectivo del receptor glucocorticoideo.
d) Inhibición directa de la activación de linfocitos B.

86. ¿Cuál es la diferencia fundamental entre COX-1 y COX-2?

a) COX-1 es exclusivamente inflamatoria y COX-2 exclusivamente fisiológica.
b) COX-1 participa principalmente en funciones homeostáticas, mientras COX-2 se induce predominantemente durante la inflamación.
c) Ambas enzimas tienen exactamente la misma función.
d) COX-2 no participa en la síntesis de prostaglandinas.

87. ¿Cuál es la principal ventaja teórica de los inhibidores selectivos de COX-2 frente a los AINEs tradicionales?

a) Mayor potencia analgésica en todos los pacientes.
b) Menor toxicidad gastrointestinal por menor inhibición de COX-1.
c) Ausencia completa de efectos adversos cardiovasculares.
d) No afectan a la función renal.

88. ¿Cuál de los siguientes pacientes presenta mayor riesgo de complicaciones gastrointestinales por AINEs?

a) Paciente joven sin antecedentes y tratamiento durante 3 días.
b) Paciente anciano con antecedente de úlcera péptica y tratamiento con corticoides.

c) Paciente con artrosis leve sin medicación concomitante.
d) Paciente sin factores de riesgo tratado con dosis baja ocasional.

89. En pacientes con alto riesgo gastrointestinal que requieren tratamiento con AINEs, una estrategia recomendada es:

a) Asociar un inhibidor de la bomba de protones cuando esté indicado.
b) Aumentar la dosis de AINE para reducir duración.
c) Combinar dos AINEs simultáneamente.
d) Evitar siempre cualquier gastroprotección.

90. ¿Cuál es un efecto adverso renal reconocido de los AINEs?

a) Aumento de la perfusión renal mediante prostaglandinas.
b) Insuficiencia renal aguda por disminución de prostaglandinas vasodilatadoras renales.
c) Protección frente a nefropatía crónica.
d) Incremento permanente del filtrado glomerular.

91. ¿Cuál de los siguientes efectos cardiovasculares puede asociarse al uso de AINEs?

a) Reducción universal del riesgo cardiovascular.
b) Retención hidrosalina, aumento de presión arterial y posible incremento del riesgo trombótico.
c) Protección frente a insuficiencia cardiaca.
d) Disminución constante de eventos coronarios.

92. En relación con el ácido acetilsalicílico a dosis antiagregantes, ¿qué característica farmacológica lo diferencia de la mayoría de AINEs?

a) Inhibición reversible de COX-2 exclusivamente.
b) Inhibición irreversible de COX plaquetaria mediante acetilación.
c) Ausencia de efecto sobre plaquetas.
d) Activación de tromboxano A2.

93. ¿Cuál de las siguientes situaciones requiere especial precaución antes de iniciar un AINE?

a) Enfermedad renal crónica moderada-avanzada
b) Paciente joven sano sin antecedentes.
c) Tratamiento tópico local breve.
d) Ausencia completa de comorbilidad.

94. ¿Cuál de los siguientes AINEs presenta una vida media prolongada y puede asociarse a mayor riesgo de acumulación?

a) Ibuprofeno.
b) Diclofenaco.
c) Naproxeno.

d) Piroxicam.

95. En la osteoartritis, según las recomendaciones actuales, los AINEs deben utilizarse:

a) Como tratamiento indefinido independientemente del riesgo.
b) A la dosis mínima eficaz y durante el menor tiempo posible.
c) Siempre antes que medidas no farmacológicas.
d) Combinando varios AINEs para aumentar eficacia.

96. ¿Cuál de las siguientes combinaciones aumenta especialmente el riesgo de sangrado digestivo?

a) AINE + anticoagulante oral.
b) AINE + hidratación adecuada.
c) AINE tópico + ejercicio físico.
d) AINE + vitamina D.

97. ¿Cuál es una característica del tratamiento con AINEs tópicos frente a los sistémicos?

a) Mayor exposición plasmática y mayor toxicidad sistémica.
b) Menor exposición sistémica y utilidad especialmente en dolor musculoesquelético localizado.
c) Ausencia completa de absorción.
d) Ineficacia demostrada en artrosis periférica.

98. ¿Cuál es el principio general más aceptado para el uso seguro de AINEs en pacientes reumatológicos?

a) Utilizar siempre el AINE más potente disponible.
b) Individualizar la elección considerando eficacia, factores de riesgo y comorbilidades.
c) Evitar cualquier monitorización.
d) Mantener tratamiento crónico en todos los pacientes.

99. En la práctica clínica reumatológica actual, el objetivo principal respecto al uso combinado de glucocorticoides y AINEs es:

a) Maximizar la dosis acumulada para lograr mayor eficacia.
b) Reducir la exposición innecesaria mediante estrategias terapéuticas racionales y medicina personalizada.
c) Sustituir siempre los tratamientos modificadores de enfermedad.
d) Mantener tratamientos antiinflamatorios sin reevaluación.

100. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) El tratamiento con antiepilépticos puede dar lugar a una osteomalacia por inducción de enzimas hepáticos y catabolismo de la vitamina D.

b) La fibrogénesis imperfecta se caracteriza por el desarrollo de múltiples fracturas en adolescentes.
c) La hipofosfatemia tumoral está mediada por descenso del FGF 23.
d) La osteomalacia es más frecuente en la acidosis tubular renal tipo 1.

101. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la hipofosfatasia es falsa?

a) Se caracteriza por niveles normales de 25-OH vit D, fosfaturia y calciuria.
b) Puede manifestarse en el adulto solo como una condrocalcinosis articular o episodios de tendinitis cálcica.
c) Se caracteriza por niveles bajos de 25-OH vit D, baja fosfaturia y baja calciuria.
d) Puede cursar con graves alteraciones esqueléticas y dentarias en la infancia.

102. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto a la sarcoidosis extrapulmonar?

a) La manifestación neurológica más frecuente es la meningitis aséptica.
b) La hepatoesplenomegalia se presenta en la mayor parte de los pacientes.
c) Un tipo de afectación cutánea es el lupus pernio (placa de induración crónica en el rostro que puede erosionar el cartílago o el hueso causando deformidad permanente).
d) La afectación cardiaca es muy frecuente, más del 30% de los casos y su manifestación fundamental es la pericarditis.

103. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la afectación musculoesqueletica de la sarcoidosis es falsa?

a) La afectación articular o periarticular de las EEII es la forma más frecuente
b) Puede haber erosiones articulares y lesiones óseas
c) La miositis granulomatosa difusa es una afectación frecuente
d) La miositis granulomatosa difusa se asocia con mal pronóstico

104. ¿Cuál de las siguientes características de la amiloidosis asociada a diálisis no es cierta?

a) Es frecuente la afectación cardiaca y hepática con grave sintomatología.
b) Se produce por un depósito tisular de beta 2 microglobulina.
c) Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: el síndrome del túnel carpiano y el hombro doloroso.
d) Las articulaciones se afectan de forma simétrica y se pueden producir derrames persistentes con líquido sinovial no inflamatorio.

105. ¿Cuál de los siguientes tipos de amiloidosis es una amiloidosis sistémica?

a) Amiloidosis senil
b) Amiloidosis endocrina

c) Miocardiopatía familiar (Apo-A)
d) Amiloidosis cutánea.

106. Para diagnosticar a un paciente de la enfermedad de Still del adulto son necesarios 5 criterios y al menos 2 deben ser criterios mayores. Hay cuatro criterios mayores y cuatro menores (Yamaguchi). ¿cuál de los siguientes no es un criterio menor?

a) Leucocitosis con 80% de neutrófilos.
b) Ausencia de factor reumatoide y de anticuerpos antinucleares.
c) Adenopatías y/o esplenomegalia.
d) Odinofagia.

107. La policondritis recidivante se caracteriza por inflamación de estructuras cartilaginosas junto con otras manifestaciones sistémicas. ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

a) La biopsia del cartílago auricular es la más frecuente y se caracteriza por un infiltrado inflamatorio pleomórfico en fases precoces
b) Uno de los criterios diagnósticos menores de Michet es la pérdida de audición.
c) La afectación renal cursa con hematuria y/o proteinuria, en relación con una glomerulonefritis o una nefropatía Ig A.
d) La policondritis recidivante se asocia a muchas enfermedades de mecanismo inmunológico. No se ha descrito en el VEXAS.

108. Señala lo <u>falso</u> sobre lupus eritematoso sistémico juvenil (LESj):

a) La nefritis lúpica es más frecuente en niños.
b) Micofenolato de mofetilo es la mejor alternativa a la ciclofosfamida en el LESj grave.
c) Paediatric Rheumatology International Trials Organization (PRINTO) recomienda el uso de SLEDAI para evaluar la respuesta al tratamiento en LESj.
d) La hidroxicloroquina en niños <6 años y <31 Kg de peso corporal ideal la dosis debe reajustarse a 7mg/Kg/día.

109. Señala lo <u>falso</u> sobre la mielitis en el lupus eritematoso sistémico (LES):

a) Por su severidad requiere tratamiento con pulsos de metil prednisolona y ciclofosfamida
b) La ciclofosfamida también consigue buenos resultados en la mielitis trasnversa asociada a anticuerpos antifosfolipídicos, superiores al tratamiento antitrombótico
c) Con un tratamiento adecuado, las recidivas son muy raras
d) En casos refractarios se puede utilizar rituxinab

110. Señala lo FALSO sobre el síndrome antifosfolípido catastrófico (SAFC):

a) Entre los desencadenantes se encuentran infecciones, cirugía, uso de estrógenos, parto o puerperio.

b) Muy relacionado con enfermedad autoinmune subyacente, especialmente con los brotes de lupus.
c) Se presenta con fallo multiorgánico, con rasgos de hemólisis en dos tercios de los pacientes y púrpura trombocitopénica trombótica en 40%.
d) Se utiliza triple terapia: anticoagulación, corticoides y recambio plasmático o Igs IV.

111. Señala la afirmación falsa sobre la neumonia intersticial linfocitica asociada a síndrome de sjögren primario (SSp):

a) La neumonía intersticial linfocítica es una enfermedad linfroproliferativa benigna, asociada al sd de Sjogren en 90% de los casos
b) La neumonía intersticial linfocítica (NIL) muestra en la tomografía pulmonar de alta resolución imágenes de vidrio deslustrado y característicos quistes de pared fina, nódulos y nodulillos centrolobulillares y engrosamiento de septos
c) La NIL se presenta precozmente y con mayor frecuencia es asintomática en comparación con las otras formas de EPI.
d) La evolución a linfoma pulmonar se da hasta en 40% de los pacientes con SSp

112. No se incluye en las definiciones EULAR 2021 de artritis reumatoide difficult to treat:

a) Fallo a ≥2 fármacos antirreumáticos biológicos (FAMEb) o sintéticos dirigidos (FAMEsd) con diferente mecanismo de acción, así como a un sintetico clásico
b) Progresión radiográfica y/o enfermedad activa
c) Incapacidad de bajar corticoides a menos de 5 mgs de prednisona diarios
d) Manejo percibido como problemático por el paciente y/o el reumatólogo

113. La biodisponibilidad oral del metotrexato:

a) Es independiente de la dosis.
b) Siempre es inferior a la del metotrexato parenteral.
c) Por encima de 15 mgs, la biodisponibilidad de la formulación oral es 1/3 de la parenteral.
d) Hasta la dosis de 15 mgs la biodisponibilidad de las vias oral y parenteral es similar.

114. Son fármacos compatibles con el embarazo:

a) Tacrolimus.
b) Metotrexato.
c) Micofenolato mofetilo.
d) Leflunomida.

115. La hidroxicloroquina- señala la FALSA:

a) Es útil en las manifestaciones cutáneas de las dermatomiositis.
b) Puede producir miopatia
c) El efecto adverso más frecuente es la retinopatía.

d) En el sindrome de Sjogren se usa para mejorar la afectación glandular y articular.

116. Las inmunoglobulinas intravenosas:

a) Son IgM policlonales humanas.
b) Se usan de forma empírica como moduladores, pero no son inmunosupresores.
c) Están contraindicadas en presencia de infección.
d) No se pueden utilizar en citopenias severas.

117. ¿Cual de los siguientes fármacos NO tiene indicación en enfermedad de Crohn?

a) Risankizumab.
b) Upadacitinib.
c) Golimumab.
d) Infliximab.

118. En artritis reumatoide, el primer fármaco que mostró superioridad frente al metotrexato en los ensayos clínicos en monoterapìa fue:

a) Adalimumab.
b) Golimumab.
c) Tocilizumab.
d) Baricitinib.

119. El rituximab:

a) Produce deplección de linfocitos B y T CD4+.
b) Tiene indicación en neurolupus y vasculitis crioglobulinémicas.
c) Ha mostrado mejoría en los pacientes con EPID secundaria a AR en ensayos clínicos.
d) Es un fármaco seguro en los pacientes con Hepatitis B pasada.

120. No señalizan a través de la vía JAK-STAT:

a) IL 6.
b) IFN alfa.
c) TNF alfa.
d) IL 23.

121. El apremilast:

a) Es inhibidor de todas las isoformas (A-D) de la PDE 4.
b) Está financiado por el SNS para psoriasis, artritis psoriásica y úlceras orales en Behçet.
c) Aumenta el riesgo de herpes zoster más que otros tratamientos dirigidos.
d) Está contraindicado en pacientes con enfisema.

122. Señala la FALSA. El zolendronato:

a) Se ha relacionado con la aparición ONM (osteonecrosis mandibular) y con la fractura atípica del fémur.
b) Disminuye la mortalidad global en pacientes con fractura de cadera.
c) Produce cuadro pseudogripal 24-36 horas tras su administración IV.
d) La continuidad del tratamiento se evalúa a los 10 años de su inicio.

123. El denosumab:

a) Es el fármaco de elección en población pediátrica con osteogénesis imperfecta.
b) Puede producir hipocalcemia en pacientes con insuficiencia renal crónica.
c) Por seguridad se usa en ciclos separados por 2-3 años de vacaciones terapéuticas.
d) Produce más fracturas atípicas de fémur que los bifosfonatos.

124. El romosozumab:

a) Está indicado en varones con insuficiencia renal.
b) Es un anticuerpo monoclonal IgG2 humano antiesclerostina con un mecanismo dual (antirresortivo y osteoformador).
c) Produce un aumento irreversible de la masa ósea en columna y cadera tras un año de tratamiento.
d) Está contraindicado en antecentes de radioterapia o neoplasia.

125. NO es una contraindicación para la infultración intraarticular:

a) Infección periarticular.
b) Artritis séptica.
c) Inestabilidad articular.
d) Tratamiento antiagregante o anticoagulante.

126. Las recomendaciones EULAR de 2018 para el papel de la enfermera en la gestión de las artritis crónicas inflamatorias NO incluyen:

a) Las enfermeras deben participar en el manejo integral de la enfermedad.
b) Las enfermeras deben participar en la educación y el autocuidado.
c) Las enfermeras deben participar en la elección del tratamiento farmacológico.
d) Se debe alentar a las enfermeras a asumir funciones más amplias después de formación. especializada y de acuerdo con las normativas nacionales.

127. En el estudio EPISER 2016 es FALSO:

a) La prevalencia de la artritis reumatoide fue de 0,82%.
b) La edad media fue de 60 años.
c) Hubo un ligero aumento en prevalencia con respecto al EPISER 2000.
d) El aumento de prevalencia se debe a cambios en los factores ambientales.

128. En cuanto a los factores genéticos que predisponen a Artritis Reumatoide:

a) La heredabilidad es menor en las formas seropositivas.
b) La concordancia en gemelos monocigóticos es de un 30-40%.
c) Los genes de susceptibilidad se encuentran sólo en el CMH (complejo mayor de histocompatibilidad).
d) El epítopo compartido se encuentra en la zona de interacción con el receptor de los linfocitos T.

129. NO se ha estudiado como factor ambiental desencadenante de artritis reumatoide:

a) Infección por Porphyromonas gingivalis.
b) Infección por Estreptococo beta hemolitico grupo A.
c) Aumento de Prevotella en microbiota intestinal.
d) Infección por Parvovirus B 19.

130. En las fases preclínicas de la artritis reumatoide:

a) La aparición de FR y ACPA en sangre predice desarrollo de artritis en 8-12 meses en 60% de los individuos.
b) El sistema inmune reconoce las proteinas citrulinadas como neoantígenos, que son presentadas a los linfocitos T.
c) Las respuestas inmunes son específicas y estables en las fases preclínicas, aunque aumenta progresivamente el número de anticuerpos.
d) Se producen cambios en la composición celular del tejido sinovial.

131. En la aparición de manifestaciones sistémicas y comorbilidades en artritis reumatoide se han implicado diversas citoquinas:

a) TNF alfa , IL 6
b) IL 17
c) RANKL
d) Todas las anteriores.

132. En la definición EULAR de artralgias con riesgo de desarrollo de Artritis reumatoide se incluyen todos SALVO:

a) Síntomas articulares recientes, de menos de un año.
b) Antecedente familiar de primer grado con artritis reumatoide.
c) Rigidez matutina de más de 30 minutos.
d) Squeeze test positivo en articulaciones metacarpofalángicas.

133. En el pulmón de la artritis reumatoide es FALSO:

a) No es frecuente la hipertensión pulmonar por afectación vascular.
b) Los nódulos reumatoides en pulmón pueden calcificarse.
c) La afectación de la vía aérea sucede hasta en 60% de los pacientes.

d) Se ha descrito aparición y/o empeoramiento de la enfermedad intersticial con los tratamientos anti TNF.

134. ¿Cual es la manifestación ocular menos frecuente en los pacientes con artritis reumatoide?

a) Queratoconjuntivitis seca.
b) Queratitis ulcerativa periférica (PUK).
c) Epiescleritis.
d) Escleritis.

135. El sindrome de Felty habitualmente NO:

a) Está relacionado con el síndrome de linfocitos grandes granulares (LGG).
b) Se asocia al HLA DR 4.
c) Se asocia a linfopenia.
d) Supone aumento del riesgo de infecciones.

136. En el manejo de la artritis las estrategias "treat to target ":

a) No han demostrado eficacia a medio y largo plazo en el control de la enfermedad.
b) Su objetivo terapéutico es conseguir la remisión libre de fármaco.
c) Implican control estrecho de la actividad de la enfermedad y protocolos de modificación tratamiento.
d) Los indices de actividad compuestos recomendados son poco aplicables en práctica clínica.

137. Las recomendaciones EULAR 2025 de manejo de la Artritis Reumatoide:

a) Recomiendan tratamiento inicial con cualquier FAMEsc o combinación de los mismos.
b) El tratamiento se debe ajustar a lograr objetivo terapéutico, pero no diferencia estrategias según factores de mal pronóstico.
c) Recomienda iniciar corticoides y permite mantenerlos a las dosis más bajas posibles.
d) En las estrategias de optimización de tratamiento recomiendan comenzar por la suspensión del metotrexato.

138. Con respecto a los inhibidores de janus kinasa, señala la FALSA:

a) El aumento de CPK y colesterol es un efecto de clase.
b) La selectividad es dosis dependiente.
c) Los inhibidores de TyK2 tienen un desarrollo prometedor en artritis reumatoide.
d) No se conoce la causa de los tromboembolismos venosos en pacientes con tratamiento inhibidor de janus kinasas.

139. Responden a la señalización de la IL 23 todas SALVO:

a) linfocitos B.
b) linfocitos Th 17.
c) células MAIT.
d) NKT.

140. Segun los criterios ASAS para clasificación de las espondiloartritis axial:

a) Requieren la presencia de dolor lumbar de más de tres meses en pacientes menores de 45 años.
b) El dolor lumbar inflamatorio es el síntoma de entrada.
c) El hallazgo de edema en sacroiliacas es diagnóstico de sacroilitis.
d) Son útiles para cribado de espondiloartritis en atención primaria.

141. En la espondiloartritis axial de difícil manejo (difficult to manage) NO:

a) Existe fallo o intolerancia al menos a dos líneas de tratamiento biológico / dirigido.
b) Existe percepción de manejo problemático por el paciente/médico.
c) Obliga a identificar signos de enfermedad inflamatoria activa.
d) Obliga siempre a cambio de tratamiento biológico/dirigido.

142. Se considera que tiene más correlación con la progresión radiográfica vertebral:

a) BASDAI.
b) BASFI.
c) ASDAS.
d) Ninguna de las anteriores.

143. NO se suele utilizar metotrexato en las espondiloartritis:

a) Para control de la afectación periférica.
b) En casos de uveítis.
c) Para control de los síntomas axiales, como terapia combinada.
d) En casos seleccionados, cuando hay enfermedad de Crohn asociada.

144. Se correlaciona con enfermedad psoriásica más grave y precoz y con el desarrollo de artritis:

a) La psoriasis en placas moderada.
b) La onicopatía psoriásica.
c) La psoriasis guttata.
d) La psoriasis pustulosa.

145. Los criterios CASPAR (2006), es FALSO:

a) Permiten clasificar como artritis psoriásica pacientes sin psoriasis.
b) Permiten clasificar como artritis psoriásica pacientes con FR positivo.
c) Valora cambios erosivos en radiografías de manos y pies.
d) Probablemente infraestima la afectación axial.

146. Son más característicos de la Artritis psoriásica axial que de Espondiloartritis Axial todas SALVO:

a) Sindesmofitos gruesos paramarginales.
b) sacroileitis bilateral asimétrica asociada a HLA B 08.
c) Asociación con HLA B 27.
d) Menor afectación de columna lumbar.

147. Se asocia con mayor intensidad a psoriasis cutánea:

a) HLA- C*06
b) HLA- B 38
c) HLA -B 39
d) HLA - B 08

148. La enfermedad psoriásica, es FALSO:

a) Viene definida por la afectación cutánea y articular.
b) Puede considerarse un prototipo de espondiloartritis periférica.
c) Se acompaña frecuentemente de enfermedad hepática metabólica (MFLD).
d) Es la artritis inflamatoria que más se asocia a osteoporosis.

149. Entre los factores que predisponen a progresión radiográfica en espondiloartritis axial NO se incluyen:

a) Tabaquismo.
b) Elevación de PCR.
c) Presencia de edema de médula ósea en RM.
d) Tratamiento con antiTNF iniciado en los 5 primeros años de la enfermedad.

150. Ante un paciente con artritis psoriásica (Aps) y entesitis, segun las guias EULAR (2023):

a) Debemos probar con FAMEsc (metotrexato).
b) La corticoterapia oral es especialmente útil si se acompaña de poliartritis.
c) Se puede utilizar cualquier tratamiento biológico o dirigido.
d) Se reserva la infiltración con glucocorticoides para casos refractarios a tratamiento biológico.

151. Dentro de los criterios de MDA se incluyen todos EXCEPTO:

a) HAQ menor o igual a 0,5.
b) BSA menor o igual a 3.
c) Dactilitis menor o igual a 1.
d) Recuentos de articulaciones dolorosas y tumefactas menor o igual a 1.

152. El apremilast:

a) Se incluye en Europa dentro de los FAME sintéticos clásico
b) Aumenta el AMPc intracelular y preserva la homeostasis de citocinas pro y antiinflamatoria
c) Tiene una alerta de seguridad por empeoramiento del riesgo CV.
d) Ha mostrado eficacia en todos los dominios clínicos de la enfermedad psoriásica.

153. Los ensayos clínicos que comparan adalimumab e inhibidores de IL 17 en artritis psoriásica:

a) Muestran superioridad de los inhibidores de IL 17 en los índices combinados que incluyen afectación cutánea.
b) Muestran inferioridad del TNF en los dominios articulares.
c) Muestran inferioridad del TNF en retraso de progresión radiográfica.
d) Muestran más eventos cardiovasculares en el brazo de TNF.

154. No tiene indicación en artritis psoriásica:

a) Upadacitinib
b) Golimumab
c) Filgotinib
d) Guselkumab

155. Entre las espondiloartritis periféricas relacionadas con la enfermedad inflamatoria intestinal, señala la FALSA:

a) Pueden ser mono/oligoartritis relacionadas con la actividad inflamatoria a nivel intestinal.
b) Pueden afectar a IFDs.
c) Pueden asociar sacroilitis, normalmente poco sintomáticas.
d) Suelen ser más frecuentes en la colitis ulcerosa.

156. Acerca de las espondiloartritis periféricas tipo II de Orchard, es FALSO que:

a) Producen poliartritis de pequeñas articulaciones de manos y pies.
b) Pueden asociar dactilitis y uveítis.
c) Su tratamiento consiste en el control de la enfermedad inflamatoria intestinal.
d) Puede provocar lesiones radiográficas en articulaciones.

157. En la infección por Tropheryma Whipplei es FALSO que:

a) Se asocia al HLA B 27.
b) Es más frecuente en varones en torno a los 55 años.
c) Los sintomas articulares mejoran con tratamiento biológico.
d) Produce un cuadro de malabsorción.

158. Entre los patógenos relacionados con la artritis reactiva, NO se incluye:

a) *Clostridium difficile*.
b) *Tropheryma Whipplei*.
c) *Mycoplasma especies*.
d) *Strongiloides estercolaris*.

159. En el sindrome SAPHO son útiles las siguientes exploraciones complementarias SALVO:

a) Ecografía articular.
b) Gammagrafía ósea.
c) RM.
d) TC.

160. Las lesiones cutáneas especídicas del lupus eritematoso (lupus eritematoso cutáneo) se caracterizan por todas SALVO:

a) Lesiones fotosensibles.
b) Dermatitis de interfase en AP.
c) Positividad variable en IFD (inmunoflorescencia directa).
d) Positividad en IFI (inmunoflorescencia indirecta).

161. Es FALSO en el lupus eritematoso cutaneo subagudo:

a) Suele afectar a la cara.
b) Hasta un tercio de los casos están inducido por fármacos.
c) El 80% cursa con anticuerpos anti Ro.
d) Aparece en el 10-15% de los pacientes con LES.

162. El indice CLASI (Cutaleous, Lupus Area and Severity Index), es FALSO que:

a) Valora la actividad inflamatoria y el daño irreversible.
b) Tiene en cuenta la localización y la morfología de la lesión.
c) No se utiliza en práctica clínica porque no está validado en diferentes orígenes étnicos.
d) Se utiliza en ensayos clínicos para evaluar respuesta a tratamiento.

163. En la afectación musculoesquelética en el lupus, es FALSO que:

a) Afecta al 75 % de los pacientes con lupus.
b) Afecta a la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con lupus.
c) Es la que presenta mayor daño orgánico acumulado en Europa.
d) Incluye afectación inflamatoria y otras, como osteoporosis y necrosis avascular.

164. La artropatía de Jaccoud:

a) Puede ser primaria o asociada a conectivopatías.
b) Obliga a descartar la presencia de erosiones y de artritis reumatoide.
c) Se afectan más los ligamentos que la sinovial, provocando hiperlaxitud.
d) Todas las anteriores son ciertas.

165. El Rhupus:

a) Suele cursar con artritis no erosiva.
b) Cursa con FR positivo pero los ACPAS son negativos.
c) Sucede en pacientes que cumplen criterios de Artritis Reumatoide y Lupus.
d) Suele ser infrecuente y asocia manifestaciones orgánicas específicas de lupus.

166. La ecografía y la RM articular en lupus:

a) Suelen utilizar indices validados en artritis reumatoide
b) Muestran inflamación y erosiones por encima de lo esperado en pacientes con lupus
c) Permiten estimar mejor la afectación articular, con implicaciones en tratamiento y pronóstico
d) Todas las anteriores son ciertas.

167. La osteonecrosis avascular en el lupus:

a) No está relacionada con el uso de corticoides
b) Se ha relacionado con presencia de Raynaud, presencia de anticuerpos antifosfolípido y actividad de la enfermedad, entre otras
c) No aparece recogida en los cuestionarios de daño
d) Todas las anteriores son ciertas

168. La afectación pulmonar más frecuente del lupues eritematoso sistemico es:

a) Hipertensión pulmonar.
b) Neumonitis aguda.
c) Pleuritis.
d) Hemorragia alveolar.

169. La afectación pleural en el lupus:

a) Provoca siempre derrame pleural uni o bilateral.
b) El derrame es un exudado de predominio linfocitario con glucosa normal o levemente disminuida.
c) Es esencial la determinación de ANAs, anti DNAn y complemento en el liquido pleural.
d) El drenaje del liquido pleural es parte fundamental del tratamiento.

170. La neumonitis aguda en el lupus:

a) Puede conducir a fallo respiratorio y ser potencialmente mortal.
b) Puede requerir cobertura antibiótica.
c) El TACAR muestra infiltrados alveolares parcheados en vidrio deslustrado de predominio basal.
d) Todas las anteriores son ciertas.

171. La hemorragia alveolar pulmonar en el lupus:

a) Cursa como neumonitis aguda con o sin hemoptisis.
b) Produce insuficiencia respiratoria y caida en la DLCO.
c) Las pruebas de imagen son diagnósticas.
d) Tiene buen pronóstico con tratamiento inmunosupresor.

172. La endocarditis del lupus:

a) Requiere tratamiento agresivo.
b) Puede estar asociada a sindrome antifosfolípido.
c) La endocarditis de Libman-Sacks consiste en lesiones granulomatosas.
d) Produce estenosis valvular.

173. La nefritis lúpica:

a) Suele aparecer en los primeros 5 años de la evolución del lupus según el registro RELESSER
b) Su evolución a enfermedad renal crónica se ha estabilizado en los últimos años
c) Ocurre en 30-50% de las pacientes con lupus eritematoso
d) Todas las anteriores son ciertas.

174. La biopsia renal en la nefritis lúpica:

a) No es sustituible por ningún biomarcador validado.
b) Informa del tipo de nefritis, y del grado de actividad.
c) Es fundamental en la elección del tratamiento.
d) Todas las anteriores son ciertas.

175. De las siguientes, se incluye actualmente en la clasificación de nefritis lúpica:

a) Podocitopatía lúpica.
b) Nefritis intersticial.
c) Necrosis tubular aguda.
d) Ninguna de las anteriores.

176. En un paciente con nefritis lúpica, se debe repetir la biopsia renal:

a) Anualmente, para ajuste y suspensión de tratamiento.
b) En proteinurias persistentes A.
c) Es preferible el manejo clínico para evitar las complicaciones (pej hematoma renal), derivadas del procedimiento.
d) Siempre en en pacientes con enfermedad renal crónica lentamente progresiva.

177. Han mostrado eficacia en ensayos clínicos, y están indicados en el tratamiento de la nefritis lúpica:

a) Belimumab.
b) Anifrolumab.
c) Rituximab.
d) Abatacept.

178. Según la actualizacion EULAR 2025, el tratamiento inicial de la nefritis lúpica activa, especialmente si hay factores de mal pronóstico consiste en tratamiento combinado de:

a) Micofenolato o ciclofosfamida con belimumab.
b) Micofenolato con voclosporina o tacrolimus.
c) Micofenolato con obinutuzumab.
d) Cualquiera de las anteriores.

179. No se incluye entre los criterios de respuesta completa de la nefritis lúpica:

a) Filtrado glomerular normal o un descenso menor de 10% de los valores iniciales antes del brote.
b) Proteinuria menor de 0,5 grs/24 horas o cociente proteina/creatinina (CPR) menor de 0,5 grs/gr.
c) Reducción de la hematuria a menos de 10 hematíes/campo.
d) Albúmina sérica mayor de 3,5 grs/d.

180. Se incluyen dentro de las manifestaciones lúpicas del SNC:

a) Enfermedad desmielinizante.
b) Guillain Barré.
c) Miastenia gravis.
d) Plexopatía.

181. En el lupus neuropsiquiátrico (NP):

a) Menos del 40% de las manifestaciones NP serán atribuidas a un efecto directo de la enfermedad en el sistema nervioso.
b) Las pruebas de neuroimagen y neurofisiológicas son el gold estándar del diagnóstico.
c) Existe una clara relación con anticuerpos específicos.
d) Está indicado el tratamiento biológico con belimumab.

182. La presencia de Coombs directo positiva:

a) Es diagnóstica de anemia hemolítica autoinmune.
b) Indica la presencia de anticuerpos contra los hematíes.
c) Requiere tratamiento con corticoides y biológico.
d) Todas las anteriores son ciertas.

183. En el sindrome de Evans:

a) La anemia hemolítica ha de aparecer simultáneamente a la trombocitopenia autoinmune.
b) Siempre hay una conectivopatía de fondo, frecuentemente lupus.
c) La anemia hemolítica puede ser simultánea o no con la trombocitopenia autoinmune.
d) Es un cuadro normalmente leve y autolimitado.

184. En la trombocitopenia inmune en el lupus:

a) Se han descrito al menos dos tipos de autoanticuerpos, contra glicoproteinas de membrana (anti GPIIb/IIIa) y antirreceptor de trombopoyetina.
b) Es independiente de la presencia de anticuerpos antifosfolípido.
c) Es una de las citopenias más frecuentes, y severa (menos de 50000 plaquetas), hasta en el 25% de los pacientes con lupus.
d) Todas las anteriores son ciertas.

185. La presencia de ac antifosfolípidicos:

a) Se da en 6-9% de las pacientes con morbilidad obstétrica.
b) Se da en 17% de los pacientes con ictus menores de 50 años.
c) Se da en un tercio de los pacientes con lupus.
d) Todas las anteriores son ciertas.

186. Entre los fenotipos clínicos de SAF (síndrome antifosfolípidico) según la 16th Task force NO se incluye:

a) SAF asintomático.

b) SAF microvascular.
c) SAF hemorrágico.
d) SAF no trombótico.

187. En el SAF (síndrome antifosfolípidico) es cierto que:

a) En el proyecto Euro-phospholipid las principales manifestaciones fueron trombosis venosas.
b) En población asiática son más frecuentes las trombosis arteriales.
c) Algunos pacientes pueden presentar hemorragias.
d) Todas las anteriores son ciertas.

188. Los pacientes con SAF (síndrome antifosfolípidico):

a) Tienen mayor riesgo de desarrollar arterioesclerosis temprana.
b) Tienen la misma prevalencia de marcadores de arterioesclerosis que la población general.
c) Sufren ictus con frecuencia, pero no se ha descrito infarto agudo de miocardio.
d) Su indice tobillo-brazo es normal.

189. Las recurrencias de las trombosis en el SAF (síndrome antifosfolípidico):

a) Repiten el patrón venoso o arterial del evento inicial.
b) Se asocian a valvulopatía y triple positividad de anticuerpos.
c) La tasa de recurrencias trombóticas se ha estimado en hasta 45% en algunas series.
d) Todas las anteriores son ciertas.

190. Los anticuerpos anti-betados glicoproteina 1 se dirigen contra:

a) Proteina S.
b) Proteina C.
c) Proteina C activada.
d) Todos los anteriores.

191. Se incluyen entre los criterios de clasificación del sindrome antifosfolípidico los siguientes anticuerpos SALVO:

a) Anticoagulante lúpico (AL)
b) Antibeta 2 glicoproteina 1 IgG
c) Antianexina V
d) Antibeta 2 glicoproteina 1 IgM

192. En la estratificación del riesgo de trombosis en los pacientes portadores de Ac antifosfolípidicos, serán de alto riesgo todos salvo:

a) Anticoagulante lúpico positivo.

b) Triple positividad.
c) Anticardiolipina intermitente a título medio.
d) Antibetados glicoproteina persistente a título medio.

193. El riesgo trombótico en los pacientes con anticuerpos antifosfolípidicos viene condicionado por:

a) Factores de riesgo cardiovascular clásico.
b) Enfermedad autoinmune subyacente.
c) Presencia de sindrome nefrótico.
d) Todas ellas son ciertas.

194. Con respecto a la profilaxis primaria de los pacientes con anticuerpos antifosfolípidicos:

a) Se debe hacer con dosis bajas de aspirina en todos pacientes.
b) No está indicado hacer profilaxis sin eventos trombóticos previos.
c) Está indicada dosis bajas de aspirina con títulos medios/altos de un sólo anticuerpo y factores de riesgo cardiovascular asociados.
d) Está indicada dosis bajas de aspirina y dicumarínicos en los portadores de triple positividad.

195. Las estatinas, en el manejo del sindrome antifosfosfolípidico (SAF):

a) Son eficaces en el control del colesterol en los pacientes con hiperlipidemia.
b) Reducen la expresión del factor tisular, de la activación endotelial y las citocinas proinflamatorias.
c) Se usan como coadyuvantes en SAF refractario.
d) Todas son correctas.

196. 184.- CREA GV_PREG 184_En una paciente con artritis reumatoide e historia de diverticulitis tenderemos a evitar todos SALVO:

a) Inhibidores de IL 6
b) AntiTNF
c) JAK inhibidores
d) AINES y corticoides

197. Según la revisión realizada para las recomendaciones SER-SEPAR (2022) sobre el diagnóstico y el tratamiento de la EPID (enfermedad pulmonar intersticial difusa) asociada a AR, es cierto:

a) En pacientes con EPID estable y AR controlada con antiTNF no hay evidencia suficiente para recomendar retirada del antiTNF.
b) Hay estudios que muestran menos riesgo de ingresos y menos progresión de la EPID en pacientes tratados con metotrexato.

c) El comportamiento de la población asiática frente a diferentes fármacos podría ser diferente a la población caucásica.
d) Todas ellas son ciertas.

198. Se considera riesgo individual muy alto de fractura en todos los casos SALVO:

a) Frax de más de 15% de fractura mayor osteoporótica.
b) Fractura reciente mientras está en tratamiento para osteoporosis.
c) Fractura reciente mientras recibe fármacos osteopenizantes.
d) FRAX mayor de 4,5% en cadera.

199. Con respecto a los marcadores bioquímicos del remodelado óseo:

a) Se utilizan exclusivamente en ensayos clínicos.
b) la fosfatasa alcalina y el P1NP (propéptido N terminal del Procolágeno 1), son los marcadores de formación más utilizados en práctica clínica.
c) El CTX (telopéptido carboxiterminal del colágeno 1 beta), es muy estable y no se altera en insuficiencia renal.
d) Tienen valor diagnóstico en osteoporosis.

200. El ibandronato:

a) Solo ha demostrado reducción de fractura de cadera en mujeres con DMO por debajo de -3 DS.
b) La dosis de 150 mg/mes ha demostrado superioridad a 2,5 mgs/día.
c) Es el bifosfonato oral más potente y utilizado.
d) Al igual que el resto de bifosfonatos, está indicado en prevención de fracturas vertebrales y de cadera.

201. La estrategia “treat to target” en osteoporosis:

a) utiliza la mejoría en DMO como marcador subrogado del riesgo de fractura.
b) el objetivo es alcanzar DMO de osteopenia (DXA -1,5 ó -2 DS Tscore) de dos a tres años de tratamiento.
c) Utiliza los marcadores de remodelado óseo para valorar respuesta a tratamiento a corto plazo.
d) todas ellas son correctas.

202. Señala la estrategia que consigue mayor ganancia de DMO:

a) Teriparatida 24 meses seguida de denosumab 24 meses.
b) Romosozumab 12 meses seguida de denosumab 24 meses.
c) Romosozumab 12 meses seguida de alendronato 24 meses.
d) Ron todas similares, según el contexto clínico.

203. Las indicaciones de tratamiento farmacológico de la enfermedad ósea de Paget son todas SALVO:

a) Dolor óseo.
b) Post cirugía del hueso pagético.
c) Complicaciones neurológicas.
d) Elevación persistente de fosfatasa alcalina.

204. Los pacientes con enfermedad ósea de Paget:

a) Presentan riesgo aumentado de fracturas.
b) Precisan más cirugías ortopédicas que la población general.
c) Pueden presentar mutaciones del secuestosoma tipo 1.
d) Todas son ciertas.

205. Las causas de osteopenia regional en radiología simple son todas EXCEPTO:

a) Sindrome de dolor regional complejo.
b) Sinovitis villonodular pigmentaria.
c) Artritis reumatoide.
d) Todas ellas pueden provocarla.

206. Son factores de riesgo para el desarrollo de osteonecrosis:

a) Pancreatitis crónica.
b) Infección por VIH.
c) Disbarismos tras inmersión submarina.
d) Todas ellas son ciertas.

207. Los FAME sintéticos dirigidos antagonistas de las JANUS QUINASAS (JAK) son:

a) Más capaces de reducir la progresión del daño articular estructural que los Anti-TNF.
b) De difícil producción.
c) Tanto de utilización oral como parenteral.
d) Pequeñas moléculas de síntesis química capaces de atravesar membranas y de actuar intracelularmente.

208. Los fármacos utilizados en el tratamiento de la osteoporosis se pueden clasificar en fármacos antirresortivos, fármacos osteoformadores y fármacos con efecto dual. En cuanto a los fármacos para la patología metabólica ósea, <u>NO</u> es cierto:

a) La dosis aconsejable de vitamina D en la osteoporosis es de 800-2.000 IU/día, dependiendo de los valores basales.
b) La teriparatida ha demostrado una reducción significativa del riesgo de fractura vertebral y no vertebral.

c) Romosozumab es un anticuerpo monoclonal IgG2 humanizado anti-esclerostina.
d) Denosumab es un fármaco antirresortivo indicado únicamente en la osteoporosis posmenopáusica.

209. Los SYSADOA se distinguen de otros fármacos por todas las siguientes características, excepto por una:

a) Su efecto se inicia de forma lenta (2-3 semanas después del inicio de su administración).
b) Poseen un efecto remanente, es decir, su efecto se prolonga entre dos y seis meses después de interrumpirse su administración.
c) La diacereína estimula la producción de IL-1β.
d) Se trata de fármacos con un excelente perfil de seguridad.

210. La densitometría ósea es la técnica de elección para cuantificar la masa ósea y confirmar el diagnóstico de osteoporosis, el reumatólogo tiene que saber que:

a) En mujeres premenopáusicas se emplea el índice T.
b) La determinación de la masa ósea en el fémur es el mejor predictor de fractura de fémur.
c) Se trata de una técnica de rayos X de energía dual que puede emplearse únicamente en tres regiones del esqueleto.
d) La mayoría de consensos y guías nacionales recomiendan realizar DXA a pacientes con osteopenia difusa en la radiografía simple.

211. Se consideran causas de osteoporosis secundaria todas las siguientes, excepto:

a) Menopausia.
b) Antiepilépticos.
c) Anorexia nerviosa.
d) Enfermedad mieloproliferativa.

212. La enfermedad ósea de Paget fue descrita por Sr James Paget en 1877, se caracteriza por:

a) Un incremento focal crónico del remodelado óseo que afecta a uno o con más frecuencia a varios huesos del esqueleto.
b) Presentar un patrón simétrico.
c) Tener predilección por la tibia, cráneo, columna y pelvis, por este orden.
d) Un aumento de la resorción ósea osteoclástica, seguida de formación de hueso por los osteoblastos junto con fibrosis medular y descenso de la vascularización local.

213. En la literatura están ampliamente descritos los posibles mecanismos fisiopatológicos implicados en la etiopatogenia del síndrome de dolor regional complejo, excepto uno de los siguientes:

a) Lesión por isquemia-reperfusión.
b) Inflamación neurógena.
c) Enfermedad autoinmune.
d) Factores psicológicos.

214. Para el diagnóstico de la osteomielitis es fundamental que el reumatólogo conozca que:

a) Las pruebas de medicina nuclear son muy específicas.
b) La resonancia magnética es la técnica gold standard.
c) El diagnóstico microbiano no suele ser decisivo.
d) Las pruebas de laboratorio como la VSG o la PCR se utilizan solo para el seguimiento de los pacientes, no para diagnóstico.

215. La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa, señala la respuesta correcta:

a) Típicamente afecta al pulmón.
b) Afecta predominantemente a menores de 20 años.
c) Tiene un ligero predominio en hombres.
d) Tiene una patogenia compleja en la que participa exclusivamente el sistema inmune adaptativo.

216. La enfermedad relacionada con la IGG4 es una enfermedad fibro-inflamatoria que afecta prácticamente cualquier órgano con predominio de la afectación de:

a) Páncreas.
b) Glándulas salivares.
c) Riñón.
d) Todas ellas.

217. Son enfermedad por depósito liposomal todas las siguientes menos una:

a) Enferdedad de Gaucher.
b) Enfermedad de Pompe.
c) Enfermedad de Fabry.
d) Enfermedad de König.

218. El síndrome de Sweet es la entidad más representativa de las dermatosis neutrofílicas, se han descrito tres tipos clínicos. Señala cuál no es uno de ellos:

a) El idiopático.
b) El asociado a neoplasia.

c) El inducido por hipervitaminosis D.
d) El inducido por fármacos.

219. La artropatía neuropática es una artritis destructiva que se caracteriza por la fractura, subluxación y dislocación de las estructuras articulares en el marco de una lesión neurológica de la articulación o de la extremidad afectada. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) Son muchas las enfermedades neurológicas asociadas con la artropatía neuropática: esclerosis múltiple, siringomielia, entre otras.
b) Los cambios patológicos de la artropatía neuropática no son similares a los de la artrosis avanzada.
c) La artropatía neuropática puede causar crecimiento excesivo de un hueso, pero no la destrucción de la articulación.
d) La artropatía neuropática suele presentarse como una poliartritis aguda.

220. Cuál de los siguientes hallazgos forma parte de los criterios de clasificación del síndrome de activación macrofágica en pacientes con artritis idiopática juvenil (Ravelli, 2016):

a) Ferritina > 684 ng/mL.
b) Fibrinógeno > 360 mg/ dL.
c) Anemia.
d) Trombocitosis.

221. En cuanto a la enfermedad de Behçet pediátrica, es cierto:

a) No es una vasculitis sistémica.
b) No tiene criterios de clasificación.
c) Las manifestaciones cutáneas son menos frecuentes que en adultos.
d) Las manifestaciones oculares y la aftosis genital son menos frecuentes que en adultos.

222. Se considera una enfermedad autoinflamatoria:

a) Enfermedad de Sever.
b) Enfermedad de Hass.
c) Síndrome de Blau.
d) Enfermedad de Kienböck.

223. El tratamiento del lupus eritematoso sistémico juvenil es similar al del les del adulto, pero hay que tener especial atención en el desarrollo y crecimiento sobre todo con:

a) Ciclofosfamida.
b) Hidroxicloroquina.
c) Micofenolato.
d) Belimumab.

224. Señala la cierta en relación al subgrupo de pacientes con artritis psoriásica juvenil con afectación articular asimétrica de comienzo precoz:

a) Es de predominio en varones.
b) Se asocia a uveítis posterior.
c) Se asocia a ANA.
d) Es similar a la oligoartritis -poliartritis con ANA positivos, pero con menor presencia de dactilitis.

225. El síndrome Sapho debe su nombre a un acrónimo, ¿a cuál?

a) Sinovitis, Acné, Pustulosis, Hiperostosis, Osteítis.
b) Sinovitis, Arañas vasculares, Psoriasis, Hiperostosis, Osteítis.
c) Seropositiva, Artritis, Psoriasis, Hiperostosis, Osteoartritis.
d) Sinovitis, Acné, Psoriasis, Hipertrofia sinovial, Osteítis.

226. Cuál de los siguientes <u>no</u> se incluye en los criterios de clasificación del lupus eritematoso sistémico de ACR / EULAR 2019:

a) Pericarditis aguda.
b) Fiebre.
c) Psicosis.
d) Síndrome de Raynaud.

227. La arteritis de células gigantes es una vasculitis de grandes vasos que:

a) Tiene una edad de inicio > 50 años.
b) Se ve con más frecuencia en hombres que en mujeres.
c) No responde tan bien a los glucocorticoides como la arteritis de Takayasu.
d) Es más común en población asiática.

228. La presencia de líneas de Looser-Milkman es la anomalía más característica, aunque no específica de:

a) Osteopoikilia.
b) Enfermedad de Paget.
c) Osteomalacia.
d) Melorreostosis.

229. El síntoma más frecuente en los pacientes con fibromialgia según el estudio ICAF es:

a) Ansiedad
b) Mareo
c) Depresión
d) Cansancio

230. El análisis del líquido sinovial es fundamental en el diagnóstico diferencial de la patología reumática. Señala la cierta:

a) El líquido sinovial con mayor turbidez se relaciona con un menor contenido de leucocitos.
b) La artrocentesis es una técnica con baja rentabilidad diagnóstica.
c) La viscosidad del líquido sinovial de una articulación que presenta una afectación mecánica es mayor que en una afectación inflamatoria.
d) El líquido sinovial es un ultrafiltrado del plasma rico en ácido mevalónico.

231. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con los anticuerpos en reumatología es <u>falsa</u>?

a) El factor reumatoide es un autoanticuerpo dirigido contra la porción Fc de las inmunoglobulinas IgM; el isotipo IgG es el más comúnmente medido en práctica clínica.
b) Los anticuerpos antifosfolípidos son un grupo heterogéneo de anticuerpos de isotipo IgG, IgM e IgA dirigidos antígenos que son reconocidos por estos anticuerpos, entre los que se encuentran la beta-2-glucoproteína I y el fosfatidilinositol.
c) El anticuerpo anti-Sm, es el más específico para LES, si bien solo se detecta en alrededor de un 30 % de los pacientes con la enfermedad.
d) Los anticuerpos anti-P ribosomal se relacionan con manifestaciones neuropsiquiátricas del LES.

232. Señala la cierta en relación con los anticuerpos contra el citoplasma de los neutrófilos (ANCA):

a) Son un grupo de autoanticuerpos dirigidos frente a constituyentes citoplasmáticos de neutrófilos y plaquetas.
b) El antígeno principal del patrón citoplasmático es la mieloperoxidasa.
c) El patrón perinuclear permite que las proteínas altamente catiónicas como la proteinasa 3 salgan y se unan a la membrana nuclear.
d) La determinación de ANCA se realiza a través de la inmunofluorescencia indirecta y la positividad de la fluorescencia para determinar la especificidad antigénica se confirma por ELISA.

233. Con respecto a las pruebas de imagen utilizadas en reumatología, <u>no</u> es correcto:

a) La gammagrafía se basa en el uso de bifosfonatos marcados con Tecnecio-99m y permite evaluar la actividad osteoblástica.
b) La mielografía es una técnica no invasiva y es más rentable que la resonancia magnética para el diagnóstico de herniaciones del núcleo pulposo.
c) La resonancia magnética nuclear detecta lesiones óseas precoces como necrosis avascular o fracturas de stress.
d) La detección de inflamación en ecografía en pacientes con artritis indiferenciada precoz en los que no se puede llegar a un diagnóstico definitivo, ha demostrado valor predictivo de evolución a artritis reumatoide.

234. El sistema HLA se ha relacionado con diversas patologías reumatológicas. Señale la cierta:

a) Las moléculas de histocompatibilidad son proteínas de membrana que sirven para presentar fragmentos de proteínas a los linfocitos B.
b) El complejo mayor de histocompatibilidad es la región genética que codifica los antígenos de histocompatibilidad y se localiza en el brazo corto del cromosoma 6.
c) Los genes HLA de clase II sirven para la presentación de antígenos endocelulares.
d) Las moléculas de clase II se encuentran se encuentran distribuidas en todos los tipos de células, a excepción de los hematíes, y su papel es la presentación de antígenos extraños a las células T CD8+ efectoras o a las células T citotóxicas.

235. ¿Cuál de las siguientes no se desarrolló como una medida de actividad de la enfermedad en la artritis reumatoide?

a) Simplified Disease Activity Index (SDAI).
b) Routine Assessment of Patient Index Data 3 (RAPID 3).
c) Rheumatic Arthritis Impact of Disease (RAID).
d) Flare Assessment in Rheumatoid Arthritis (FLARE-RA).

236. Señale cuál de los siguientes <u>no</u> mide la fiabilidad de un instrumento de medida:

a) Correlación con un patrón oro.
b) Test-retest.
c) Concordancia intrabservador.
d) Concordancia interobservador.

237. Señale la falsa en relación con el cuestionario de calidad de vida HAQ:

a) Evalúa la dificultad en realizar actividades de la vida diaria durante la última semana.
b) Se incluyen 10 funciones específicas agrupadas en 5 categorías.
c) El resultado total se calcula como la media de las puntuaciones de todas las categorías.
d) Existen versiones modificadas para otras enfermedades, como la espondiloartritis o la fibromialgia.

238. ¿Cuál de los siguientes factores exógenos favorece la hiperuricemia?

a) La leflunomida.
b) Los estrógenos.
c) La sulfinpirazona.
d) La ciclosporina.

239. La gota se define por el depósito de cristales de urato monosódico dentro y alrededor de las articulaciones, asociándose con la presencia de múltiples comorbilidades. Señale la respuesta <u>falsa</u>:

a) Se ha descrito una asociación independiente entre la gota y la mortalidad por causas cardiovasculares.
b) Aparecen tofos en alrededor al 40 % de los pacientes.
c) Una manifestación infrecuente es la paniculitis gotosa, producida por el depósito de cristales de urato monosódico en la hipodermis.
d) En los últimos 30 años se ha producido un aumento de la prevalencia de gota en países occidentales.

240. Con respecto a la artritis por depósito de cristales de hidroxiapatita cálcica. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) La hipocalcemia es uno de los principales factores predisponentes.
b) Los cristales de hidroxiapatita tienen una apariencia romboidal bajo un microscopio óptico.
c) La articulación más frecuentemente afectada es el hombro.
d) La mayoría de los casos familiares están vinculados a mutaciones en el gen ANKH.

241. En relación con la artritis por cristales de pirofosfato cálcico, señale cuál de las siguientes condiciones se asocia a un mayor riesgo de su aparición:

a) Hipertiroidismo.
b) Hipocalcemia.
c) Hipermagnesemia.
d) Hiperparatiroidismo.

242. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto al tratamiento de la gota según las recomendaciones EULAR?

a) De manera general, para los pacientes con tratamiento hipouricemiante se debe monitorizar el nivel de ácido úrico y mantenerlo en <6 mg/dL.
b) En pacientes con gota que reciben diuréticos tiazídicos, se debe sustituir el diurético de ser posible; de preferencia por losartán o bloqueantes de los canales de calcio.
c) Se recomienda mantener la profilaxis contra ataques solo durante los primeros tres meses de tratamiento hipouricemiante.
d) En pacientes con ataques frecuentes y contraindicaciones para recibir colchicina, antiinflamatorios no esteroides y corticosteroides, se deben considerar fármacos bloqueadores de IL-1.

243. En relación con la guía ACR 2020 para el manejo de la gota, señale la respuesta que <u>no</u> es correcta:

a) Se recomienda tratamiento hipouricemiante para todos los pacientes con gota

tofácea, daño radiográfico debido a la gota o brotes frecuentes de gota.

b) Alopurinol se establece como el tratamiento de primera línea, incluso para aquellos con enfermedad renal crónica de moderada a severa (estadio >3).
c) Se recomienda usar colchicina a dosis bajas, en lugar de dosis altas, dada su eficacia similar y una menor frecuencia de efectos adversos.
d) Se recomienda alcalinizar la orina en los pacientes que toman un uricosúrico.

244. Señale la <u>falsa</u>:

a) La normalización de la uricemia permite alcanzar la desaparición de los cristales de urato monosódico del líquido sinovial, la reducción del tamaño de los tofos y la disminución en la frecuencia de los ataques.
b) El inicio de los medicamentos hipouricemiantes debe realizarse a dosis bajas y con escalada progresiva de dosis hasta alcanzar el objetivo de uricemia estimado para cada paciente.
c) Para pacientes con tofos, se recomienda el mantenimiento de uricemia en sangre en niveles por debajo de 3 mg/dL a largo plazo.
d) En pacientes con gota que no respondan al tratamiento, presenten efectos secundarios con los inhibidores de la xantino-oxidasa o patología cardiovascular, la benzbromarona en monoterapia puede ser un tratamiento alternativo.

245. Con respecto a la relación entre gota e insuficiencia renal, señale la <u>falsa</u>:

a) El ácido úrico es mejor predictor de la evolución del filtrado glomerular en pacientes con fracaso renal previo que en pacientes sanos.
b) Se ha descrito que al menos el 40 % de los pacientes con gota presenta algún grado de disfunción renal.
c) La prevalencia de gota en pacientes con insuficiencia renal es más elevada que en población sana.
d) La mayor parte del ácido úrico sérico se elimina por vía renal.

246. Respecto a las artritis microcristalinas, señale la cierta:

a) Los cristales de oxalato cálcico presentan birrefringencia negativa débil al microscopio de luz polarizada.
b) La radiología simple es de utilidad en el diagnóstico de la enfermedad asociada a cristales de hidroxipatita, ya que se originan con frecuencia opacidades periarticulares por calcificación.
c) El síndrome de Lesch-Nyhan produce gota, nefrolitiasis y retraso mental por un déficit de la fosforribosilpirofosfato-sintetasa.
d) La oxalosis primaria, una enfermedad poligénica autosómica dominante en la que hay una producción excesiva de oxalato.

247. El Alopurinol es un tratamiento fundamental en el manejo de la gota. Señale la <u>falsa:</u>

a) En pacientes de raza caucásica debe evitarse la prescripción de alopurinol en los pacientes en los que se conozca la presencia de alelo HLA*B48.
b) En pacientes con gota y evento cardiovascular previo, se recomienda alopurinol como tratamiento de primera línea.
c) El período de mayor riesgo de aparición de reacciones cutáneas graves es durante las primeras semanas de tratamiento.
d) Algunas variantes del gen del transportador ABCG2 se han asociado a una disminución de la respuesta al alopurinol en varias cohortes.

248. Señala la <u>falsa</u> en relación con los criterios de clasificación asas de espondiloartritis axial:

a) La rama de imagen se puede cumplir mediante la presencia de sacroilitis en radiografía convencional o en resonancia magnética.
b) En la rama clínica, la positividad de HLA-B27 es un requisito de entrada.
c) La rama de diagnóstico clínico aislada demostró mejor sensibilidad y especificidad que la rama de diagnóstico por imagen aislada.
d) Se estimó una sensibilidad global de los criterios del 82 %.

249. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones <u>no</u> es correcta en relación con el diagnóstico de la espondiloartritis axial?

a) Se ha estimado un retraso en el diagnóstico de alrededor 7 años, siendo frecuente que el paciente sea derivado a varios especialistas antes de acudir a consulta con el reumatólogo.
b) Según los estándares de calidad de ASAS, en un escenario óptimo, los pacientes con sospecha de espondiloartritis axial deben ser valorados por un reumatólogo en los 3 meses siguientes a la derivación.
c) Hasta una cuarta parte de individuos sanos asintomáticos presenta una resonancia de sacroilíacas sugestiva de espondiloartritis axial que podría considerarse positiva para sacroilitis según los criterios ASAS.
d) El índice BASDAI incluye 6 ítems que evalúan la fatiga, el dolor espinal, dolor/inflamación en articulaciones periféricas, dolor en zonas dolorosas a tacto o presión y la rigidez matutina.

250. La progresión del daño estructural en la espondiloartritis es variable a nivel de cada paciente. Señale la <u>falsa:</u>

a) Las vértebras que muestran edema óseo en la resonancia magnética tienen una mayor probabilidad de desarrollar sindesmofitos.
b) La presencia de depósitos de grasa en las esquinas vertebrales se asocia con formación ósea.
c) El índice mSASSS ha demostrado una mayor sensibilidad al cambio en comparación con otros índices como BASRI y SASSS.

d) Se ha evidenciado que una mayor actividad de la enfermedad se asocia a mayor daño radiográfico en espondiloartritis axial, de forma más relevante en mujeres.

251. El índice de salud ASAS-HI (Assessment in Apondyloarthritis International Society-Health Index) se ha desarrollado recientemente para medir la salud y el funcionamiento global de pacientes con espondiloartritis. Señale la <u>falsa:</u>

a) Se compone de 17 ítems relativos a actividades de la vida diaria.
b) La puntuación total se calcula sumando 1 por cada respuesta positiva, lo que da lugar a una puntuación que va de 0 a 17.
c) Una puntuación menor indica un peor estado de salud.
d) Demostró una sensibilidad al cambio moderada a buena en su validación psicométrica.

252. ¿Cuál de las siguientes moléculas <u>no</u> ha demostrado efectividad en espondiloartritis axial no radiográfica?

a) Infliximab
b) Adalimumab
c) Ixekizumab
d) Etanercept

253. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto a la hiperostosis esquelética difusa?

a) La región lumbar de la columna es la zona más frecuentemente afectada.
b) Es más frecuente en mujeres que en varones.
c) La presencia de anquilosis de articulaciones facetarias es característica.
d) Su prevalencia está aumentada en pacientes con trastornos metabólicos, como diabetes mellitus, obesidad y dislipidemia.

254. En cuanto a la artritis psoriásica, señale la cierta:

a) La historia familiar de psoriasis, definida por la afectación de un familiar de primer grado, así como el factor reumatoide positivo, forman parte de los criterios de clasificación CASPAR de artritis psoriásica.
b) Se ha asociado HLA-B*38 y HLA B*39 a un mayor riesgo de aparición de la enfermedad.
c) Según datos del estudio de prevalencia del EPISER 2016, la prevalencia de esta enfermedad es del 0,3 %.
d) La presencia de variantes del gen HLA*B27 se asocia con formas leves de artritis psoriásica.

255. El síndrome SAPHO (Sinovitis–Acné–Pustulosis–Hiperostosis–Osteítis) se caracteriza por una variedad de síntomas cutáneos y articulares. ¿cuál de las siguientes afirmaciones considera falsa en relación con el síndrome SAPHO?

a) Se ha descrito una frecuencia elevada de ciertos patógenos de baja virulencia, como Propionibacterium acnes.
b) Entre las manifestaciones musculoesqueléticas pueden aparecer osteítis, hiperostosis, sinovitis, artritis y afectación de entesis.
c) Se ha descrito uveítis anterior en un 25 % de los pacientes.
d) Las lesiones cutáneas típicas son la pustulosis palmoplantar y el acné grave.

256. En cuanto a la artritis gonocócica, señale la cierta:

a) Las poliartralgias de la triada típica presentan afectación asimétrica, siendo la tenosinovitis un hallazgo más específico de la enfermedad gonocócica diseminada.
b) La afectación cutánea habitual es en forma de escaras, con distribución típica en la zona proximal de las extremidades.
c) Algunos factores protegen de la diseminación de N. gonorrhoeae, como el embarazo o las deficiencias de los últimos factores del complemento.
d) El tratamiento de elección es azitromicina 1g durante 3 días en la enfermedad diseminada.

257. ¿Cuál de las siguientes alteraciones no se asocia a la sinovitis en la artritis reumatoide?

a) Formación de vellosidades sinoviales.
b) Infiltración de linfocitos y células plasmáticas.
c) Angiogénesis.
d) Necrosis coagulativa.

258. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con osteomielitis y artritis sépticas causadas por *Staphylococcus aureus* no es correcta?

a) La aparición de afectación radiográfica en la osteomielitis es anterior al inicio de los síntomas clínicos.
b) La diseminación hematógena suele afectar las metáfisis de los huesos largos en niños.
c) En adultos, la osteomielitis hematógena rara vez aparece en los huesos largos.
d) Pueden ser resultado de diseminación hematógena o traumatismos.

259. La amiloidosis es una complicación de algunas enfermedades inflamatorias. ¿cuál de los siguientes tipos de proteínas se deposita característicamente en la amiloidosis asociada a la fiebre mediterránea familiar?

a) Transtiretina.
b) βeta-2- microglobulina.
c) Proteína sérica del amiloide.

d) Inmunoglobulinas de cadenas pesadas.

260. ¿Cuál de los siguientes fármacos no recomendaría para el tratamiento de un paciente con fenómeno de Raynaud?

a) Atenolol.
b) Amlodipino.
c) Losartán.
d) Sildenafilo.

261. Respecto a las diferencias histológicas entre la arteritis de células gigantes (ACG) y la arteritis de takayasu (AT), indique la correcta:

a) Es excepcional encontrar granulomas en la ACG, sin embargo, es muy habitual en la AT.
b) La relación de células CD4+/CD8+ está incrementada en la ACG y reducida en la AT.
c) La ruptura de las láminas elásticas de las arterias es un hallazgo diferenciador de la AT frente a la ACG.
d) La proliferación miofibroblástica de la capa íntima arterial es de mayor intensidad en la AT que en la ACG.

262. Indique la correcta en relación al tratamiento de la polimialgia reumática (PMR):

a) No se recomienda el uso de metotrexato en pacientes corticorefractarios.
b) El tratamiento de elección en los pacientes corticorefractarios son los anti-TNFa.
c) Las recidivas son infrecuentes, afectando al 10 % de los pacientes.
d) Una alternativa a la prednisona oral sería el uso de metilprednisolona 120 mg intramuscular cada 3 semanas inicialmente.

263. Señale cuál de las siguientes es una vasculitis por depósito de inmunocomplejos:

a) Granulomatosis con poliangeítis.
b) Enfermedad antimembrana basal glomerular.
c) Poliangeítis microscópica.
d) Poliarteritis nodosa.

264. Indique el enunciado correcto en relación a la tromboangeítis obliterante o enfermedad de Buerger:

a) Se trata de una ateromatosis acelerada por el tabaco.
b) Dejar de fumar y la terapia anti-IL-6 son las bases del tratamiento.
c) La mayoría de los pacientes precisan revascularización quirúrgica.
d) Predomina en varones de 40-50 años.

265. En los criterios provisionales de clasificación EULAR/ACR para la polimialgia reumática, cuál de los siguientes tiene más peso para el diagnóstico:

a) Rigidez matutina > 45 minutos.
b) Dolor o limitación a la movilidad de la cadera.
c) Ausencia de otra afectación articular.
d) Ambos hombros con bursitis subdeltoidea, tenosinovitis bicipital o artritis glenohumeral.

266. Una de los siguientes NO es subtipo clínico diferenciado de la AIJ Sistémica:

a) Policíclico.
b) Persistente.
c) Estacionario.
d) Monocíclico.

267. Son predictores de pobre respuesta en la AIJ todos MENOS:

a) Oligoartritis con afectación de la cadera o de la columna cervical.
b) Oligoartritis que no afecta la cadera ni la columna cervical, pero si la muñeca con elevados Reactantes de Fase Aguda RFA.
c) Poliartritis que no afecta ninguna de las articulaciones anteriores ni el tobillo, sin daño radiológico ni RFA elevados.
d) Nivel de plaquetas superior a 600.000/mm3 después de seis meses del inicio de la enfermedad.

268. La eritromicina tiene cierta eficacia en el tratamiento de las manifestaciones digestivas de la Esclerodermia por el siguiente mecanismo:

a) Evita el sobrecrecimiento bacteriano y la progresión a SIBO.
b) Tiene efectos antiesclerosantes.
c) Colabora con los fármacos anti endotelina.
d) Efecto positivo sobre la motilidad intestinal.

269. Cual de estas complicaciones cardiovasculares NO es típica de la Esclerodermia:

a) IAM Infarto Agudo de Miocardio.
b) Arritmias.
c) Disfunción diastólica.
d) Derrame pericárdico.

270. El tratamiento de elección de la HTA Hipertensión Arterial en la Esclerodermia es:

a) Antagonistas del calcio.
b) Diurético.
c) Inhibidores de el enzima convertidor de la angiotensina.
d) Betabloqueantes.

271. La debilidad de la musculatura faríngea puede provocar todos MENOS:

a) Disfagia.
b) Regurgitación nasal.
c) Neumonía por aspiración.
d) Voz bitonal.

272. Señalar la CORRECTA:

a) El prurito no es un síntoma típico de la PM-DM.
b) El rash en heliotropo ocurre en casi la totalidad de los pacientes con DM Dermatomiositis.
c) El prurito es mucho mas frecuente en el Lupus que en la DM.
d) El signo de Gottron y la Fotosensibilidad son menos específicos de la PM-DM que el rash en heliotropo.

273. Señalar la CORRECTA en cuanto al Síndrome de Sjögren:

a) Se da en una proporción 2:1 de mujeres: hombres.
b) Se diagnostica de los 20 a los 40 años de edad.
c) Hasta 1/4 de pacientes con otras enfermedades reumáticas tiene un SS asociado.
d) El hecho de coincidir con otra enfermedad reumática obliga a biopsiar una glándula para caracterizar la diferencia de el SS primario del secundario.

274. Son signos orales del SS todos EXCEPTO:

a) Síndrome de boca urente.
b) Caries.
c) Lobulación de la superficie lingual.
d) Fisurización de la lengua.

275. La enfermedad glomerular típicamente asociada a la Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo EMTC es alguna de las siguientes EXCEPTO:

a) Glomerulonefritis membranosa.
b) Glomerulonefritis Focal Proliferativa.
c) Glomerulonefritis Mesangial.

d) Todas son típicas de la EMTC.

276. El autoanticuerpo típicamente asociado con la Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo EMTC es:

a) Fibrilarina.
b) Centrómero.
c) Ribosomal P1.
d) RNP.

277. En los síndromes de solapamiento "overlap", las manifestaciones mas comúnmente presentes son todas las siguientes EXCEPTO:

a) Polimiositis
b) Síndrome de Sjögren
c) Artritis reumatoide
d) Vasculitis

278. Tanto la ACG Arteritis de Células Gigantes como la PMR Polimialgia Reummática, se asocian con el siguiente HLA:

a) DRB1*04
b) B-27
c) DR4
d) Estas dos enfermedades, a pesar de tener una relación clínica, no tienen asociado un mismo HLA.

279. La histología típica de la infiltración arterial en la ACG es de:

a) Infiltrado inflamatorio en la adventicia de células plasmáticas.
b) Infiltrado inflamatorio transmural de linfocitos y macrófagos.
c) Infiltrado inflamatorio subendotelial de células plasmáticas y linfocitos.
d) Infiltrado inflamatorio de eosinófilos en la capa muscular.

280. En la Enfermedad de Takayasu, son ciertas todas EXCEPTO:

a) Mas del 80% de los enfermos al diagnóstico están asintomáticos llegando al diagnóstico como hallazgo casual ante otras pruebas.
b) Puede haber manifestación de la retina hasta en el 14% de los pacientes.
c) No tienen datos de Hipertensión Pulmonar.
d) Tampoco tienen manifestaciones cutáneas.

281. EL factor de riesgo medioambiental mas importante en la PAN Poliarteritis Nodosa es:

a) Parvovirus B19
b) VHC
c) VHB
d) VIH

282. Un proceso reumatológico típico asociado a la vasculitis tipo PAN es:

a) Poliartritis seronegativa.
b) Monoartritis de extremidades superiores.
c) Poliartritis asimétrica de articulaciones grandes de extremidades superiores.
d) Poliartritis asimétrica de manos.

283. Una de las siguientes enfermedades no se ha asociado con el síndrome de Cogan:

a) Sarcoidosis.
b) Enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn).
c) Nefritis intersticial.
d) Dermatitis papulodescamativa.

284. Aunque rara, la manifestación pulmonar mas típica de la vasculitis IgA es:

a) La vasculits traqueal y laríngea.
b) La fibrosis pulmonar de campos superiores.
c) El pulmón encogido.
d) La hemorragia alveolar.

285. Señalar la asociación CORRECTA:

a) Vasculitis leucocitoclástica y placas retiformes purpúricas.
b) Granulomatosis con poliangeitis y nódulos ulcerados o gangrena periférica.
c) Poliarteritis nudosa y púrpura palpable.
d) Púrpura de Scholein-Henoch y nódulos subcutáneos con livedo reticularis.

286. Los siguientes son enfermedades vasculopáticas no inflamatorias del SNC Sistema Nervioso Central, EXCEPTO:

a) Angeitis amiloide.
b) Angeitis paraneoplásica.
c) Síndromes vasoconstrictores cerebrales reversibles.
d) Todas son enfermedades vasculopáticas no inflamatorias del SNC.

287. Uno de los siguientes síntomas NO es típico de la Deficiencia de Mevalonato Kinasa:

a) Afectación pleural y pericárdica.
b) Artralgia y artritis.
c) Úlceras aftosas dolorosas.
d) Urticaria y púrpura.

288. En el síndrome de Muckle-Wells, señalar la INCORRECTA:

a) Puede dar pérdida auditiva y lesión del órgano de Corti.
b) No evoluciona a amiloidosis.
c) No se precipita por el frío.
d) Puede asociar conjuntivitis y cefalea.

289. El acrónimo del síndrome PAPA hace referencia a los siguientes EXCEPTO:

a) Pustulosis.
b) Acné.
c) Pioderma gangrenoso.
d) Artritis piogénica estéril.

290. La exploración radiológica ideal para el diagnóstico de osteomielitis es:

a) RMN.
b) Gammagrafía con Tc99.
c) Gammagrafía con leucocitos marcados.
d) Una combinación de todas ellas es lo mas adecuado, dado que no hay una forma ideal de diagnóstico radiológico.

291. Las manifestaciones mas frecuentes de la sifilis congénita precoz en reumatología son las siguientes EXCEPTO:

a) Osteocondritis.
b) Periostitis.
c) Fusión precoz del cartílago de crecimiento.
d) Osteitis.

292. La enfermedad de Poncet se trata de:

a) La infección tuberculosa del hueso como osteomielitis.
b) La artritis infecciosa producida por micobacterias atípicas.
c) Una artritis reactiva asociada a una enfermedad tuberculosa extraarticular.
d) La afectación tuberculosa vertebral de diseminación hematógena desde el centro de

la vértebra al disco intervertebral.

293. Respecto al tratamiento inmunosupresor para el tratamiento de las vasculitis, señale la INCORRECTA:

a) Durante el tratamiento con ciclofosfamida se recomienda profilaxis con trimetoprim (160 mg) y sulfametoxazol (800 mg) 3 días a la semana.
b) Los pacientes en tratamiento con dosis mayores de 15 mg de prednisona y con una prueba de Mantoux con induración 5 mm deben recibir profilaxis antituberculosa.
c) La cistitis hemorrágica es un efecto secundario tardío del tratamiento con ciclofosfamida.
d) Durante el tratamiento con ciclofosfamida se recomienda una buena hidratación y la utilización de MESNA para evitar cistitis hemorrágica.

294. En la vasculitis IgA (púrpura de Schönlein-Henoch) cual es el tipo de afectación articular más frecuente:

a) Poliartritis afectando a metatarsofalángicas.
b) Artritis costoesternal.
c) Artralgias.
d) Poliartritis erosiva de metacarpofalángicas.

295. En relación a las manifestaciones vasculares de la enfermedad de Behçet indique la correcta:

a) Existe controversia sobre el uso de anticoagulantes, si hubiera que usarlos había que descartar previamente la existencia de aneurismas pulmonares.
b) Se trata de una vasculitis de vaso variable y se afectan predominantemente las arterias frente a las venas.
c) El tratamiento de la una TVP aguda en la enfermedad de Behçet se basa en heparina de bajo peso molecular.
d) El espectro de afectación vascular es más frecuente en mujeres.

296. De las siguientes parejas de enfermedad-tratamiento indicado, cuál es INCORRECTA:

a) Granulomatosis eosinofílica con poliangeítis no grave con predominio de asma – Mepolizumab.
b) Enfermedad de Kawasaki en fase febril – Inmunoglobulinas intravenosas.
c) Enfermedad de Behçet con aftosis orogenital- Tocilizumab.
d) Arteritis de células gigantes refractaria a corticoides- Tocilizumab.

297. De los siguientes enunciados sobre la Granulomatosis con poliangeítis indique la respuesta INCORRECTA:

a) El Five Factor Score es un índice que da información sobre el pronóstico que concierne a la mortalidad.
b) Azatioprina ha demostrado ser inferior que micofenolato mofetil en el mantenimiento de remisión.
c) Para la inducción de la remisión se pueden utilizar glucocorticoides más rituximab o ciclofosfamida.
d) Hasta un 40% de los pacientes con enfermedad limitada a vías aéreas superiores y un 10% de los que tienen afectación generalizada pueden tener ANCA negativo.

298. Respecto a la artrosis, indique la INCORRECTA:

a) Puede ser primaria o secundaria.
b) La artrosis de rodilla y cadera en mayores de 65 años es más frecuente en varones.
c) La artrosis de rodilla y cadera es mayor en afroamericanos que en americanos de raza blanca.
d) En general, la mayor prevalencia de artrosis se observa en rodilla, columna cervical, lumbar e interfalángicas distales.

299. Respecto a la artrosis de rodilla señale la verdadera:

a) La única estructura afectada es el cartílago articular.
b) Se han descrito 2 tipos de alteración sinovial: inflamatoria y alteración rica en detritus.
c) El papel de las células del sistema inmunitario no está bien establecido.
d) La artrosis con síntomas está siempre asociada a algún grado de alteración sinovial.

300. Cuál de los siguientes hallazgos es más probable que provoque bloqueos articulares en un paciente con artrosis:

a) Formación de cuerpo libres.
b) Derrame articular.
c) Edema subcondral.
d) La aparición de osteofitos marginales.

301. Indique la FALSA respecto al dolor secundario a la artrosis:

a) Puede preceder a las alteraciones visibles en la radiología simple.
b) Puede ser continuo, incluso nocturno.
c) No tiene componente neuropático.
d) En la artrosis femorotibial el dolor acostumbra a irradiar distalmente por la cara anterior de la pierna.

302. Señale cuál de las siguientes es un criterio clínico de clasificación de la artrosis de manos:

a) Presencia de al menos un nódulo de Heberden y/o Bouchard.

b) Tumefacción de 4 o menos metacarpofalángicas.
c) Deformidad/crecimiento óseo en 2 o más interfalángicas distales.
d) Rigidez matutina de más de 30 minutos.

303. En relación a la artrosis de columna indique el enunciado verdadero:

a) La artrosis cervical afecta predominantemente a C2-C3.
b) El dolor de la artrosis facetaria de columna cervical se manifiesta con las maniobras de flexión cervical.
c) El dolor causado por las articulaciones interapofisarias lumbares es fijo y está localizado en la región afectada.
d) Aunque la afectación radiológica dorsal en forma de artrosis es frecuente en la mayoría de ocasiones es asintomática.

304. Indique cuál/cuáles de las siguientes son recomendaciones para el tratamiento de la artrosis:

a) Fortalecimiento de la musculatura próxima a la articulación con ejercicios isométricos.
b) Frío/calor local.
c) Ibuprofeno en caso de precisar AINE en pacientes con riesgo cardiovascular.
d) a) y b) son ciertas.

305. Señale la correcta en cuanto al tratamiento quirúrgico de la artrosis:

a) Para el recambio protésico es aconsejable que el paciente sea mayor de 65 años.
b) En la artrosis de rodilla las osteotomías correctoras se realizan generalmente en mayores de 65 años.
c) El lavado articular con artroscopia o con aguja es de primera línea cuando han fallado las medidas generales y el tratamiento farmacológico.
d) La indicación de recambio protésico se da por el grado de afectación radiológica.

306. Señale la FALSA respecto a los fármacos modificadores de síntomas de acción lenta en el tratamiento del dolor de la artrosis:

a) Su efecto se inicia a 2-3 semanas de su administración y persiste 2-6 meses después de su cese.
b) El ácido hialurónico es un polisacárido que aumenta la síntesis de prostaglandina E2.
c) La diacereína es un derivado de la antraquinona que ha demostrado ser eficaz en la artrosis de rodilla y cadera.
d) La glucosamina se administra por vía oral a dosis de 1500 mg/día.

307. Cuál de los siguientes es un analgésico de acción dual (agonista del receptor mu opioide del sistema nervioso central e inhibidor de la recaptación de noradrenalina):

a) Fentanilo.
b) Tapentadol.
c) Capsaicina.
d) Tramadol.

308. De los siguientes enunciados sobre las infecciones piógenas del aparato locomotor señale la INCORRECTA:

a) La rentabilidad diagnóstica del cultivo de líquido sinovial ante sospecha de artritis séptica es cercana al 50%.
b) El microorganismo que con mayor frecuencia se identifica en la artritis séptica es Staphylococcus aureus.
c) El tratamiento antibiótico empírico de las espondilodiscitis piógenas es cloxacilina + ceftriaxona.
d) La fascitis necrosante tiene una mortalidad superior al 70%.

309. En los pacientes adultos con artritis por Parvovirus B19 cuál es la presentación más frecuente:

a) Oligoartritis más trombopenia.
b) Poliartritis afectando a miembro inferior.
c) Oligoartritis de interfalángicas distales.
d) Poliartritis simétrica de pequeñas articulaciones.

310. Con qué otro nombre se conoce a la espondilodiscitis tuberculosa:

a) Lesión de Anderson.
b) Mal de Pott.
c) Síndrome de apófisis odontoides coronada.
d) Enfermedad de Poncet.

311. En la etiopatogenia y epidemiología de la osteomielitis es correcto:

a) La etiología por vía hematógena supone la mayoría de los casos.
b) En niños en edad escolar (>4 años) el Streptococcus pneumoniae es el microorganismo más identificado.
c) La incidencia de osteomielitis presenta dos picos: uno durante la niñez y otro en la sexta década.
d) Staphylococcus epidermidis está vinculado a infecciones de material de osteosíntesis y prótesis articulares.

312. Respecto a las artritis virales señale la verdadera:

a) En la mayoría de las primoinfecciones por virus de Epstein-Barr ocurre artritis.

b) La forma de afectación articular más frecuente es monoarticular.
c) En la primoinfección por VIH no aparecen manifestaciones articulares.
d) La rubéola y la vacuna de la rubéola se asocian con la aparición de artritis.

313. La etiología de las enfermedades reumáticas es desconocida, pero sabemos que intervienen diferentes factores, entre los que se encuentran factores genéticos. Señale la respuesta correcta en cuanto a las asociaciones de HLA con algunas enfermedades reumáticas:

a) HLA B27 con síndrome de Reiter.
b) HLA DR3 con artritis psoriásica.
c) HLA DR4 con lupus eritematoso sistémico.
d) HLA B 27 con esclerosis sistémica.

314. ¿Cuál de los siguientes pacientes se puede clasificar en artritis psoriásica según los criterios CASPAR?

a) Varón de 40 años con artritis de codos y psoriasis en la adolescencia.
b) Mujer de 45 años con entesitis aquílea, placas de psoriasis en los codos (PASI 2) y FR negativo.
c) Varón de 70 años con antecedente de fascitis plantar en un pie y onicopatía psoriásica.
d) Varón de 60 años con espondilitis y psoriasis en palmas y plantas.

315. El Síndrome SAPHO debe su nombre al siguiente acrónimo:

a) S: serositis, A: acromegalia, P: psoriasis, H: hipertensión, O: osteítis.
b) S: sinovitis, A: acné, P: psoriasis, H: hidrosadenitis, O: osteoma.
c) S: sinovitis, A: acné, P: pustulosis palmoplantar, H: hiperostosis, O: osteítis.
d) S: sindactilia, A: artritis, P: pustulosis, H: hiperostosis, O: osteítis.

316. ¿Cuál de los siguientes fármacos tiene indicación para el tratamiento de la espondiloartritis no radiográfica?

a) Risankizumab.
b) Certolizumab.
c) Apremilast.
d) Ustekinumab.

317. Las infecciones genitourinarias son la causa más común de las artritis reactivas (ARe) en los países desarrollados. Señale la respuesta correcta:

a) El pico de edad de la ARe se sitúa entre la quinta y sexta década de la vida.
b) La prevalencia de la ARe en el mundo en adultos es de 1/10.000.

c) La incidencia de ARe de origen sexual se ha cifrado en un 3-8.1%, siendo mayor la prevalencia en varones con una ratio 9:1.
d) La ARe entérica se da en 100 de cada 1.000 casos de infección por Campylobacter.

318. La osteomielitis es una infección, generalmente bacteriana de la médula y de la cortical del hueso que puede resultar de la inoculación directa, por contigüidad o por diseminación sanguínea de un microorganismo. Según el sistema de clasificación de Waldvogel se distinguen tres posibilidades en los siguientes porcentajes:

a) Vía hematógena (19%).
b) Secundaria a un foco o inoculación directa (5%).
c) Asociada a insuficiencia vascular (3%).
d) Asociada a neuropatía (5%).

319. ¿Cuál de los siguientes virus se asocia con artritis con una frecuencia alta?

a) Epstein-Barr.
b) Adenovirus.
c) Parvovirus B19.
d) VIH.

320. La artritis vírica es una entidad clínica que es habitualmente autolimitada y con una duración del cuadro menor de 6 semanas. Señale la cierta respecto al tratamiento:

a) Es fundamentalmente sintomático.
b) Se debe evitar el uso de AINE.
c) Suelen ser imprescindibles los FAME.
d) Los glucocorticoides son el tratamiento de elección.

321. La espondilodiscitis hace referencia a la infección del disco y cuerpo vertebral por microorganismos infecciosos. Cuál de las siguientes en correcta:

a) Acontece con más frecuencia en mujeres.
b) El germen causal más frecuente es el Estafilococo.
c) Habitualmente es la zona cervical la más afectada.
d) Es muy frecuente en niños.

322. En diciembre de 2019 apareció un nuevo tipo de neumonía causada por el SARS-CoV-2. Se han descrito manifestaciones articulares asociadas a esta entidad. ¿Cuál de las siguientes en cierta?

a) Las manifestaciones articulares del COVID-19 aparecen exclusivamente en la fase aguda de la enfermedad.

b) Las manifestaciones articulares del COVID-19 aparecen en diferentes estadios de la enfermedad.
c) Las manifestaciones articulares del COVID-19 descritas hasta la fecha han sido únicamente artritis.
d) Las manifestaciones articulares del COVID-19 no responden a AINES.

323. Señale cuál de los siguientes NO es un AINE clásico:

a) Naproxeno.
b) Meloxicam.
c) Ibuprofeno.
d) Metamizol.

324. Señale la respuesta FALSA:

a) El dolor neuropático suele responder bien a los analgésicos habituales como los AINE o los opioides.
b) Los fármacos de primera línea para tratar el dolor neuropático son los gabapentinoides, los antidepresivos tricíclicos, entre otros.
c) Los opioides en monoterapia no suelen ser efectivos en el dolor neuropático.
d) El uso de opioides en dolor crónico no oncológico no ha demostrado beneficio a largo plazo.

325. Los glucocorticoides son muy empleados por reumatólogos, se pautan diferentes dosis, señale ¿cuál de las siguientes se considera dosis alta?

a) Entre 10 y 20 mg/día de prednisona.
b) Entre 20 y 30 mg/día de prednisona.
c) Entre 30 y 60 mg/día de prednisona.
d) Entre 30 y 100 mg/día de prednisona.

326. Cuál de los siguientes NO es un FAME biológico:

a) Apremilast.
b) Abatacept.
c) Certolizumab.
d) Rituximab.

327. El metotrexato (MTX) se ha convertido en el FAME de elección para el tratamento de la AR y otras artropatías crónicas. Conocemos bien sus efectos adversos más frecuentes y las recomendaciones para su control. Señale la correcta:

a) Entre los efectos adversos del MTX se encuentra la HTA.
b) Entre los efectos adversos del MTX se encuentra la toxicidad medular.

c) Para monitorizar a un paciente que recibe MTX, se aconseja realizar un hemograma completo de forma anual.
d) Para monitorizar a un paciente que recibe MTX, se aconseja realizar una bioquímica con perfil hepático y renal de forma semestral.

328. El micofenolato mofetilo (MMF) se ha empleado en la prevención del rechazo de los trasplantes y más recientemente en enfermedades sistémicas reumatológicas. Señale la correcta:

a) El MMF se absorbe de forma casi completa por vía oral.
b) No está demostrado que sea eficaz en el tratamiento de la glomerulonefritis lúpica.
c) El efecto secundario más común en la diarrea.
d) a) y c) son correctas.

329. Son muchos los fármacos biológicos disponibles para las artritis crónicas. Señale el mecanismo de acción correcto sobre el que actúa el fármaco que se menciona:

a) Anti-IL 23. Guselkumab.
b) Anti-IL-12/IL23. Ustekinumab.
c) Anti-IL1. Anakinra.
d) a) b) y c) son correctas.

330. Es muy importante conocer las contraindicaciones de la terapia biológica. Los anti-TNF están CONTRAINDICADOS en:

a) Los primeros meses del embarazo.
b) Insuficiencia cardiaca grado II de la clasificación New York Heart Association.
c) Infección por el virus de la hepatitis B.
d) Tuberculosis tratada.

331. ¿Qué fármaco de los siguientes NO es un fármaco de acción lenta para el tratamiento sintomático de la artrosis (SYSADOA) por sus siglas en inglés?

a) Glucosamina.
b) Corticoide vía intraarticular.
c) Condroitín sulfato.
d) Ácido hialurónico vía intraarticular.

332. ¿Cuál de los siguientes fármacos está indicado en la osteoporosis inducida por corticoides?

a) Denosumab.
b) Raloxifeno.
c) Romosozumab.
d) Ibandronato.

333. La artrosis es la artropatía más frecuente de la población. La incidencia y la prevalencia de la artrosis aumenta en paralelo a la edad de las poblaciones, señale la respuesta correcta:

a) Alrededor del 30% de los mayores de 65 años tienen signos radiológicos de artrosis en manos.
b) En España se ha estimado una prevalencia de artrosis sintomática de manos del 7,73%.
c) La artrosis de cadera es la menos frecuente, con una prevalencia según series entre el 1 y el 2%.
d) El estudio EPISER 2016 estimó una prevalencia de artrosis cervical del 2%.

334. Las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas son un grupo de enfermedades muy prevalentes. Los resultados de una encuesta europea han demostrado que el 22% de la población de nuestro continente padece o ha padecido problemas del sistema musculoesquelético. El estudio EPISER 2016 confirma la alta prevalencia de estas enfermedades de nuestro país. Ordenadas por prevalencia de mayor a menor, ¿cuál es la correcta?

a) Fibromialgia > artritis reumatoide > gota.
b) Artritis reumatoide > espondilitis anquilosante > fracturas osteoporóticas sintomáticas.
c) Artrosis lumbar > artrosis de rodilla > artrosis de manos.
d) Lupus eritematoso sistémico > fibromialgia > artritis psoriásica.

335. El cartílago articular se divide en cuatro zonas diferenciadas entre sí, según la organización celular, la arquitectura de las fibras de colágeno y el contenido de proteoglucanos y agua. Cuál NO es una de estas cuatro zonas:

a) Zona media o de transición.
b) Zona superficial.
c) Zona calcificada.
d) Zona fibrosa.

336. Señale la respuesta correcta en relación al metabolismo fosfocálcico:

a) El hueso es el mayor depósito de calcio y fósforo en el organismo.
b) En la regulación de la homeostasis del calcio y del fósforo están implicados principalmente tres órganos: intestino, hueso y riñón.
c) La vitamina D ejerce efectos extraóseos.
d) a) b) y c) son correctas.

337. En qué siglo se produce el nacimiento de la Reumatología como especialidad:

a) Siglo XVIII.
b) Siglo XIX.
c) Siglo XX.
d) Siglo XXI. 345

338. ¿Cuál es cierta respecto a la presencia de cristales de colesterol?

a) Aparecen sobre todo en artropatías inflamatorias crónicas.
b) Se conocen también como cruces de Malta por su morfología en el microscopio de luz polarizada.
c) Suelen aparecer en personas con hipercolesterolemia familiar severa.
d) a) b) y c) son correctas.

339. El tratamiento no farmacológico de las EspA contempla evitar el hábito tabáquico porque:

a) Aumenta la progresión radiográfica.
b) Junto con el ejercicio regular y la educación del paciente forma parte de la piedra angular del tratamiento no farmacológico.
c) Disminuye la respuesta de la terapia biológica.
d) a) b) y c) son correctas.

340. La gota es secundaria al depósito crónico de cristales de urato monosódico. Para que se produzca este depósito es necesaria la persistencia de un estado prolongado de hiperuricemia. ¿Cuál es cierta respecto a la hiperuricemia?

a) Se considera hiperuricemia niveles que superen el punto de saturación del urato en plasma. Este es de 6 mg/dl.
b) La causa principal de hiperuricemia es la secundaria a hiperproducción de ácido úrico por origen exógeno.
c) Los principales genes asociados a la hiperuricemia por hipoexcreción son el FPR2, el Fsm6 y el MaCy.
d) El gen ABCG2 se asocia a hipoactividad de los trasportadores de urato intestinal.

341. ¿Cuál es FALSA respecto a la fisiopatogenia de los episodios de inflamación aguda de la gota?

a) Es mediada por IL-1, por este motivo el tratamiento con bloqueadores de la IL-1 es tan efectiva.
b) La IL-6 también es imprescindible, por esto el tratamiento con tocilizumab es muy efectivo.

c) Los cristales de urato monosódico tienen la capacidad de activar el inflamasoma NLRP3.
d) Los cristales de pirofosfato cálcico también tienen la capacidad de activar al inflamasoma NLRP3.

342. Respecto al tratamiento reductor de la uricemia en enfermos con gota:

a) El impacto de las medidas dietéticas sobre la uricemia es muy importante. Si además añadimos que los gotosos suelen tener muchas comorbilidades será lógico pensar que los cambios higiénico-dietéticos son la principal arma reductora de la uricemia de la que disponemos.
b) La dosis máxima de alopurinol aprobada en España es de 600 mg/día.
c) La asociación febuxostat-alopurinol es muy potente y bien tolerada, por lo que se aconseja en enfermos refractarios a febuxostat o alopurinol en monoterapia.
d) El HLA-B*58:01 se asocia a un mayor riesgo de síndrome de hipersensibilidad al alopurinol.

343. En la artritis psoriásica (APs) el metotrexato, la leflunomida y la sulfasalazina son los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) convencionales más utilizados. Señala la correcta:

a) El metotrexato tiene efecto en la progresión radiográfica.
b) El metotrexato dispone de poca evidencia en su eficacia en APs.
c) La sulfasalazina es en nuestro medio el FAME más utilizado en práctica clínica en APs.
d) La leflunomida es eficaz en la artritis y en la psoriasis como lo es la ciclosporina.

344. ¿Cuál es cierta respecto a la enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico (CPPD)?

a) La presentación más habitual es la condrocalcinosis asintomática.
b) En la mayoría de los casos se desconoce la causa de la CPPD, pero se ha asociado a hipomagnesemia, hipoparatiroidismo, hiperfosfatasia y toma de bifosfonatos.
c) En casos seleccionados la eliminación de los cristales será el tratamiento de elección ya que así, al quitar el elemento patógeno, “curamos” la enfermedad.
d) a) b) y c) son correctas.

345. ¿Cuál es cierta sobre la gota?

a) La colchicina es el primer tratamiento de elección para los ataques de gota.
b) Debe evitarse iniciar el tratamiento reductor de la uricemia durante los ataques de gota ya que los puede empeorar. Se esperará entre 15 y 30 días tras el ataque para iniciar alopurinol o febuxostat en los casos en que sea necesario.
c) Es la atropatía inflamatoria más prevalente en España.
d) a) b) y c) son correctas.

346. La artrosis con síntomas está siempre asociada a algún grado de alteración sinovial. ¿Cuál de los siguientes tipos NO es típico de la artrosis?

a) Hiperplásica.
b) Rica en detritus.
c) Inflamatoria.
d) a) b) y c) son típicas de la artrosis con síntomas.

347. ¿Cuál es FALSA respecto a la artrosis?

a) Suele afectar a C5-C6 y C6-C7.
b) Suele provocar dolor discogénico.
c) Nunca provoca el denominado síndrome facetario.
d) La afectación atloaxoidea es poco frecuente.

348. ¿Cuál es FALSA respecto a la artrosis?

a) El tabaco predispone a padecer artrosis.
b) El sobrepeso predispone a padecer artrosis.
c) Los movimientos repetitivos predisponen a padecer artrosis.
d) La genética contribuye entre un 25 y un 35% al riesgo de desarrollar artrosis.

349. Según los recientes datos de EPISER, ¿las localizaciones más prevalentes con artrosis son?

a) Columna lumbar, columna cervical y mano.
b) Columna lumbar, rodilla y cadera.
c) Columna lumbar, rodilla y mano.
d) Columna lumbar, columna cervical y rodilla.

350. ¿Cuál es cierta respecto a la artrosis?

a) Las radiculopatías lumbares L3-L4 son las más prevalentes.
b) En enfermos caucásicos la prevalencia de artrosis es mayor que en afroamericanos.
c) En la actualidad no hay pruebas analíticas que permitan diagnosticar o cuantificar la actividad de la artrosis.
d) La artrosis dorsal es frecuente y suele provocar dolor y discapacidad.

351. En relación al control de la gestación en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) En pacientes con lupus eritematoso sistémico se recomienda el uso de hidroxicloroquina durante todo el embarazo, si no hay contraindicaciones previas.
b) Se recomienda evaluar la positividad para los anticuerpos anti-Ro/SSA y anti-La/SSB previo al embarazo o al inicio del mismo, y posteriormente una vez al trimestre.
c) En pacientes gestantes con esclerosis sistémicas y afectas de una crisis renal esclerodérmica activa durante el embarazo, el uso de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) está recomendado.
d) En pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas se recomienda alcanzar la remisión o, en su defecto, un estado de actividad mínima antes de intentar la concepción.

352. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto a los criterios clasificatorios 2019 EULAR/ACR de Lupus Eritematoso Sistémico (LES)?

a) La positividad de ANA ya no es necesario para clasificar como LES.
b) Se compone de 7 dominios clínicos y 3 inmunológicos ponderados.
c) Para clasificar a un paciente se necesita alcanzar 10 puntos o más, incluyendo al menos un criterio clínico.
d) La presencia de niveles bajos de C3 y C4 puntúa más alto que la presencia de niveles bajos de C3 o de C4 de forma aislada.

353. En la prevención de infecciones en enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS), ¿cuál de las siguientes recomendaciones es FALSA?

a) Se recomienda la profilaxis de infección por Pneumocystis jirovecii con trimetoprim-sulfametoxazol en los pacientes con ERAS tratados de forma continuada con glucocorticoides (≥ 20 mg/día).
b) Se recomienda vacunar frente al Streptococcus pneumoniae a todos los pacientes con ERAS ya que, aunque confiere una inmunogenicidad discretamente menor en comparación con individuos sanos, es suficientemente efectiva y segura.
c) En pacientes con LES, se recomienda la vacunación frente al virus de la gripe, con la vacuna de las cepas AH1N1, AH3N2 y virus de la influenza B, preferiblemente sin adyuvante.
d) En relación con la vacunación frente al virus de la gripe, en pacientes con ERAS se sugiere el empleo de una segunda dosis de refuerzo, al cabo de 3-4 semanas de la primera, si reciben terapia inmunosupresora, especialmente si han recibido rituximab los 3 meses previos.

354. Respecto a la etiopatogenia de la artrosis señale la respuesta FALSA:

a) Los macrófagos son las células predominantes en la sinovial de los pacientes con artrosis.

b) El ácido hialurónico es la sustancia del líquido sinovial que proporciona viscosidad, pero requiere de una proteína mucinosa llamada lubricina.
c) El cartílago se deshincha a medida que la red de colágeno pierde consistencia, así los proteoglicanos hidrófugos expulsan el agua interior.
d) El cartílago tiene una capacidad limitada de reparación, y una vez que el colágeno se degrada y se pierde, prácticamente no se reemplaza.

355. Señale la respuesta verdadera en cuanto a la artrosis de manos:

a) La artrosis de manos no se asocia a una mayor incidencia de gonartrosis o coxartrosis.
b) Hay dos tipos clínicos de artrosis de manos, la forma nodal y la erosiva. Ambos tipos son mutuamente excluyentes.
c) En la artrosis erosiva la inflamación y el dolor tienden a autolimitarse, con un compromiso funcional y de movilidad discreto.
d) La afectación de la articulación trapeciometacarpiana acostumbra a ser más sintomática y limitante que la afectación en las interfalángicas.

356. ¿Qué es el índice de Lequesne?

a) Es un índice compuesto que evalúa el dolor y la capacidad funcional y se obtiene con la cumplimentación de un breve cuestionario. Está validado para su uso en artrosis de cadera y de rodilla.
b) Es un índice compuesto que evalúa el dolor, la capacidad funcional y la rigidez y se obtiene con la cumplimentación de un breve cuestionario. Está validado para su uso en artrosis de manos, de cadera y de rodilla.
c) Es un índice compuesto que evalúa el dolor, la capacidad funcional y la rigidez y se obtiene con la cumplimentación de un breve cuestionario. Está validado para su uso en artrosis de mano y de rodilla.
d) Es un índice compuesto que evalúa el dolor y la rigidez y se obtiene con la cumplimentación de un breve cuestionario. Está validado para su uso en artrosis de cadera y de rodilla.

357. La artritis reactiva (ARe) es una afectación inflamatoria articular aséptica en pacientes genéticamente predispuestos, que presentan una infección en un órgano distante. Señale la opción FALSA:

a) En el caso de la ARe clásica por Chlamydia, la infección intracelular persiste en el interior de los monocitos, produce una transferencia de estos monocitos a las articulaciones y queda como una infección crónica en los fibroblastos sinoviales.
b) Los patógenos gastrointestinales como la Salmonella, persisten en la capa submucosa del intestino y se transfieren hasta las articulaciones a través de la circulación sanguínea. Una vez se depositan en los fibroblastos sinoviales se degradan rápidamente, pero de manera defectuosa. Se quedan así productos bacterianos que se convierten en fuente de antígenos dentro de las articulaciones que activan los linfocitos T.

c) Otros patógeno de ARe menos frecuentes, como el bacilo de Calmette-Guérin, producen una invasión de células locales asesinas o natural killer (NK) que pueden transferirse a las articulaciones y hacer aparecer la artritis.
d) Tras la pandemia sufrida en el 2020 se han descrito casos de ARe por síndrome respiratorio agudo severo causado por SARS-CoV-2. En la fase aguda, durante la eliminación del virus este se acantona en los neutrófilos, que viajan hasta la articulación donde producen una artritis.

358. El síndrome clínico de artritis, uretritis, conjuntivitis y lesiones mucocutáneas se reconoce como artritis reactiva (ARe). El diagnóstico se puede complicar por el polimorfismo clínico debido a los diferentes agentes implicados. Señale la opción correcta:

a) La artritis suele ser oligoarticular, asimétrica, de predominio en las extremidades inferiores, con más frecuencia en el tobillo (hasta el 50%) y afectando a la fascia plantar y el tendón de Aquiles.
b) La afectación axial en forma de lumbalgia inflamatoria y sacroilitis aparece hasta en el 50% de los casos, con frecuente afectación radiográfica, y se asocia a la presencia de HLA-B27 y mayor cronicidad.
c) Dentro de las manifestaciones sistémicas puede aparecer pericarditis en la fase aguda del cuadro.
d) a) b) y c) son correctas.

359. Entre los factores de riesgo para desarrollar una artritis séptica, ¿cuál es el factor MENOS importante?

a) Infiltraciones articulares previas.
b) Preexistencia de una enfermedad articular.
c) Edad superior a 80 años.
d) Diabetes mellitus.

360. En cuanto a las características de la artritis inflamatoria secundaria al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), señale la opción correcta:

a) Es frecuente la presencia de entesopatías asociadas a la artritis inflamatoria.
b) La aparición de poliartritis simétrica puede simular una artritis reumatoide, con presencia de deformidades equivalentes, incluyendo la desviación cubital y la artropatía de Jaccoud.
c) La aparición de artritis asociada al VIH ocurre principalmente en fases agudas tras la introducción del tratamiento antirretroviral (TAR).
d) El líquido sinovial suele ser muy inflamatorio con más de 50.000 células/µL, con glucosa normal o ligeramente baja y el cultivo estéril.

361. Señale la opción FALSA respecto a las infecciones osteoarticulares por hongos:

a) Debido al incremento de los tratamientos inmunosupresores en las últimas décadas, el número de infecciones fúngicas que afectan al sistema musculoesquelético se ha incrementado.
b) El sistema musculoesquelético puede ser infectado por hongos por dos mecanismos principales: por diseminación hematógena o por contigüidad en relación a intervenciones quirúrgicas o administración de medicación parenteral.
c) En la mayoría de los casos el tratamiento médico con antifúngicos es suficiente, pero en un número reducido de casos será necesaria la retirada de material infectado y el uso local de material impregnado de antifúngicos.
d) En los casos de que no se pueda retirar el material protésico, el tratamiento farmacológico supresivo o crónico es la alternativa para evitar la recaída de la infección.

362. La Candida es la especie fúngica más frecuente en las infecciones osteoarticulares. Señale la opción correcta:

a) Se ha observado un incremento de especies de Candida no albicans spp. en los últimos años de forma paralela al tratamiento inmunosupresor y del consumo de antifúngicos.
b) La osteomielitis por Candida spp. afecta a los huesos largos en adultos y a los cuerpos vertebrales en niños.
c) La principal causa de recurrencia es el no poder mejorar el estado inmunológico del paciente.
d) a) b) y c) son correctas.

363. Respecto a las comorbilidades de la gota, señale la opción INCORRECTA:

a) La presencia de gota puede ser un factor predisponente para padecer enfermedades neurológicas como la enfermedad de Alzheimer o el Parkinson.
b) Hay datos que relacionan la gota con enfermedades metabólicas (como la diabetes mellitus), con el metabolismo óseo (como la osteoporosis), y con enfermedades urológicas (como la disfunción eréctil).
c) Numerosos datos relacionan la hiperuricemia y el empeoramiento de enfermedades renales, principalmente por el depósito de cristales de urato monosódico en la medula renal.
d) a) y b) son incorrectas.

364. Clásicamente se ha considerado la gota como una enfermedad crónica, pero en la actualidad el concepto ha cambiado y se toma como curable. En relación a la terapia reductora de uricemia señale la opción correcta:

a) Tanto el alopurinol como el febuxostat presentan interacciones farmacológicas con azatioprina y 6-mercaptopurina. Pero el riesgo de hipersenbilidad cutánea con el

febuxostat es menor que con el alopurinol, por lo que es una alternativa en caso de aparecer dicha reacción con alopurinol.

b) En ficha técnica febuxostat está desaconsejado en pacientes con gota y antecedentes de enfermedad cardiovascular reciente. Se debe a los episodios cardiovasculares detectados durante el desarrollo del fármaco y tras los datos del ensayo FAST.
c) Los uricosúricos, como la benzbromarona, incrementan la excreción renal de urato y pueden favorecer el desarrollo de litiasis. Para evitarlo es preciso alcalinizar de forma dirigida la orina de estos pacientes.
d) La rasburicasa es una formulación de uricasa recombinante pegilada con mejor inmunogenicidad que la pegloticasa.

365. La enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico se ha asociado con múltiples enfermedades metabólicas menos a una de las siguientes. Señale la INCORRECTA:

a) Hiperparatiroidismo primario.
b) Hemocromatosis.
c) Hipofosfatasia.
d) Diabetes mellitus.

366. La clasificación de cada paciente en función de su riesgo de fractura es necesaria para decidir si está indicado iniciar tratamiento farmacológico. Se consideran factores de riesgo muy alto en osteoporosis postmenopaúsica los siguientes, EXCEPTO:

a) Fractura mientras está en tratamiento osteoporótico.
b) Fractura de cadera y DMO Tscore < -2.5 DE.
c) Posibilidad de fractura de cadera medido por FRAX de < 3%.
d) Presencia de una fractura vertebral y de radio distal con DMO Tscore < -2.5 DE.

367. La medida de la densitometría ósea (DMO) se puede utilizar para el diagnóstico de la osteoporosis, para estimar el riesgo de fractura y el control de los cambios durante el seguimiento clínico. Señale la opción correcta:

a) Alrededor de la mitad de las fracturas por fragilidad se producen en pacientes que no presentan osteoporosis densitométrica.
b) La utilidad clínica de la medida de la DMO no es dependiente de la calidad técnica de la medida realizada.
c) Por cada desviación estándar (DE) de descenso de la DMO en cadera, se produce un incremento aproximado de 5 veces el riesgo de una fractura de cadera.
d) Si el análisis de la estructura trabecular de las vértebras (trabecular bone score-TBS) es bajo incrementa el riesgo de fractura de forma dependiente a la DMO.

368. La aproximación del tratamiento por objetivos es útil en muchos pacientes y ayuda a explicar las decisiones clínicas. ¿Cuál de los siguientes fármacos o combinación

de fármacos produce un mayor cambio en la medida de densitometría ósea de la cadera total?

a) Denosumab durante 10 años.
b) Teriparatida 24 meses, seguida por denosumab 24 meses.
c) Romosozumab 12 meses, seguido por alendronato 24 meses.
d) Romosozumab 12 meses, seguido por denosumab 24 meses.

369. En cuanto a la enfermedad ósea de Paget (EOP), señale la opción FALSA:

a) Los factores ambientales que pueden producir la EOP son las infecciones víricas producidas por el grupo de los paramixovirus.
b) Las mutaciones genéticas que pueden producir la enfermedad se han detectado con mayor frecuencia en el secuestosoma-1.
c) La enfermedad comienza con un exceso de actividad osteoblástica seguida de forma compensatoria de un incremento de actividad osteoclástica.
d) La prevalencia de la EOP ha disminuido en las últimas décadas en más de un 50%.

370. Las indicaciones de tratamiento farmacológico de la enfermedad ósea de Paget (EOP) se basan en la experiencia y en las normas de los comités de expertos. ¿Cuál de las siguientes circunstancias NO sería indicación de tratar?

a) Dolor óseo.
b) Deformidad progresiva de huesos largos.
c) Hipercalcemia durante la inmovilización prolongada.
d) Después de la cirugía ortopédica del hueso pagético.

371. La acidosis tubular renal es una de las posibles causas de osteomalacia hipofosfatémica. Se subdivide en 4 tipos, ¿cuál es el tipo que se asocia con más frecuencia a la osteomalacia hipofosfatémica?

a) Acidosis tubular renal distal (tipo I).
b) Acidosis tubular renal proximal (tipo II).
c) Acidosis tubular renal mixta (tipo III).
d) Acidosis tubular renal hiperpotasémica (tipo IV).

372. ¿Cuál es la alteración radiológica más característica, aunque no específica, de la osteomalacia?

a) La presencia de seudofracturas o líneas de Looser-Milkman.
b) Osteopenia difusa con adelgazamiento cortical sin alteraciones focales definidas.
c) Áreas parcheadas de esclerosis y engrosamiento cortical con deformidad ósea localizada.
d) Reabsorción subperióstica en falanges y clavículas con patrón moteado trabecular.

373. La osteodistrofia renal puede presentar un alto o bajo remodelado óseo. ¿Qué NO cabría esperar dentro de las formas de presentación de alto remodelado?

a) Son más frecuentes en jóvenes.
b) Aparecen en pacientes con menor tiempo en diálisis.
c) Son más frecuentes en la raza negra.
d) Las formas leves cursan asintomáticas.

374. La osteonecrosis o necrosis vascular se define por la muerte de los constituyentes del hueso y de la médula ósea por causa isquémica. Señale la característica que se asocia a esta entidad:

a) Se suele utilizar el término infarto óseo para las localizaciones epifisarias y subarticulares, mientras que para las metafisarias y diafisarias se usa el término osteonecrosis.
b) En el adulto las localizaciones más frecuentes son las vertebrales, la cabeza femoral y la cabeza húmeral.
c) En los casos de osteonecrosis de la cabeza femoral producidos por traumatismos se debe con más frecuencia a una lesión de la arteria circunfleja medial.
d) Si se opta por tratamiento quirúrgico, sólo en el caso de haber realizado un injerto, se requiere un período de descarga postoperatorio de 6-12 semanas.

375. Acude a la consulta una mujer de 65 años con un dolor neuropático en el tercio distal de la extremidad superior derecha. Tras realizar una anamnesis y una exploración física detallada sospecha que se trata de un síndrome doloroso regional complejo (SDRC). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se correlaciona con dicho diagnóstico?

a) Lo más probable es que el cuadro actual se haya desencadenado por un traumatismo de alto impacto y muy grave en la extremidad superior derecha.
b) El dolor en la extremidad ha mejorado de manera significativa en los últimos 4 meses, por lo que podríamos clasificar el cuadro en un estadio evolutivo de SDRC frío.
c) Realizar una radiografía de la extremidad en una fase precoz ayuda en el diagnóstico, ya que los hallazgos son específicos.
d) Si se completa el estudio con una resonancia magnética esperaríamos encontrar un edema medular óseo y un aumento de la captación de contraste en la piel y en la zona intraarticular.

376. A un paciente diagnosticado de síndrome doloroso regional complejo (SDRC) NO se le plantearía una de las siguientes opciones de tratamiento:

a) El tratamiento rehabilitador debe ser precoz, global y abarcar a todo el miembro afectado.
b) La intervención psicológica debe ser precoz, ya que la presencia de disfunciones psicológicas (como trastornos emocionales) contribuyen tanto al desarrollo como al mantenimiento del SDRC.
c) Los bifosfonatos han demostrado eficacia en la reducción de la alodinia y la hiperalgesia.
d) Los antagonistas del calcio como nifedipino han demostrado reducir el dolor relacionado con la alteración vascular.

377. Ante la sospechade un cuadro de osteoporosis regional migratoria, NO se debe tener en cuenta como una característica habitual en su presentación:

a) Suele aparecer con mayor frecuencia en personas de entre 20-30 años.
b) La primera articulación involucrada con más frecuencia es la cadera.
c) Los marcadores de remodelado óseo no son de utilidad en el diagnóstico.
d) La remineralización completa de las áreas afectadas puede prolongarse durante 2 años.

378. En contexto de la enfermedad de Ollier o del síndrome de Maffuci, ¿qué tipo de tumores óseos formadores de cartílago espera encontrar?

a) Condroblastomas.
b) Encondromas.
c) Encondromatosis sinovial.
d) Condromatosis sinovial.

379. Si radiográficamente se describen lesiones óseas de tipo osteoblástico sugestivas de metástasis óseas, ¿en qué tipo de tumor primario debería pensar?

a) Cáncer de tiroides.
b) Cáncer renal.
c) Cáncer de vejiga.
d) Cáncer de pulmón.

380. Si sospecha que un paciente padece una osteoartropatía hipertrófica, espera encontrar los siguientes hallazgos EXCEPTO uno:

a) Acropaquias en manos y pies.
b) Dolor óseo tibial o femoral.
c) Periostitis y engrosamiento de la cortical de huesos largos.
d) El líquido sinovial suele presentar características inflamatorias.

381. ¿La fascitis palmar con poliartritis qué tipo de cáncer se asocia con más frecuencia?

a) Cáncer de ovario.
b) Cáncer de próstata.
c) Cáncer de riñón.
d) Cáncer de pulmón.

382. Señale la respuesta FALSA en relación a la sarcoidosis:

a) La sarcoidosis presenta una distribución universal con dos picos de incidencia, entre los 20-40 años y alrededor de los 65 años.
b) En cuanto a la epidemiología existe una diversidad interracial: la población caucásica se ve tres veces más afectada, con un carácter más agudo y grave en comparación con la población negra.
c) La enzima convertidora de la angiotensina puede estar elevada hasta en el 40-90% de pacientes, sobre todo en pacientes con sarcoidosis crónica no tratada.
d) En la sarcoidosis se produce una reacción inmune anómala como respuesta a un desencadenante antigénico desconocido, en la que intervienen distintas estirpes celulares: linfocitos T (predominantemente CD4+), macrófagos, células presentadoras de antígeno, células epitelioides, células gigantes multinucleadas y fibroblastos, así como múltiples citocinas y quimiocinas.

383. La sarcoidosis se caracteriza por una gran variedad fenotípica en la que se puede ver afectado cualquier órgano. Indique la respuesta verdadera:

a) La manifestación menos frecuente (45%) es la enfermedad pulmonar intersticial, que afecta especialmente a los campos pulmonares superiores y medios de forma bilateral y simétrica.
b) La inflamación granulomatosa de los ganglios linfáticos es la afectación órgano-específica más frecuente de la sarcoidosis (75%) y, en la mayoría de los casos cursa de manera sintomática.
c) Las arritmias malignas de origen ventricular constituyen la primera causa de muerte.
d) Con frecuencia los cuadros son asintomáticos y, en el 50% de los casos, el diagnóstico es incidental tras la observación de adenopatías hiliares bilaterales de forma casual mediante una radiografía de tórax.

384. Las pruebas de imagen son fundamentales en la evaluación del paciente con sarcoidosis, especialmente en tres escenarios clínicos diferenciados: afectación torácica, afectación extratorácica en un órgano específico y afectación multiorgánica sistémica. Señale la respuesta FALSA:

a) La clasificación radiológica más utilizada hasta la actualidad para la afectación pulmonar de la sarcoidosis en distintos estadios ha sido la propuesta por Scadding.
b) El TAC de alta resolución es útil para evaluar con precisión la afectación del parénquima pulmonar y del mediastino.
c) Gammagrafía con bifosfonatos marcados con tecnecio 99: se han descrito dos signos o patrones muy característicos: el patrón de “oso panda” por la captación de isótopo en las glándulas parótidas y lagrimales y el “patrón lambda” por la

hipercaptación del marcador en hilios pulmonares y en la cadena ganglionar paratraqueal.

d) El 18F-FDG-PET-TAC ha supuesto un gran avance para una evaluación sistémica de la enfermedad.

385. En un estudio ecógrafico, ¿Cuál de las siguiente afirmaciones es cierta?

a) La entesopatía se define como un tendón engrosado y anormalmente hipoecoico.
b) Los ultrasonidos se propagan bien a través del hueso.
c) El cartílago articular se ve como una imagen hiperecogénica.
d) El derrame articular es muy difícil de valorar y delimitar mediante ecografía.

386. La intensidad de la señal en la resonancia magnética del líquido sinovial es:

a) Isointensa en T1 e hipointensa en T2.
b) Hiperintensa en T1 e hipointensa en STIR.
c) Isointensa en T1 e hiperintensa en T2.
d) Hiperintensa en T1 y en T2.

387. ¿En cuál de las siguientes estructuras anatómicas la intensidad de la señal en la resonancia magnética es hipointensa en T1 y en T2?

a) Tendón. CORRECTA
b) Grasa. NO, hiper T1 e hiper T2
c) Cartílago. Intermedio T1 e intermedio T2
d) Músculo. Hipo T1 e hiper T2

388. ¿En cuál de los siguientes procesos la gammagrafía no es la técnica recomendada?

a) Extensión de la enfermedad de Paget.
b) Sospecha de sacroilitis.
c) Metástasis óseas.
d) En los tres casos enunciados es la técnica recomendada.

389. ¿Cuál de los siguientes es el mecanismo por el que actúan los antiinflamatorios no esteroideos?

a) Inhibiendo la liberación de ácido araquidónico de los fosfolípidos de la membrana plasmática.
b) Inhibiendo la oxidación del ácido araquidónico a eicosanoides.
c) Actuando sobre la vía de la P450 epoxigenasa y sobre la prostaglandina- endoperoxidosintetasa.
d) Inhibiendo la fosfolipasa A.

390. ¿Cuál de los siguientes fármacos se puede utilizar durante el embarazo?

a) Micofenolato.
b) Azatioprina.
c) Ciclofosfamida.
d) Ninguno de los tres fármacos se puede utilizar durante el embarazo.

391. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a) La dosis de abatacept IV es 5 mg/Kg cada 4 semanas.
b) La dosis de abatacept IV es 10 mg/Kg cada 4 semanas
c) La dosis de certolizumab es 200 mg sc cada 2 semanas.
d) En ocasiones se puede realizar una pauta de inducción con certolizumab con 400 mg la semana 0, 2 y 4.

392. Con respecto al Belimumab ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) Se utiliza por vía IV en una dosis 10 mg/Kg los días 0, 14, 28 y después cada 4 semanas.
b) Se utiliza por vía IV en una dosis 5 mg/Kg los días 0, 14, 28 y después cada 4 semanas.
c) Es un anticuerpo monoclonal humano Ig2.
d) Se utiliza por vía IV en una dosis 20 mg/Kg cada 4 semanas.

393. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la oxicodona es cierta?

a) La vida media es de 2-3 horas.
b) Se administra en dosis de 30 a 60 mg cada 6 horas.
c) La vida media es de 6-8 horas.
d) Se administra en dosis de 30 a 60 mg cada 8 horas.

394. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tramadol es falsa?

a) En formas de liberación prolongada se puede administrar 100 mg v.o. 1 vez al dia.
b) 150-300 mg de tramadol v.o. equivalen a 5-10 mg de morfina v.o.
c) El tramadol tiene un efecto mixto de agonista opiáceo muy débil e inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina.
d) 150-300 mg de tramadolv.o. equivalen a 30-60 mg de morfina v.o.

395. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la radiosinovectomia y sobre la inyeccion intraarticular con ácido hialuronico es falsa?

a) El erbio 169 se utiliza para articulaciones MCFs e IPs

b) El ácido hialuronico de bajo peso molecular tiene 0,5-1,2 millones de Dalton. Correcta
c) El renio 186 es un beta emisor puro. ()
d) El renio 186 se utiliza para las articulaciones del codo, tobillo y muñeca.

396. Con respecto a medios físicos utilizados en rehabilitación, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) El TENS es una electroterapia.
b) Las ondas de choque están constituidas por radiaciones electromagnéticas de alta frecuencia.
c) El láser que se utiliza en aparato locomotor es de alta intensidad.
d) La onda corta y las microondas son radiaciones electromagnéticas de baja frecuencia.

397. Con respecto a la cirugía de las lesiones condrales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a) El trasplante autólogo se realiza según la técnica de mosaicoplastia.
b) Para el trasplante de lesiones muy extensas se utilizan los aloinjertos.
c) Los trasplantes autólogos se realizan cuando la extensión no es superior a 2-3 cm2.
d) El trasplante autólogo se realiza en lesiones no superiores a los 10 cm2.

398. ¿Cuál de los siguientes fármacos no es un ANTI IL-1?

a) Canakinumab.
b) Clazakizumab.
c) Anakinra.
d) Rilonacept.

399. Para clasificar a un paciente como artritis reumatoide según los criterios ACR/EULAR de 2010, además de sinovitis en una articulación no explicada por otra enfermedad, es necesario una puntuación igual o superior a 6. ¿cuál de estas puntuaciones es incorecta?

a) ACPA y FR positivos a titulo alto: 2 puntos.
b) PCR o VSG elevados: 1 punto.
c) Duración de los síntomas igual o superior a 6 semanas: 1 punto.
d) 2-10 articulaciones grandes: 1 punto.

400. ¿Cuál de los siguientes mecanismos de los siguientes fármacos no es correcto?

a) El tofacitinib es un antagonista de las tirosincinasas de la familia Jak/STAT.
b) El denosumab es un antagonista del RANKL.

c) El abatacept actúa interfiriendo la unión de los ligandos al receptor CD20.
d) El tocilizmab se une de forma específica a los receptores de IL-6 tanto solubles como de membrana.

401. Para clasificar a un paciente como espondiloartritis periferica según los criterios asas es necesario que el paciente inicie los síntomas antes de los 45 añosy que tenga artritis o entesitis o dactilitis junto con al menos uno de los siguientes criterios:

a) Historia familiar de espondiloartritis.
b) Elevación de PCR.
c) Dolor lumbar inflamatorio.
d) Uveítis.

402. El MSASSS es un instrumento de valoración del daño radiográfico en las espondiloartritis que se caracteriza por:

a) Valorar la columna cervical desde la porción inferior de C2 hasta la parte superior de T1 y la columna lumbar desde la parte inferior de T12 al platillo superior de S1.
b) Valora la columna cervical desde la porción inferior de C2 hasta la parte superior de C6 y la columna lumbar desde la parte inferior de T12 al platillo superior de L5.
c) Se asigna una puntuación de acuerdo con la siguiente escala: 0 (normal), 1 (erosión, cuadratura, sindesmofito). F score 0-3
d) Se asigna una puntuación de 0 a 10 según el grado de daño radiográfico.F—score 0-72

403. ¿Cuálde las siguientes afirmaciones sobre el síndrome antifosfolípido es falsa?

a) La valvulopatía cardiaca es muy frecuente y puede presentarse hasta en el 50% de los pacientes.
b) La asociación de accidente cerebrovascular isquémico y livedo reticularis recibe el nombre síndrome de Sneddon.
c) La manifestación cutánea más frecuente es el fenómeno de Raynaud.
d) La localización de trombosis arterial más frecuente son las arterias intracraneales.

404. Para clasificar a un paciente como síndrome antifosfolípido catastrófico es necesario reunir 4 criterios. ¿cuál de los siguientes no es uno de los 4 criterios?

a) Evidencia clínica de afectación de 3 o más órganos, sistemas y/o tejidos.
b) Desarrollo de trombosis venosa masiva.
c) Desarrollo de manifestaciones de forma simultánea o en menos de 1 semana.
d) Confirmación histopatológica de la oclusión de pequeño vaso en al menos 1 órgano o tejido.

405. El síndrome por aceite tóxico (Toxic oil syndrme) es un síndrome esclerodermiforme inducido. ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) Su característica fundamental fue un síndrome esclerodermiforme como forma de inicio de la enfermedad.
b) El estudio histopatológico mostraba una infiltración eosinofílica en dermis y fascia así como inflamación perineural indistinguible del síndrome de mialgia-eosinofilia.
c) Algunos pacientes desarrollaron una neumonitis atípica en los 6-12 meses después del inicio de la enfermedad.
d) La enfermedad se presentó de forma simultánea en varios países y siempre relacionada con intoxicación por aceite adulterado con anilinas.

406. Se han descrito síndromes esclerodermiformes asociados a diferentes agentes, pero no a ¿cuál de los siguientes?

a) Claritromicina.
b) Pentazocina.
c) Tricloroetileno.
d) Bleomicina.

407. ¿Cuál de los siguientes aspectos no es sugestivo de la miositis por cuerpos de inclusión?

a) Debilidad muscular distal y proximal.
b) Afectación de los flexores de los dedos, muñecas y cuádriceps.
c) Presentación en adolescentes.
d) Evolución lentamente progresiva.

408. Con respecto a las manifestaciones extraglandulares del síndrome de Sjogren (SS), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a) La afectación renal más frecuente es la nefritis intersticial o la acidosis tubular.
b) La vasculitis se presenta en torno al 10% de los casos y generalmente es una vasculitis leucocitoclástica.
c) La afectación del sistema nervioso más frecuente es una neuropatía periférica.
d) La afectación pulmonar más frecuente es la neumopatia intersticial linfocítica.

409. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto de los síndromes de superposición del tejido conectivo?

a) En el síndrome de Reynolds se detectan anticuerpos antimitocondriales y en la capilaroscopia alteraciones de esclerodermia.
b) Un aspecto típico del síndrome antisintetasa en la presencia de esclerodermia.
c) En el síndrome antisintetasa se puede apreciar miopatía inflamatoria y fibrosis pulmonar.
d) Los anticuerpos anti Jo-1 se detectan en el síndrome antisintetasa.

410. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones no es sugestiva de la enfermedad indiferenciada del tejido conectivo?

a) Aftosis oral recurrente.
b) Trombocitosis.
c) Neuropatía periférica.
d) Exantema malar.

411. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio para la clasificación de la enfermedad de Takayasu (ACR 1990)?

a) Inicio de la enfermedad después de los 40 años.
b) Pulso braquial disminuido.
c) Soplo audible en la auscultación de las arterias subclavias o de la aorta abdominal.
d) Discrepancia de la presión arterial diastólica en ambos brazos superior a 10 mmHg.

412. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la histopatología de la arteritis de la temporal es falsa?

a) Existe un infiltrado inflamatorio que ocupa la pared vascular.
b) En el infiltrado inflamatorio se observan frecuentemente macrófagos y células multinucleadas.
c) El infiltrado de células T está constituido fundamentalmente por CD8.
d) Es característica la rotura de la lámina elástica interna de la pared vascular.

413. ¿Cuál de los siguientes aspectos diferenciales entre la poliarteritis nodosa y la poliangeitis microscópica es falso?

a) La glomerulonefritis rápidamente progresiva se presenta solo en la poliangeítis microscópica.
b) La hemorragia pulmonar se presenta fundamentalmente en la poliangeítis microscópica.
c) La neuropatía periférica se presenta solo en la poliarteritis nodosa.
d) La vasculitis renal se presenta solo en la poliarteritis nodosa.

414. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio para la clasificación de un paciente como púrpura de Henoch-Schonlein?

a) No haber recibido una medicación antes del comienzo de la enfermedad que pudiera ser un factor precipitante.
b) Edad de comienzo inferior a los 50 años.
c) Isquemia intestinal incluyendo diarrea con sangre.
d) Hematuria.

415. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el síndrome de actividad macrofágica es falsa?

a) Una característica típica es la poliartritis.
b) Es característica la fiebre alta y continua, no controlable con antitérmicos.
c) En la hematimetría se aprecia leucopenia y trombocitopenia.
d) Los síntomas del sistema nervioso central (desorientación, convulsiones y coma) son muy típicos.

416. Con respecto a la uveítis crónica asociada a las formas oligoarticulares con ana positivo de la artritis idiopática juvenil, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es Falsa?

a) Afecta fundamentalmente a la cámara anterior del ojo (iris y cuerpo ciliar).
b) Tiene un comienzo insidioso con pocos o ningún síntoma.
c) Puede presentar complicaciones: calcificaciones corneales, cataratas, glaucoma y ceguera.
d) Se presenta habitualmente en niños con más de 5 años de evolución.

417. ¿Cuál de las siguientes características del síndrome asociado al receptor del TNF alfa (síndromes autoinflamatorios) no es cierta?

a) Se caracteriza por episodios recurrentes de fiebre y dolor abdominal que se pueden acompañar de mialgias, pleuritis o artritis.
b) La amiloidosis es la complicación más importante de la enfermedad.
c) La herencia autosómica recesiva.
d) Las mialgias se corresponden con focos de fascitis monocítica identificable mediante resonancia magnética.

418. Dentro de los síndromes asociados a la criopirina, ¿cuál es la característica fundamental que diferencia el síndrome de Muckle- Wells del síndrome autoinflamatorio inducido por el frio?

a) La uveítis es el aspecto más específico del síndrome autoinflamatorio inducido por el frio.
b) La hipoacusia neurosensorial es el aspecto más específico del síndrome de Muckle-Wells.
c) La meningitis crónica aséptica neutrofilica es el aspecto más específico del síndrome de Muckle-Wells.
d) Entre 30-40% de los pacientes con síndrome autoinflamatorio inducido por el frio desarrolla deformidad articular.

419. ¿Cuáles son las características fundamentales DEpL síndrome de Blau?

a) Trastorno autosómico dominante caracterizado por episodios recurrentes de artritis, lesiones cutáneas purulentas y acné quístico grave.
b) Enfermedad autosómica recesiva caracterizada por dermatitis pustulosa, osteomielitis multifocal y periostitis.
c) Enfermedad autosómica recesiva caracterizada por dermatosis neutrofílica, osteomielitis
multifocal y anemia congénita.
d) Trastorno autosómico dominante caracterizado por inflamación granulomatosa con artritis, uveítis y exantema.

420. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la esporotricosis es falsa?

a) En las formas diseminadas de esporotricosis puede haber en casos raros afectación articular y ósea.
b) La biopsia sinovial muestra una sinovitis granulomatosa.
c) La afectación de los huesos de manos y pies parece ser más frecuente en la esporotricosis que en otras micosis.
d) Se puede apreciar lesiones líticas únicas o múltiples.

421. Respecto a las manifestaciones reumatológicas del virus de la rubeola, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a) Tanto la infección adquirida como la vacuna pueden ocasionar manifestaciones reumatológicas.
b) Los pacientes pueden presentar artralgias con intensa rigidez y artritis.
c) Pude ocasionar osteítis con periostitis.
d) En niños se ha descrito una radiculopatía braquial con intensas disestesias.

422. Algunos virus ocasionan manifestaciones reumatológicas ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a) El parvovirus es un togavirus RNA
b) Las infeccines por el virus de Ross River se han diagnosticado fundamentalmente en Australia y Nueva Zelanda.
c) El viris Sindbis es un alfavirus.
d) El virus Chinkungunya puede ocasionar una poliartris aguda.

423. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la artritis postestreptocócica no es cierta?

a) Los pacientes con la artritis postestreptocócica presentan artritis después de una infección estreptocócica sin cumplir los criterios de Jones de la fiebre reumática. V
b) Se presenta como una mono u oligoartritis aguda asimétrica no migratoria.
c) La artritis es autolimitada y remite sin tratamiento en 1-2 semanas.
d) En ocasiones los pacientes presentan fiebre y un exantema evanescente.

424. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio clínico y radiológico para la clasificación y diagnóstico de la artrosis de rodilla (American College of Rheumatology)?

a) Aumento de la temperatura cutánea en la palpación.
b) Edad superior a los 50 años.
c) Osteofitosis marginal en las radiografías.
d) Crepitación en la movilidad activa.

425. Con respecto a las causas de hiperuricemia primaria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a) La hipoexcrección renal de ácido úrico, primaria o secundaria, supone hasta el 90% de la causa de hiperuricemia en pacientes con gota.
b) Una causa de hiperproducción de ácido úrico es el déficit de fosfofructoaldolasa.
c) Una causa de hipoexcrección de ácido úrico son los polimorfismos de los genes de los
trasportadores tubulares (URAT1, Glut9).
d) La hiperuricemia con hiperproducción de ácido úrico puede ser secundaria a polimorfismos del gen ABCG2.

426. ¿Cuál de las siguientes no es una causa de hiperuricemia secundaria?

a) Tratamiento con ciclosporina.
b) Tratamiento con D-penicilamina.
c) Psoriasis extensa/grave.
d) Hipotiroidismo.

427. En el tratamiento de la osteoporosis con zoledronato, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) Se administra por vía IV una vez al año en una dosis de 5 mg con una perfusión de al menos 15 minutos y correcta hidratación.
b) Se administra por vía IV una vez al año en una dosis de 20 mg con una perfusión de al menos 15 minutos y correcta hidratación
c) Se administra por vía IV una vez al año en una dosis de 30 mg con una perfusión de al menos 15 minutos y correcta hidratación.
d) Se administra por vía IV una vez al año en una dosis de 10 mg con una perfusión de al menos 15 minutos y correcta hidratacion.

428. Se han descrito muchas complicaciones de la enfermedad ósea de paget. ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre dichas complicaciones es falsa?

a) No es raro el desarrollo de estenosis aortica por calcificación valvular.
b) Una complicación muy rara es la hidrocefalia.
c) Una complicación rara (inferior al 0,5%) es el desarrollo de un condrosarcoma.

d) Raramente se puede producir compresión de pares craneales incluyendo neuralgia del trigémino.

429. Respecto a la osteoporosis secundaria señale la respuesta CORRECTA:

a) Los inhibidores de la aromatasa utilizados en el tratamiento del cáncer de mama producen una pérdida de masa ósea anual de aproximadamente 10%.
b) La Bicalutamida -antiandrógeno, que se utiliza como tratamiento del cáncer de próstata, produce una rápida pérdida de masa ósea y aumenta el riesgo de fracturas.
c) La sertralina estimula el osteoclasto, mejorando por lo tanto la masa ósea.
d) La pioglitazona, que se utiliza en el tratamiento de la diabetes tipo II, aumenta el riesgo de osteoporosis y fractura, incluso en pacientes jóvenes.

430. Respecto a los siguientes enunciados, señale el CORRECTO:

a) Diversos estudios de pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con Teriparatida demostraron que ésta última tiene un efecto reparador y/o preventivo en la evolución de las erosiones radiológicas.
b) La mayoría de los pacientes con miopatía hipertiroidea no presentan niveles elevados de creatina quinasa, pero sí anomalías electromiográficas.
c) La hipomagnesemia provocada por una absorción intestinal o reabsorción renal tubular de magnesio defectuosa puede provocar hiperparatiroidismo.
d) La prevalencia de la enfermedad de Paget en población española es de 1,2% de la población mayor de 55 años, y los focos más conocidos están en Castilla la Mancha y Albacete.

431. Respecto a las siguientes afirmaciones, señale la respuesta FALSA:

a) Respecto a la Hemocromatosis: la mutación C282Y es más común en personas de raza blanca.
b) La artritis séptica o septicemia por Yersinia es una complicación poco frecuente que puede presentarse en personas con hemocromatosis debido a la necesidad microbiana de un entorno rico en hierro.
c) La enfermedad de Wilson se hereda como un rasgo autosómico recesivo y afecta aproximadamente a 1 de cada 30.000 personas en la mayoría de las poblaciones.
d) La artropatía de la enfermedad de Wilson se caracteriza por osteoartritis prematura leve de las muñecas, las articulaciones metacarpofalángicas, las rodillas o la columna vertebral.

432. ¿En cuál de las siguientes patologías NO apreciaremos periostitis en las radiografías de manos?

a) Acropaquia tiroidea.
b) Osteoartropatia hipertrófica.

c) Talasemia.
d) Hipoparatiroidismo.

433. Señale la respuesta CORRECTA respecto a la policondritis recidivante:

a) Para su diagnóstico se necesitan mínimamente 4 criterios de los criterios de diagnóstico de McAdam.
b) El síndrome de MAGIC se caracteriza por la superposición de la Policondritis recidivante y dermatosis de Sweet.
c) Se puede asociar a vasculitis hasta en el 30% de los pacientes.
d) a) y c) son correctas.

434. Respecto a los síndromes autoinflamatorios, ¿cuál es la respuesta FALSA?

a) Los defectos genéticos que provocan la mayoría estos síndromes autoinflamatorios se encuentran en la línea germinal, pero además existen otras variantes que aparecen como consecuencia de errores en la reparación del DNA bien sea en el desarrollo embrionario o fetal o en la vida postnatal.
b) El síndrome PAPA presenta las siguientes características clínicas: ulceraciones digitales, perforación del tabique nasal y pioderma gangrenoso.
c) Los síndromes hereditarios de fiebre periódica más representativos son la fiebre mediterránea familiar, el síndrome de Hiper IgD y el síndrome periódico asociado al receptor I del TNF (TRAPS)
d) El síndrome VEXAS debuta en mayores de 50-60años, y es refractario a la mayor parte de tratamientos.

435. Respecto a la patología de la "MANO DEL PELOTARI", podremos encontrar los siguientes procesos EXCEPTO:

a) Resorcion de falanges distales.
b) Hemoglobinuria traumática.
c) Arteriopatia digital
d) El "clavo" del pelotari- nódulo fibroso en la palma de la mano.

436. Respecto a las lesiones del complejo fibrocartilaginoso triangular del carpo (CFCT), señale cual es la respuesta FALSA:

a) Su lesión provoca dolor en el lado cubital de la muñeca.
b) Las roturas del CFCT en RMN aparecen como hiperseñal en T1.
c) Con una varianza cubital negativa, al aplicar una carga al cubito aumenta el riesgo de lesión del CFCT.
d) Si la muñeca esta estable, su tratamiento consiste en férula temporal durante 4 semanas.

437. Respecto a los síndromes preneoplásicos, señale la respuesta FALSA:

a) La eritromelalgia es típica en pacientes con policitemia vera, es sensible a dosis bajas de AAS.
b) La fascitis palmar preneoplásica responde al tratamiento corticoideo.
c) La poliartritis carcinomatosa es seronegativa, en general no afecta muñecas y manos y antecede generalmente menos de un año al diagnóstico del tumor.
d) El reumatismo postquimioterapico es un síndrome raro y autolimitado, caracterizado por mialgias y artralgias migratorias en manos, rodillas y pies aparece a los 1-3 meses tras el tratamiento quimioterápico.

438. El diagnostico diferencial del dolor en la cara medial del codo debería hacerse con los siguientes procesos, EXCEPTO:

a) Neuropatia cubital.
b) Sindrome del desfiladero toracico.
c) Insuficiencia del ligamento colateral ulnar.
d) Sindrome del tunel radial.

439. Respecto a la patología del codo, una de las afirmaciones es FALSA:

a) El síndrome del nervio interóseo posterior puede ser indoloro y se acompaña de déficit motor para extender muñeca y dedos.
b) En el síndrome del nervio interóseo anterior se observa disfunción motora del flexor largo del pulgar y del flexor profundo de dedos índice y medio.
c) El síndrome del pronador redondo es la compresión nervio radial en antebrazo proximal.
d) EL síndrome del Lacertus es la compresión del nervio mediano bajo una aponeurosis fibrosa.

440. Respecto a las causas de Dolor y lesión en el mediopie, una de las siguientes afirmaciones seria FALSA:

a) La rotura completa o parcial del ligamento calcaneonavicular es la causa más común de pérdida de altura del arco longitudinal.
b) La imposibilidad unilateral de que el talón se mueva en varo durante una elevación de talón sugiere una rotura del tendón tibial anterior.
c) La subluxación de la cuboides causa dolor lateral intenso en el pie que impide que los pacientes apoyen el peso sobre él.
d) La enfermedad de Müller-Weiss en adultos es una osteocondrosis que afecta al hueso navicular.

441. Cuál de estas afirmaciones respecto a la tendinopatía Aquilea es FALSA:

a) En corredores, el entrenamiento en climas fríos se asocia a mayores tasas de dolor tendinoso en general y de tendinopatía de Aquiles en particular.
b) La mayoría de los ensayos clínicos sobre el uso de terapia de ondas de choque extracorpóreas en tendinopatía crónica del Aquiles han resultado muy eficaces.
c) La palpación tiene una sensibilidad aproximada del 73 % y una especificidad del 89 % para detectar una rotura parcial del tendón.
d) La enfermedad de Sever es una lesión por sobreuso, común en atletas jóvenes de 8 a 15 años, especialmente en aquellos que practican fútbol, baloncesto, gimnasia o atletismo.

442. De las siguientes maniobras exploratorias de hombro, señale la CORRECTA:

a) Test Neer: maniobra para evaluar la rotacion interna del hombro.
b) Test de Jobe: identifica las lesiones del tendon bicipital.
c) Test de Pate: maniobra que evalua el manguito rotador posterior.
d) Test de Yegarson: maniobra que valora el tendón supraespinoso.

443. Respecto al dolor referido del hombro, señale la respuesta FALSA:

a) La neuropatía del nervio supraescapular puede causar dolor y debilidad con la aducción y rotación interna del hombro.
b) El síndrome del espacio cuadrilátero o neuropatía compresiva del nervio axilar ocasiona dolor y parestesias en cara posterolateral del hombro.
c) ante una hernia discal C5-C6, la prueba de Elvey exacerba dicho el dolor.
d) El dolor en el hombro es el sintoma inicial mas comun en Tumores Pancoast.

444. La calcificación del ligamento colateral interno de la rodilla secundaria a traumatismo se denomina como:

a) Osgood-schlatter.
b) Pellegrini-Stieda.
c) Calcificacion de Park.
d) Enfermedad de Thiemann.

445. Respecto a los tratamientos para la artrosis de rodillas, señale la respuesta FALSA:

a) En pacientes con artrosis tibiofemoral medial de moderada a grave, es beneficioso el uso de una rodillera valga (o de descrarga) como complemento a otros tratamientos.
b) La evidencia de ensayos amplios, doble ciego y de alta calidad indica que el acido hialuronico intraarticular tiene un beneficio pequeño y clínicamente irrelevante sobre el placebo intraarticular.
c) Sobre el plasma rico en plaquetas, los ensayos bien diseñados no muestran evidencia de beneficio en la mejora de los síntomas de la artrosis.

d) La terapia génica tisular consiste en inyectar intraarticularmente células madre mesenquimales derivadas de tejido adiposo, los ensayos publicados hasta la fecha han demostrado mejoría en los cambios estructurales en evaluación por resonancia magnética.

446. Respecto a los cuadros dolorosos de pelvis, señale la respuesta FALSA:

a) El nervio cutáneo femoral lateral es un nervio puramente sensitivo, provoca dolor urente o parestesia en la parte superior y lateral del muslo
b) El síndrome del pinzamiento isquio femoral esta provocado por lesión del musculo piramidal o piriforme
c) En la lesion del recto femoral la flexion de cadera y la extension de rodilla son dolorosas.
d) En la lesion del recto femoral la flexion de cadera y la extension de rodilla son dolorosas.

447. Respecto a los músculos isquiotibiales, señale la respuesta INCORRECTA:

a) están compuestos por tres músculos: bíceps femoral, semitendinoso y semimembranoso.
b) La acción principal de estos músculos son la flexión de la cadera y la extensión de la rodilla.
c) La tendinitis de estos músculos puede confundirse con la radiculopatía S1, el síndrome del piriforme y la fractura stress fémur.
d) Tras una lesión aguda, la retracción tendinosa de 2 cm o más indica la necesidad de intervención quirúrgica.

448. En cuanto al tratamiento de la fibromialgia, señale la CORRECTA:

a) Los antidepresivos como amitriptilina o duloxetina han demostrado una eficacia clara, incluso a dosis bajas.
b) En los estudios con duloxetina, se observó que su eficacia en los sintomas era dependiente del efecto sobre el estado de animo del paciente.
c) La realización de ejercicio físico aeróbico ha demostrado ser la medida terapéutica más eficaz, pero es necesario que exista un componente aeróbico en el ejercicio porque está demostrado que los ejercicios de estiramiento o flexibilización no son suficientes para conseguir esta mejoría.
d) En los últimos ensayos clínicos se ha demostrado que la gabapentina es incluso más efectiva que la pregabalina. La FDA tiene aprobada la indicación de la gabapentina para el tratamiento de la FM.

449. Respecto a la patología reumática en enfermedades hematológicas, señale la respuesta FALSA:

a) Pacientes con niveles de factor VIII < 5% de lo normal, que son inadecuadamente tratados, pueden desarrollar una artritis crónica con dolor intermitente, rigidez, engrosamiento sinovial persistente.
b) Las personas con rasgo falciforme (HbAS) portadoras sanas de la mutación genética pueden presentar síntomas musculoesqueléticos al igual que las personas con enfermedad de células falciformes homocigótica (SS) aunque más leves.
c) Solo la Betatalasemia mayor se asocia con manifestaciones musculoesqueléticas y estas incluyen osteoporosis y fracturas patológicas.
d) El síndrome mano-pie de la enfermedad de células falciformes se presenta clásicamente sobre los 6 meses de edad, cuando los niveles de hemoglobina S alcanzan niveles patológicos.

450. Respecto a la fibromialgia, señale la respuesta FALSA:

a) Según el último estudio EPISER realizado en España la prevalencia de FM en la población > 18 años es el 2,45%.
b) Además, las mujeres con dolor crónico generalizado tienen más probabilidades de presentar más puntos sensibles en la exploración física que los hombres.
c) En el conocimiento de los mecanismos más comunes implicados en esta enfermedad, la hipótesis más aceptada en la actualidad es un proceso de neuro inflamación también conocido como sensibilización central.
d) En estudios de neuroimagen se ha comprobado que existen alteraciones inflamatorias en la RMN del cerebro de estos pacientes, los cuales justificarían la neuroinflamación.

CASO CLINICO 1

Saúl es un chico de 27 años, que consulta por dolor lumbosacro de ritmo inflamatorio de 4 meses de evolución. También talalgia bilateral y rigidez matutina de 1 hora. Su padre padece psoriasis y un tío paterno está diagnosticado de enfermedad inflamatoria intestinal.

En los últimos 2 meses aparición de cuadros diarreicos sin productos patológicos en las heces con pérdida de 4 kg de peso.

451. ¿Cuál es la aproximación diagnóstica más correcta?

a) Dada la edad del paciente, lo más probable es que padezca lumbalgia inespecífica y una tendinitis en los pies. Si persisten las diarreas realizaría estudio digestivo.
b) Realizaría estudio digestivo para descartar patología tumoral. El dolor lumbar puede ser debido a patología visceral.

c) El cuadro clínico es muy sugestivo de espondiloartritis. Habría que descartar enfermedad inflamatoria intestinal.
d) Solicitaría RNM lumbar para descartar hernia discal y si persiste diarrea, estudio digestivo.

452. Presenta en la exploración física artritis en tobillo derecho y entesopatía aquílea, limitación a la flexión dorsal con un schöber modificado de 3 cm tiene expansión torácica limitada y en la analítica se objetiva hemograma normal VSG 30 BQ normal PCR: 8 (rango 0-5) HLAB 27 negativo, las pruebas de imagen se objetivó sacroilitis bilateral grado II, se inició tratamiento el primer día de consulta con Naproxeno a dosis plenas mejorando de la inflamacion articular y se añadió salazopyrina ante la presencia de entesopatía. Acude en una revisión cuatro meses más tarde a consulta presentando uveítis anterior evaluada en urgencias y que no ha mejorado con tratamiento tópico, por lo que se decide asociar un fármaco biológico, se solicita estudio serológico de despistaje frente a VHB, VHC, quantiferon serologías y se plantea tratamiento. Cuál de los siguientes <u>no</u> lo consideraría de primera elección en este caso:

a) Etanercept.
b) Adalimumab.
c) Golimumab.
d) Certolizumab Pegol.

453. Saúl ha seguido sucesivas revisiones permaneciendo paucisintomático de su sintomatología articular y ocular, ha acudido a otra comunidad autónoma donde ha seguido el tratamiento durante varios años habiéndosele asociado metotrexato al antiTNF indicado para evitar inmunogenicidad según informe clínico y en la consulta que nos ocupa refiere que su esposa y él están en estudio por infertilidad, que le han indicado que su reumatólogo debe decidir que fármaco de los que toma puede estar causándole oligospermia. ¿Cuál retiraría? indique la respuesta más correcta:

a) Anti TNF.
b) Metotrexato.
c) Salazopyrina.
d) C y B por probabilidad.

454. En la una valoración años después, Saúl refiere que está siendo valorado por neurología por sospecha de trastorno desmielinizante. ¿Cuál considera que sería la actitud a seguir que conlleve menos secuelas *a posteriori*?

a) Volver a poner todo el tratamiento anti TNF metotrexato+ salazopyrina.
b) Pautar otro biológico anti IL-17.
c) Pautar un inhibidor de IL 12-23

d) Consideraría válidos tanto la b como la c.

455. Se decidió un cambio de medicación y el paciente acudió a los 2 meses a urgencias con un brote diarreico y malestar general siendo diagnosticado de colitis ulcerosa. Señale qué tratamiento indicaría en este momento:

a) Anti TNF.
b) Anti IL-17.
c) Anti IL-12/23.
d) Jakinib.

CASO CLINICO 2

Hombre de 58 años con antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, hipertensión arterial controlada con hidroclorotiazida y diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina. Había presentado episodios repetidos de inflamación en el tobillo y rodilla por lo que no había consultado.

Acude a consulta refiriendo dolor intenso en la rodilla derecha desde hace 24 horas. El dolor es tan intenso que le dificulta caminar y señala que la rodilla se encuentra hinchada y caliente. Los episodios previos habían sido de menor intensidad y siempre autolimitados.

En la exploración física se observa una rodilla derecha hinchada, con eritema y aumento de la temperatura local, con dolor a la movilización. En la palpación no se identifican nódulos subcutáneos ni otras lesiones cutáneas. No presenta fiebre ni otro síntoma sistémico.

Se solicita una analítica, que presenta un recuento de leucocitos de 11,5 x 10^3/uL, creatinina de 1,6 mg/dL, glucemia de 186 mg/dL, y ácido úrico de 8,2 mg/dL. Destaca una proteína C reactiva de 27,7 mg/dL. Se le realiza una ecografía, en la que se muestra depósitos articulares hiperecoicos y signo de doble contorno en la superficie del cartílago articular. Con el objetivo de confirmar el diagnóstico se realiza una punción articular.

456. En el líquido articular obtenido de la punción, ¿qué hallazgo considera más probable encontrar?

a) Recuento de leucocitos de 30.000/mm^3 y cristales en forma de aguja y birrefringencia negativa.
b) Recuento de leucocitos de 60.000/mm^3 y cristales en forma romboidal.
c) Recuento de leucocitos de 30.000/mm^3 y cristales en forma de aguja y birrefringencia positiva.
d) Recuento de leucocitos de 10.000/mm^3 y sin cristales.

457. Ante la información de que presenta hiperuricemia en la analítica, el paciente se encuentra inquieto por los factores que puedan producir un aumento de las cifras de ácido úrico de forma secundaria. De los siguientes factores, ¿cuál NO favorece la hiperuricemia?

a) El fenofibrato.
b) La ciclosporina.
c) La hidroclorotiazida.
d) El hipotiroidismo.

458. Señale la FALSA en relación con los hallazgos radiográficos:

a) La gota se asocia con la presencia de erosiones marginales o periarticulares, quistes intraóseos y ausencia de osteoporosis periarticular.
b) La característica radiológica de la enfermedad por depósito de pirofosfato es la presencia de calcificaciones intraarticulares o periarticulares.
c) Los hallazgos radiológicos en la artritis séptica habitualmente progresan de manera más rápida que la gota.
d) El signo de la falange en forma pala es característico de la artritis por hidroxiapatita.

459. Respecto al manejo clínico del paciente, señale la actitud que considera adecuada:

a) Iniciar colchicina a dosis altas.
b) Iniciar un tratamiento uricosúrico tras el brote, tras la alcalinización de la orina.
c) Dado que el paciente recibe un diurético tiazídico, se debe sustituir el diurético de ser posible; de preferencia por losartán o bloqueantes de los canales de calcio.
d) Considerar fármacos inhibidores de IL-1 como primera línea.

460. Indique la FALSA sobre la instauración de tratamiento de mantenimiento:

a) El inicio de los medicamentos hipouricemiantes lo realizará a dosis bajas una vez haya remitido el brote y se planteará una escalada progresiva de dosis hasta alcanzar el objetivo de uricemia.
b) Iniciará alopurinol como tratamiento de primera línea, incluso a pesar de confirmar enfermedad renal crónica moderada.
c) Se planteará mantener una uricemia estable al menos < 6 mg/dl de forma general, si bien en pacientes con depósitos extensos puede plantearse mantener valores de uricemia al menos < 5 mg/dl.
d) Entre las medidas generales para la reducción de la uricemia recomendará la reducción del consumo de legumbres y vegetales.

CASO CLINICO 3

Izaskun es una niña de 4 años, que acude a consulta, por presentar tumefacción de rodilla izquierda y tobillo derecho de 2 meses de evolución. No recuerda traumatismo ni sobreesfuerzo causante. Sin antecedentes de interés. En la exploración solo se aprecia tumefacciónde rodilla izquierda, con discreta limitación a la extensión completa, tumefacción de tobillo derecho y leve cojera al andar. En el hemograma solo destaca ligera leucocitosis y trombocitosis. La radiografía simple de ambas rodillas es normal.

461. De las siguientes exploraciones complementarias, ¿Qué prueba consideraría menos útil para el diagnóstico?

a) Anticuerpos antinucleares ANA.
b) La ecografía articular.
c) Determinación del FR y del HLA.
d) Resonancia magnética nuclear de la rodilla.

462. Este caso, por sus manifestaciones clínicas, ¿en cuál de las siguientes categorías de Artritis Idiopática Juvenil se clasificaría?

a) Artritis relacionada con entesitis.
b) Oligoartritis.
c) Artritis sistémica.
d) Artritis psoriásica.

463. Durante el estudio del cuadro clínico se evidenció en el hemograma ligera leucocitosis y trombocitosis. En la bioquímica Creatinina 0,5; glucosa: 80; GOT:22 GPT: 15 Fosfatasa alcalina:245 FR: negativo PCR:0,7 (rango<0,5); ANA IgG patrón moteado homogéneo 1/320.La radiografía simple de ambas rodillas es normal. Ecografía de ambas rodillas y tobillos se objetiva aumento de líquido en ambos recesos de rodilla izd con señal hiperecogénica en el fondo con apariencia de mamelones sinoviales con señal doppler ++. En tobilloderecho presenta imagen hipecogénica compatible con acúmulo de líquido en articulación tibioastragalina. No afectación de tibial posterior ni vainas de tendón peroneo corto ni largo. En relación con la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), señale lo correcto:

a) Es una enfermedad de origen multifactorial.
b) En la AIJ sistémica encontramos una alteración de la inmunidad adaptativa.
c) Existe una respuesta inflamatoria mantenida a nivel de membrana sinovial.
d) Es muy probable que al ser una niña desarrolle un lupus eritematoso sistémico.

464. Cuando acudió por segunda vez a la consulta 3 meses más tarde nos indicó su madre que le notaba que jugaba menos y le notaba menos contenta pero no se quejaba presentaba en la exploración física limitación a la flexión de 1era if, 3ª y 4ªifp mano derecha, y 2ª y 4ª ifp de mano izquierda. Según los datos antes expuestos, ¿cuál sería el diagnóstico clínico de esta paciente?

a) AIJ forma sistémica.
b) AIJ forma oligoarticular persistente.
c) AIJ forma oligoarticular extendida.
d) AIJ forma poliarticular.

465. Dentro de la valoración inicial de la paciente, consideraría de especial interés pronóstico una de las siguientes exploraciones complementarias:

a) Rx de nuevas localizaciones afectadas.
b) La ecografía articular.
c) Determinación del FR y del HLA.
d) Valoración oftalmológica.

CASO CLINICO 4

Mujer de 32 años con dolor lumbar de 8 años de evolución, que presenta:

- **Curso intermitente, con inicio insidioso.**
- **Irradiación desde región lumbar hacia ambas nalgas, de forma alternante.**
- **Empeoramiento por la noche que en alguna ocasión le ha despertado de madrugada.**
- **Rigidez axial matutina de dos horas de duración.**
- **Mejoría al moverse.**
- **Refiere ser incapaz de pasar media hora de pie en una cola (por ejemplo).**

Sin antecedentes médicos de interés.
Como antecedentes familiares destaca únicamente un padre con psoriasis.
Acude a la consulta del reumatólogo, y explica que acaba de iniciar un episodio de ojo rojo, con dolor, fotofobia y visión borrosa. Valorado en Urgencias y tratado con colirios.

En la exploracion física destaca:

- Tª Ax: 36,4 ºC. T.A. 120/60 mmHg. FR: 16 x'; FC: 78 x'.
- EXPLORACIÓN OFTALMOLÓGICA:
  - Ojo derecho: AV (agudeza visual) 1/3 (disminuida).
  - Hiperemia conjuntival. Precipitados corneales: (Tyndal ++++. Flare ++).
  - PIO (presión intraocular) 12 mmHg (normal).
  - Fondo de ojo y OCT (tomografía de coherencia óptica) normal.
  - Ojo izquierdo: exploración normal.
- EXPLORACIÓN DEL APARATO LOCOMOTOR:
- Limitación de la movilidad lumbar (distancia dedo-suelo 20 cm).
- Dolor a la palpación de punto sacroilíaco izquierdo. Maniobra de FABERE izquierda positiva.
- Maniobra de Lasègue, negativa. Los reflejos, la fuerza en miembros inferiores y la sensibilidad están conservados.
- Molestias a la palpación del tendón aquíleo izquierdo, sin signos de inflamación en otras entesis ni en articulaciones.

Se le realizan algunas pruebas complementarias:

- Hemograma: normal. VSG: 18 mm/h.
- Bioquímica general: normal (incluye creatinina, urea, glucosa, bioquímica hepática, K, Na, CPK), con PCR 1,2 mg/L (valor normal 0-5 mg/L).
- Sedimento: sin alteraciones.
- HLA B27 (+)
- Factor reumatoide: 7 UI/mL (N: < 30 UI/mL). Anticuerpos antinucleares (-).
- Rx pelvis y columna lumbar: sin alteraciones.
- RX de tórax: normal.

466. El diagnóstico más plausible para el reumatólogo es una Espondiloartritis (EspA) axial:

a) Cumple criterios de espondilitis anquilosante según los criterios de NY.
b) Se puede clasificar de EspA axial no radiográfica.
c) Presenta una uveítis anterior aguda.
d) Las respuestas b) y c) son ciertas.

467. Cuál de las siguientes características NO se incluye en los criterios ASAS de clasificación para la espondiloartritis:

a) Elevación de PCR.
b) Antecedente de psoriasis en un familiar.
c) Entesitis.
d) Buena respuesta a AINE.

468. El reumatólogo solicita una exploración complementaria, ¿cuál crees que es la más probable?

a) Una gammagrafía ósea.
b) Una RM de sacroilíacas.
c) Un TC de columna lumbar.
d) Una ecografía de los pies.

469. Con el diagnóstico de EspA axial nr, el reumatólogo pauta AINE durante unos meses sin que la paciente mejore, ella ya había utilizado AINE antes de acudir a la visita sin respuesta, decide iniciar terapia biológica, ¿cuál estaría más indicada?

a) Apremilast.
b) Ustekinumab.
c) Certolizumab.
d) Ninguno de los anteriores.

470. ¿Alguno de los siguientes tratamientos está CONTRAINDICADO en los pacientes con EspA y uveítis?

a) Infliximab.
b) Secukinumab.
c) Apremilast.
d) Ninguno de los anteriores está contraindicado.

CASO CLINICO 5

Vemos en nuestra consulta por primera vez a una mujer de 31 años remitida por su médico de atención primaria por ANA positivo.

Antecedentes personales:

- **No alergias medicamentosas.**
- **No hipertensión arterial, no diabetes mellitus, no dislipemia.**
- **Fumadora activa de 1 paquete al día desde los 25 años. No alcohol.**
- **Fórmula obstétrica 0-0-0.**

- **Antecedentes de nefrolitiasis (varios episodios).**

- **Raynaud no estudiado.**

- **No cirugías.**

Además, aporta analítica realizada en atención primaria:

- **Analítica de sangre: 10.120 leucocitos/microL (no neutropenia ni linfopenia), hemoglobina 10 g/dL, VCM (volumen corpuscular medio) 75 fl (levemente descendido), gucosa 75 mg/dL, creatinina 0,7 mg/dL, filtrado glomerular estimado de >90 mL/min/1,73 m2, PCR (proteína C reactiva) 0,54 mg/dL y VSG (velocidad de sedimentación globular) 1º hora 35 mm.**

- **ANA 1/320 patrón AC-4 muclear granular fino, anti-Ro positivo y Factor Reumatoide 64 UI/mL.**

471. En la anamnesis se pregunta sobre boca seca y comenta que sí tiene esa sensación, además refiere episodios de inflamación en el lado izquierdo de la cara. Se decide cuantificar el flujo salival. ¿Cuál de los siguientes resultados de la sialometría se considera patológico?

a) Flujo salival no estimulado < 0,3 mL/minuto.
b) Flujo salival no estimulado < 1,5 mL/15 minutos.
c) Flujo salival estimulado < 3mL/15 minutos.
d) Flujo salival no estimulado < 0,5 mL/minuto.

472. Se confirma que tiene hiposialia (flujo salival patológico). Se piensa que la paciente tiene un síndrome de Sjögren. Se decide completar el estudio con una ecografía de glándulas salivales (EGS). ¿Cuál de los siguientes enunciados es FALSO?

a) El grupo OMERACT ha publicado una escala de graduación que puntúa de 0 a 3.
b) Una ECG patológica se relaciona con la presencia de infiltrado inflamatorio en la biopsia.
c) En EGS se valora la homogeneidad y la presencia y extensión de zonas hipoecoicas/anecoicas.
d) La EGS se suele hacer de las glándulas salivales mayores y menores.

473. En la segunda visita la paciente ha estado leyendo sobre la enfermedad y pregunta cuál es su riesgo de desarrollar un linfoma. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de riesgo asociado al desarrollo de linfoma?

a) Anemia.
b) Concentraciones elevadas de beta2-microglobulina.
c) Concentraciones bajas de C3 y C4.
d) Vasculitis cutánea.

474. La paciente ha presentado nefrolitiasis, con relación a la afectación renal en los pacientes con síndrome de Sjögren indique el enunciado verdadero:

a) La afectación renal ocurre en la mitad de los pacientes.
b) El tipo de afectación más frecuente es la glomerular seguido de la tubulointersticial.
c) La nefrolitiasis se relaciona con acidosis tubular renal tipo 1.
d) Se podría obviar el análisis de orina en este caso.

475. La paciente nos hace preguntas sobre posibles embarazos futuros y sale el tema del lupus neonatal. De los siguientes indique la afirmación correcta:

a) El bloqueo cardiaco congénito ocurre en el 20% de los fetos de gestantes con síndrome de Sjögren.
b) El bloqueo cardiaco congénito solo se ha relacionado con el anticuerpo anti-Ro.
c) Si la madre es anti-Ro positivo se debería hacer ecografía-Doppler fetal cada 2 semanas entre las semanas 16 y 34 de gestación.
d) Las manifestaciones principales del lupus neonatal son cardiacas y pulmonares.

CASO CLINICO 6

Hoy es viernes y tiene citado en su consulta del ambulatorio a Oscar, el paciente número 20 de su listado de hoy. Tiene 26 años y es remitido por su médico de atención primaria por presentar Fenómeno de Raynaud (FRy) desde hace 1 año.

En los antecedentes personales destaca: Es fumador de 10 cig/día desde los 14 años y bebedor de fin de semana (3-4 copas y 3-4 cervezas); Trabaja en molinos de arena de sílice desde hace dos años; Corre dos-tres veces por semana y juega al fútbol 1 vez por semana; Su madre también tiene Fenómeno de Raynaud diagnosticado a los 50 años.

En la anamnesis el paciente le cuenta que: tiene las manos muy frías desde hace aproximadamente un año sobre todo le afecta a los 2º y 3º de dedos que se le pone "blancos como la leche"; Desde hace 3 meses se nota más cansado y en el último mes ha tenido que dejar de hacer deporte porque se "fatiga" y dice estar un poco "depre" porque le encanta el deporte. Por lo demás no refiere nada más.

En la exploración física destaca: una piel tosca y seca en las manos con unas úlceras secas en el dorso de las IFPs de 2º y 3ª dedos derechos y otras 3 más pequeñas en los pulpejos de 4º dedo izquierdo. Frialdad de manos y pies con palidez muy marcada en 2º y 3º dedo de ambas manos y el 4º derecho está un poco "azulado". La piel está seca de manera generalizada y a usted le parece que está "tirante" en algunos sitios (cara anterior de tronco y en los muslos). En el resto de la exploración no le llama nada la atención, pero no ha podido auscultarle porque se ha olvidado su fonendoscopio en el hospital. Eso sí lleva un pulsioxímetro en su mochila (su pareja es asmática y siempre lo lleva consigo) y la saturación de oxígeno en reposo es de 95 %.

476. Ante el siguiente cuadro clínico, ¿cuál sería la aproximación clínica correcta?

a) En este Oscar tiene un FRy familiar ya que su madre también lo tiene. Solicito el protocolo de estudio de FRy que incluye analítica con AAN, Rx. de Tórax y capilaroscopia. Le indico que se proteja con guantes y que se hidrate la piel ya que la tiene muy seca por su trabajo. Le cito con resultados cuando haya cita. Me apunto en la historia que ese día no se me olvide auscultar.
b) Oscar tiene un FRy, unas manos de mecánico y seguro que la "fatiga" es por debilidad muscular. Le pide usted analítica completa, con hemograma con kit especial de Miositis, CPK y aldolasa y orina elemental, capilaroscopia y Rx de tórax PA y lateral. Lo cita en su consulta del hospital para verlo en 7 días. Le indica que una vez hecha la analítica inicie tratamiento con Prednisona 20 mg y suplemento de Calcio y vitamina D.
c) Oscar tiene FRy con úlceras sequedad en la piel, es cierto que tiene un trabajo que reseca la piel y que su madre tiene FRy también, pero "tiene pinta" de ser una Esclerosis Sistémica y con disnea progresiva. Hoy es viernes lleva usted 20 pacientes y no se ha quedado tranquilo/a con este caso. Le indica al paciente que acuda el lunes a última hora de la mañana a su consulta del hospital. Le hará anamnesis dirigida y le auscultará. Si hay camas en su servicio puede que plantee ingresarle para hacer el estudio completo de manera más rápida.
d) Oscar tiene un FRy primario intenso con cianosis en 4º dedo. Le hago una nota para que vaya al servicio de urgencias le ingresen a cargo de Reumatología para ponerle prostaglandinas intravenosas y de paso que mis compañeros le pidan el protocolo de FRy.

477. Finalmente, Oscar tuvo que ir a urgencias el domingo porque empezó con fiebre de 38º, odinofagia y mialgias generalizadas. Como tenía cita con usted el lunes, su novia le ha avisado que Oscar está ingresado a cargo de Neumología con diagnóstico de neumonía por SARS-COV-2. Así que va a visitarle tras acabar la consulta. Usted le interroga y explora nuevamente. Refiere que llevaba con décimas y tos seca desde hacía 5 días; Estaba vacunado con dos dosis de Moderna frente al SARS-COV-2 y ya tuvo COVID-19 en enero de este año sin complicaciones; Presenta pirosis y reflujo desde hace 4 meses; A la exploración observa que sigue con FRy más intenso, en la auscultación tiene crepitantes secos bilaterales hasta campos medios y con disminución del murmullo bilateral de predominio basal. Hoy que le mira la piel con más detenimiento ve que las manos están ligeramente edematosas. Revisa la historia y pruebas realizadas en el servicio de urgencias destacando; Analítica con Linfocitos: 1.000/µL resto de hemograma normal, PCR: 89 mg/dL, GOT: 300 UI/L, GPT: 250 UI/L, GGT: 270 UI/L y FA: 190 UI/L; RX de Tórax con infiltrados en vidrio deslustrado de distribución periférica de predominio en campos inferiores y un patrón alveolo-intersticial de predominio en campos inferiores y medios; PCR SARS-COV-2: positiva; A la exploración destacaba una FR: 18 respiraciones por minuto, FC: 100 lpm, TA: 140/90 y SatO2: 89%. La misma AP y leve hepatomegalia de un través. No refieren ingurgitación yugular ni edemas. En cuanto al tratamiento le han pautado oxigenoterapia al 28 % y con gafas nasales a 2 litros durante las

comidas. Se ha iniciado tratamiento con Dexametasona oral y pendiente de iniciar esta mañana tratamiento con Remdesivir.
Decide buscar al neumólogo, comentar sus impresiones y pedirle que le abra una interconsulta. De las siguientes opciones que se plantean a continuación ¿Cuál de las siguientes opciones le parece la más probable en su conversación con el neumólogo?

a) Sospecho que el paciente tiene una Esclerosis Sistémica de base, aunque tenga el COVID-19 sospecho que puede tener una EPID de base asociada. Me preocupa su evolución y creo que hay que ampliar el estudio (además del TACAR pulmonar ya solicitado por el neumólogo). Solicito analítica con inmunidad completa que incluya AAN, ENAS, AAC y Ac anti ARN Polimerasa III, Inmunoglobulinas, C3, C4, coagulación, orina elemental con sedimento y Dímero D; capilaroscopia (en su servicio hay un capilaroscopio de bolsillo y la hará a pie de cama).
b) Sospecha que el paciente tiene un síndrome Antisintetasa, bajo su punto de vista la elevación de enzimas hepáticas puede ser debida a Miositis ya que el paciente está con mialgias. Solicita analítica completa con AAN, ENAS y kit de miosotis, Inmunoglobulinas, complemento, serología a VHB, VHC y HIV. Usted le subiría aún más la dosis de Dexametasona, añadiría tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas si se confirma la miositis y suplementarias con Calcio y Vitamina D. Cuando el paciente se recupere del COVID-19 le pondría prostaglandinas intravenosas durante 5 días consecutivos.
c) Sospecho que Oscar además del COVID-19 tiene una hipertensión arterial pulmonar asociada a una conectivopatía ya que tiene la piel edematosa, disnea desde antes de tener la infección y su edad es un factor de riesgo para desarrollar dicha complicación en las Conectivopatías. Solicito analítica completa con AAN, ENAS, kit de miositis, Inmunoglobulinas, C3, C4 orina elemental, ProBNP y un Ecocardio.
d) Sospecho que todo el cuadro clínico de Oscar es debido al COVID-19 y que la sintomatología que me contó el viernes en consulta es debida a su primera infección por COVID-19.

478. Ha pasado un mes y Oscar sigue ingresado, el COVID-19 ya se ha resuelto pero la disnea persiste y el FRy ha empeorado. Además, el paciente ha perdido 5 kilos durante el ingreso y desde ayer presenta artritis a nivel de ambos carpos, 2ª-3ª MCFs de mano derecha y 2ª-4ª de la izquierda. El paciente ha pasado a cargo de Reumatología para completar estudio neumología sigue como interconsultor. Durante esta semana han llegado algunos resultados analíticos y se han realizado diversas pruebas:

- **En el último hemograma la HB: 10 mg/dL normocítica y normocroma con resto de valores normales. En la bioquímica la GOT y la GPT se han normalizado, pero persiste elevación de GGT y FA.**
- **Inmunología: AAN + a título 1/640 con un patrón homogéneo nucleolar y DNA negativos, el resto de anticuerpos no se pudieron realizar por falta de reactivos en este momento en el hospital. C3: 15 y C4: 25. Las Inmunoglobulinas son normales.**

- **Espirometría: CVF: 2.500 (66 %), FEV1: 2.150 (74 %) y FEV1/CVF: 85 %**
- **Difusión de CO: DLCO: 46 % y una KCo: 60 %**
- **TACAR: comparado con el TAC pulmonar del ingreso han desaparecido las opacidades en vidrio deslustrado que aparecían en el previo, pero han aparecido nuevas áreas en bases y persiste e incluso ha empeorado ligeramente el patrón reticular-nodular a nivel de ambos lóbulos inferiores, língula y lóbulo medio. Hay adenopatías mediastínicas mayores de 1 cm, pero de aspecto inflamatorio.**
- **Capilaroscopia: en todos los dedos de la mano que han sido explorados se observan capilares dilatados y algunos con criterios de megacapilares en 4ª dedo izquierdo donde hay dos hemorragias recientes y dos áreas avasculares.**

En este punto de la evolución del paciente, ¿qué actitud <u>no</u> se plantearía ante los hallazgos clínicos y de las pruebas complementarias?

a) Me reafirmo, Oscar tiene una Esclerosis Sistémica probablemente cutánea difusa (me cuesta cada vez más pellizcarle la piel) de los muslos, el tronco y dedos). Que además ha pasado el COVID-19 pero claro tampoco puedo descartar que sufra una Silicosis por su actividad profesional. Hablará de nuevo con Neumología para plantear una biopsia pulmonar, "creo que en este caso sería más rentable hacer una videotoracoscopia, pero consultaré con Neumología si antes cree indicado hacer una fibrobroncoscopia con obtención de BAL, BAS y BTB porque yo no lo tengo claro.
b) Voy a pautar iloprost durante 5 días ya que el FRy va de mal en peor y temo que acabe haciendo una necrosis de 4º dedo izquierdo.
c) Está claro que Oscar lo que tiene es un Síndrome Antisintetasa con EPID asociada voy a consultarlo con neumología, pero debo reiniciar la corticoterapia a dosis de 1 mg/kg (recibió Dexametasona para tratar el SARS-COV-2) e iniciar tratamiento con ciclofosfamida intravenosa lo antes posible.
d) Además de seguir el estudio pulmonar voy a solicitar un electrocardiograma, ecocardiograma y niveles de Pro-BNP. No vaya a ser que Oscar tenga asociada una HAP asociada a la EPID. Además de que con su diagnóstico debo hacerlo en su valoración inicial.

479. Durante el fin de semana Oscar ha empezado con tensiones muy altas TAS: 190-180 y TAD: 110-95 mmHG y el residente de reumatología, que está de guardia este domingo, le llama para comentarle el caso. De las siguientes pautas, ¿cuál es la que indicará usted a su residente?

a) Oscar ha sufrido una subida de tensión por los corticoides a altas dosis pautados para tratar su EPID asociada su síndrome Antisintetasa. Hay que solicitar una analítica con creatinina y orina elemental y pautar tratamiento con diuréticos.
b) Oscar está desarrollando HTA debido a las prostaglandinas pautadas para su FRy es una reacción paradójica que puede darse con dicho fármaco. El residente debe suspender las prostaglandinas, pautar dieta hiposódica y si mañana siguen las cifras elevadas pautar Enalapril 20 mg.
c) Oscar está sufriendo una crisis renal esclerodérmica, en probable relación con los

corticoides administrados para el SARS-COV2. Se debe pedir una analítica urgente con hemograma, frotis de sangre periférica, bioquímica con creatinina, urea, iones y orina elemental con sedimento y posteriormente iniciar recogida de orina de 24 horas. Es conveniente avisar al Nefrólogo de guardia e iniciar tratamiento con Enalapril.

d) Oscar está sufriendo una crisis hipertensiva lo que indica casi seguro que tiene hipertensión pulmonar (según el algoritmo DETECT), asociada a su conectivopatía de base, aún por determinar. Por el patrón de los AAN creo a que va ser una EMTC. Solicito una Ecocardio urgente, pro-BNP y pauto Losartan para controlar la tensión.

480. Volviendo a la primera consulta con Oscar y suponiendo que no hubiese "cogido" el COVID-19. Imagine que los resultados de la analítica y la RX tórax solicitados el lunes en consulta hubiesen sido los mismos que los que tuvo en el servicio de urgencias, mostrados en la pregunta dos. ¿Cuál hubiese sido su aproximación diagnóstica y/o terapéutica en dicho caso?

a) Sospecho que el paciente tiene un Síndrome Antisintetasa, la elevación de transaminasas es por afectación muscular. Hubiese solicitado pruebas de función respiratoria TACAR pulmonar, Mantoux/IGRA, serologías VHB, VHC, EMG de MMSS y MMII. Iniciado corticoterapia dosis de 0,5 mg/kg/día y tan pronto como hubiese podido habría iniciado tratamiento con metotrexato (ya que sí está indicado para tratar la afectación pulmonar en este caso).

b) Sospecho que el paciente tiene un Síndrome de Sjögren de ahí tanta sequedad en la piel y la linfopenia. Además, está descrita su asociación con el contacto con arena de sílice. Hubiese solicitado estudio completo de ojo seco, gammagrafía de glándulas salivares, pruebas de función respiratoria, TACAR pulmonar, etc. Tan pronto como hubiese podido hubiese iniciado tratamiento con dosis altas de N-acetilcisteína 600/8 horas, corticoterapia a dosis de 0,5 mg/kg/día y si no hubiese habido mejoría de la disnea a los 15 días hubiese añadido Rituximab (pauta de Artritis Reumatoide).

c) Sospecho que el paciente tiene un síndrome de solapamiento Esclerosis Sistémica-miositis, esa elevación de transaminasas seguro que es por miositis. Además, por la linfopenia pido una serología a HIV ya que está descrito como DILS la asociación del HIV a este síndrome de solapamiento. Solicito estudio completo con pruebas de función respiratoria, capilaroscopia, EMG, TACAR pulmonar, serología VHB, VHC, HIV. Mantoux e IGRA. Indico tratamiento con Prednisona 25mg/mañana, suplementación de calcio y vitamina D y lo reviso en 15 días.

d) Sospecho que el paciente tiene una Esclerosis Sistémica, esa exposición al sílice me hace sospechar un Síndrome de Erasmus. A nivel hepático presenta un patrón mixto de citólisis y colestasis creo que debo pedir también unos AMA no vaya a tener una Cirrosis Biliar Primaria (ya que está descrita su asociación Síndrome de Reynolds).

CASO CLINICO 7

Paciente de 9 años de edad, remitido a la consulta de reumatología pediátrica desde nefrología para estudio de salud ósea en contexto de síndrome nefrótico corticodependiente. No presenta otros antecedentes de interés. Gestación y desarrollo normales. Vacunación en regla. Percentil 40 de talla y peso desde la primera infancia. Debut de la enfermedad 8 meses previos a la derivación, habiendo precisado corticoides desde el inicio, desde 1,5 mg/kg al debut hasta 7,5 mg/día en la actualidad. Iniciado micofenolato mofetilo en el mes anterior como ahorrador de corticoides. Se realiza encuesta dietética de calcio en la que se recoge una ingesta de calcio diaria media de 900 mg/día. Niega antecedentes de raquialgia. No hace deporte desde el debut de la enfermedad.

En relación con la información aportada del caso, responda a las siguientes preguntas.

481. Las exploraciones complementarias a realizar son:

a) Densitometría de columna vertebral y cuerpo entero, junto a morfometría vertebral o radiografía lateral de columna.
b) Densitometría de cuerpo entero, radiografía lateral de columna y radiografía anteroposterior de antebrazo que incluya carpo.
c) Densitometría de columna vertebral y determinación analítica de metabolismo fosfocálcico que incluya marcadores de remodelado óseo.
d) a y c) son correctas.

482. Cuál de las siguientes recomendaciones NO estaría indicada en este caso:

a) Asegurar el aporte de calcio y vitamina D en la dieta hasta asegurar un mínimo de 1.300mg de calcio al día y de 600UI de Vitamina D.
b) Evitar exposición a tóxicos como el tabaco.
c) Realizar prevención primaria de osteoporosis con bifosfonatos orales, ya que está en tratamiento corticoideo prolongado por encima de 5 mg/día.
d) Realizar actividad física de alto impacto y baja frecuencia como correr o saltar.

483. La densitometría vertebral arroja un resultado de: Z-score de columna lumbar de 2,4 y z-score de cuerpo entero sin cabeza de -2,1. No se aprecian aplastamientos vertebrales. ¿Cuál es el diagnóstico en este caso?

a) Los datos presentados no son válidos ya que no aportan el T-score.
b) Los datos presentados no son válidos ya que no se ha realizado el ajuste por talla.
c) El diagnóstico es de una osteopenia prepuberal corticoidea.
d) El diagnóstico es de baja masa ósea para la edad cronológica.

484. La anamnesis dirigida arroja que el paciente presentó una fractura de tibia y peroné izquierdos a los 7 años de edad, jugando al fútbol, y que en los últimos 6 meses ha presentado una fractura de radio izquierdo por caída desde propia altura. Teniendo en consideración estos últimos datos, ¿cuál es el diagnóstico del paciente?

a) Al no presentar fractura vertebral, el diagnóstico es de baja masa ósea para la edad cronológica.
b) Al presentar fracturas previas a la toma de corticoides, el diagnóstico es de osteopenia prepuberal corticoidea.
c) Cumple con el criterio de historia de fracturas clínicamente significativa, por lo que el diagnóstico es de osteoporosis infantil.
d) Ninguna de las anteriores es correcta dado que los datos densitométricos siguen sin ser válidos para su valoración.

485. Previo consentimiento informado, se decide iniciar tratamiento con bifosfonatos, ¿cuál de las siguientes sería la pauta más adecuada en este caso?

a) Zoledronato intravenoso, en dosis de 0,0125-0,05 mg/kg cada 6-12 meses, con una dosis máxima de 4 mg.
b) Pamidronato intravenoso, en dosis de 1,5 mg/kg cada 3 meses, con una dosis máxima de 100 mg.
c) Alendronato oral, en dosis de 5 mg/kg/semana, con una dosis máxima de 120 mg/semana.
d) Risendronato oral en dosis de 40-50 mg/semana, en función del peso corporal.

CASO CLINICO 8

Mujer de 67 años, exfumadora sin otros hábitos tóxicos. Alérgica a fosfomicina y clindamicina. Sin antecedentes familiares de interés. Tiene hipertensión arterial con buen control clínico y psoriasis en placas desde 2020 en seguimiento por dermatología. Ha tenido neumonía bilateral por COVID-19 en 2022. Derivada a nuestras consultas por dolor generalizado y sensación de hinchazón en brazos y piernas. La paciente refiere desde hace 6 meses hinchazón seguido de endurecimiento cutáneo y limitación para la movilidad con dificultad para caminar y alcanzar objetos. Al elevar los brazos notaba surcos en los antebrazos. Fue tratada por un médico internista con prednisona 10 mg/día sin mejoría de los síntomas, y con empeoramiento de la psoriasis cutánea tras la suspensión. Niega la presencia de disnea, fenómeno de Raynaud, disfagia ni otros síntomas sistémicos. A la exploración física destaca endurecimiento cutáneo generalizado bilateral desde cuello a pies incluyendo afectación abdominal, miembros superiores e inferiores, respetando la cara y las manos. Sin inflamación articular. A nivel cutáneo presenta piel de naranja en brazos, signo del surco en las venas de los antebrazos y placas de psoriasis diseminadas.

En la analítica presenta: hemograma con hemoglobina 15,6, plaquetas 503.000, leucocitos

16.070, neutrófilos 8.480, linfocitos 2.650, monocitos 2.040, eosinófilos 2.740 (VN<80). Velocidad de sedimentación 43 mm/h. Coagulación normal. Bioquímica con perfil hepático, renal, iones y láctica deshidrogenasa normales. Creatin cinasa 390 U/l, Proteína C reactiva 31 mg/l. Factor reumatoide, anticitrulinados, anti Cardiolipina IgG, anti Cardiolipina IgM, anti Beta2 GP1 IgG y anti Beta2 GP1 IgM negativos. ANA + 1/80, resto de ENA negativos. HLAB27 negativo. Gammapatía monoclonal IgG-kappa e infección tuberculosa latente (Quantiferon positivo). Orina normal. La tomografía de tórax y abdomen mostraba masa mediastínica sugerente de timoma como hallazgo incidental. PFR: FVC 88 %, FEV1 95 %, FEV1/FVC 111 %, DLCO_SB 52 %, Kco 69 %.

486. ¿Cuál de las siguientes pruebas consideraría más relevante para confirmar el diagnóstico de sospecha?

a) PET-TAC.
b) Resonancia magnética de cuerpo entero.
c) Biopsia cutánea profunda.
d) Ecocardiograma.

487. ¿Cuál de los siguientes factores se han asociado con la etiología del cuadro clínico que presenta la paciente?

a) Ejercicio físico intenso.
b) Faringitis estreptocócica.
c) Obesidad.
d) Diabetes mal controlada.

488. ¿Cuál de los siguientes consideraría como tratamiento de primera línea?

a) Anti-TNF.
b) Inmunoglobulinas iv 2 gr/kg.
c) Micofenolato mofetilo 2-3 gramos/día.
d) Glucocorticoides 0,5-1 mg/Kg.

489. Señale la respuesta FALSA sobre las recomendaciones para la detección de autoanticuerpos dirigidos contra componentes celulares o anticuerpos antinucleares (ANA):

a) Los ANA, anti-DNAdc y anti-ENA deben incluirse en la detección de anticuerpos como parte de la evaluación diagnóstica de enfermedades autoinmunes sistémicas. V
b) Los ANA se utilizan con fines diagnósticos y para el seguimiento o progresión de la enfermedad.
c) Para la determinación del anticuerpo anti-DNAdc el radioinmunoensayo clásico (Farr) y Crithidia luciliae muestran una alta especificidad. V

d) Si la determinación de ANA por ELISA es negativa, es obligatorio realizar la determinación por inmunofluorescencia si la sospecha clínica es alta.

490. ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO estaría indicado para el control de la psoriasis?

a) Ixekizumab.
b) Ustekinumab.
c) Rituximab.
d) Guselkumab.

CASO CLINICO 9

Paciente varón de 37 años, fumador habitual, sin antecedentes de interés. Ha tenido varios episodios de lumbalgia no estudiada en el pasado.

Acude a consultas de reumatología porque desde hace 5 meses ha tenido episodios repetidos de dolor lumbar y glúteo, con rigidez matutina que mejora con la actividad física. El dolor empeora con el reposo y le despierta durante la segunda mitad de la noche. Ocasionales artralgias en rodillas sin tumefacción. Asimismo, refiere diarreas frecuentes sin productos patológicos.

Su exploración física es normal, excepto por presentar pequeñas máculas descamativas en la zona pretibial y lesiones eritematodescamativas en codos. No hay tumefacción articular ni limitación en la movilidad lumbar. Las maniobras sacroilíacas son negativas. No otros hallazgos de interés.

En cuanto a los resultados del último análisis disponible, presenta hemoglobina de 14 g/dL, leucocitos de 8.000/mm3, plaquetas de 250.000/mm3, velocidad de sedimentación globular (de 20 mm/1ª hora y enzimas hepáticas (GOT, GPT y GGT) en niveles normales. Presenta una PCR de 7,5 mg/L. Se realiza un análisis de inmunología, FR: 10 IU/mL, HLA-B27 negativo. Además, los hemocultivos y las serologías resultaron negativas. Se realiza radiografía articulaciones sacroilíacas, que muestran esclerosis y erosiones en ambas articulaciones sacroilíacas.

491. Dentro de las patologías del diagnóstico diferencial del paciente, son varias las que pueden producir una afectación sacroilíaca. Señale la condición que considera que es MENOS probable que produzca dicha afectación:

a) Síndrome SAPHO.
b) Sarcoidosis.
c) Enfermedad de Whipple.
d) Síndrome de Muckle-Wells.

492. A pesar de la negatividad del HLA-B27, y tras descartar otras entidades, se establece un diagnóstico de espondilitis anquilosante. Según la última actualización de las recomendaciones ASAS-EULAR sobre el manejo de las espondiloartritis axial, señale la FALSA:

a) No se recomienda el uso de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales en pacientes con afectación exclusivamente axial.
b) Los antiinflamatorios no esteroideos son el tratamiento de primera línea y se pueden utilizar a largo plazo para controlar los síntomas.
c) Se debe considerar el uso de inhibidores del TNF antes de administrar inhibidores de la IL- 17.
d) Si los tratamientos de primera línea fracasan, están contraindicados o son mal tolerados, se pueden considerar el uso de analgésicos, como el paracetamol y los medicamentos opioides.

493. Dadas las lesiones cutáneas que presenta el paciente, se plantea la posibilidad de una artritis psoriásica con afectación axial. Señale la cierta al respecto:

a) La sacroilitis radiográfica aparece en menos del 20 % de los pacientes con artritis psoriásica y suele ser simétrica.
b) Estudios recientes han sugerido que los fármacos inhibidores de la IL-6 muestran eficacia para el tratamiento de los síntomas axiales en pacientes con artritis psoriásica.
c) Los fármacos inhibidores de la IL-23 están indicados en pacientes con espondiloartritis axial, especialmente si presentan psoriasis cutánea.
d) Tanto la uveítis como la enfermedad inflamatoria intestinal son más frecuentes en pacientes con artritis psoriásica axial en comparación con los pacientes con artritis psoriásica que no presentan afectación axial.

494. Se realiza una resonancia magnética que el radiólogo informa como sugestiva de espondiloartritis axial. ¿Cuál de los siguientes hallazgos le parece MENOS probable encontrar?

a) Esclerosis triangular del lado ilíaco.
b) Inflamación en localización periarticular, como en la médula ósea subcondral.
c) Edema de la médula ósea en una secuencia STIR.
d) Captación de contraste en médula ósea en una secuencia potenciada en T1.

495. El paciente comienza con sensación de cuerpo extraño en el ojo derecho de 24 horas de evolución, acompañado de intenso dolor y enrojecimiento. En la exploración, el oftalmólogo observa una pupila ligeramente irregular, con inyección conjuntival y ciliar, flare acuoso y sin precipitados queráticos. Se pauta un tratamiento de corticoides tópicos, tras lo cual el paciente mejora. A los 3 meses, vuelve a consulta por un episodio similar. En ese momento, se plantea el inicio de una terapia biológica.

¿Cuál de los siguientes tratamientos considera más adecuado?

a) Ixekizumab.
b) Secukinumab.
c) Etanercept.
d) Adalimumab.

CASOS CLINICOS DE PREGUNTA UNICA

496. Varón de 75 años, diagnosticado hace 10 años de síndrome antisintetasas por poliartritis de manos, enfermedad pulmonar intersticial y anticuerpo anti-JO1 positivo, actualmente asintomático, en tratamiento con leflunomida. Desde el inicio presenta debilidad progresiva en piernas tropezándose con el pie derecho, parestesias en dedos manos etiquetadas como síndrome túnel carpo bilateral leve (EMG) ; Hace 6 años presentó un cuadro de dolor agudo con hipoestesia en muslo derecho con EMG compatible con cruralgia derecha y RMN lumbar con estenosis de canal y del foramen derecho a nivel L4-L5. Fué tratado con infiltraciones epidurales. Su debilidad en EEII ha progresado hasta el punto de que actualmente el paciente precisa caminar con dos muletas. En su exploración neurológica actual presenta reflejos rotulianos y aquíleos vivos, Babinsky en extensión bilateral. EMG: signos de daño crónico L4 bilateral además de signos de daño agudo superpuesto en territorio L5 bilateral y S1 derecho. Por otro lado, hace 6 meses fue diagnosticado de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) originado en fundus gástrico, con metástasis hepáticas y peritoneales. Recibe tratamiento con Imatinib. En este contexto, ¿Cuál le parece el diagnostico más probable de este paciente?

a) Estenosis canal cervical con mielopatía.
b) Metástasis medula espinal de su tumor GIST.
c) Polineuropatía asociada a su problema autoinmune.
d) Esclerosis lateral amiotrófica.

497. Varón de 35 años, HLA-B27 positivo, oligoartritis de miembros inferiores y lumbalgia inflamatoria 4 semanas después de un cuadro gastrointestinal por Shigella flexneri. ¿Qué estudio NO solicitaría para realizar el diagnóstico?

a) Aspiración articular de líquido sinovial, porque los hallazgos en el líquido sinovial pueden ser inespecíficos y típicos de una artritis inflamatoria.
b) Biopsia sinovial para valorar presencia de ADN bacteriano mediante pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR).
c) Cuantificar los niveles de HLA-B27, ya que niveles elevados se correlaciona con la gravedad de la enfermedad.

d) RMN de sacroilíacas para confirmar hallazgos de sacroilitis.

498. Nos avisan por una artritis de rodilla en un enfermo de 69 años, hipertenso, diabético, cardiópata y con insuficiencia renal estadio IIIb ingresado en endocrino por descompensación diabética. El dolor es insoportable y debemos tratarlo. De las siguientes opciones, ¿cuál sería la más indicada?

a) AINES, colchicina y esteroides están contraindicados. El tratamiento de elección en un enfermo de estas características serían los fármacos opiáceos.
b) Los ataques de gota son cortos en el tiempo. Podemos permitirnos utilizar AINEs. En el caso de la gota, indometacina y etoricoxib han demostrado ser los fármacos más efectivos.
c) El bloqueo de la IL-1. Canakinumab está aprobado para los episodios de inflamación aguda en los que no hay alternativa terapéutica.
d) En un caso así, es mejor utilizar anti-TNF, ya que su experiencia de uso es superior a los otros mecanismos de acción en enfermos con estas características.

499. Varón de 55 años, obeso y diabético, con limitación crónica a la movilidad axial y HLA B27 positivo. En RMN se aprecia ausencia de cambios degenerativos en los discos interventebrales. Como diagnóstico diferencial NO pensaría en:

a) Hiperostosis esquelética idiopática difusa.
b) Artropatia vertebral de Charcot.
c) Ocronosis vertebral.
d) Espondilitis anquilosante.

500. En un enfermo de 61 años de edad, fumador, con episodios repetidos de monoartritis de tobillo y rodilla que se autolimitan en 4 o 5 días, de 4 años de evolución, con eritema intenso y muy dolorosos, tanto que no puede ni tocarse y no puede caminar. Presenta lesiones eritematosas descamativas y pruriginosas en ambos codos. Se presenta en la consulta con tumefacción de la rodilla izquierda. En su analítica de ayer la uricemia es de 6,3 mg/dl. ¿Cuál es la cierta?

a) Lo más probable es que las lesiones del codo sean psoriasis y se trate de una artritis psoriásica.
b) En los episodios de inflamación aguda baja la uricemia, por lo que esta cifra no es valorable. El enfermo cumple los criterios de clasificación 2015 ACR/EULAR para gota. Lo diagnosticaremos de gota e iniciaremos el tratamiento reductor de la uricemia cuando acabe el presente ataque.
c) Realizaremos artrocentesis para poder realizar estudio del líquido sinovial mediante microscopio óptico con luz polarizada.
d) Nunca ha presentado podagra, seguramente se trate de una artropatía por depósito de cristales de pirofosfato cálcico. Pediremos una radiografía para detectar la típica imagen de calcificación del menisco o condrocalcinosis.

Osakidetza

