



1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

ACCESO: PROMOCIÓN INTERNA

CATEGORÍA: FEA REUMATOLOGÍA.

CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:

Resolución de 5 de julio de 2018 (BOJA núm. 134, 12 de julio).

ADVERTENCIAS:

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla**.
- El **tiempo de duración de las dos pruebas** es de **tres horas**.
- **No abra** el cuadernillo hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**» y «**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 1 a la 100.
 - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «**Reserva**» de la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «**Hoja de Respuestas**».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «**Hoja de Respuestas**» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro dispositivo electrónico.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desean un ejemplar pueden obtenerlo en la página web del SAS (www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud).

-
- 1 Según el art 68 Ley 55/2003, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud “La suspensión firme determinará la pérdida del puesto de trabajo cuando exceda de...”:**
- A) Dos años
 - B) Un año
 - C) Seis meses
 - D) Seis años
- 2 Las Unidades de Prevención de riesgos laborales, en el ámbito territorial del SAS, atendiendo a las actividades preventivas asumidas, se clasifican en...**
- A) Dos niveles
 - B) Tres niveles
 - C) Cuatro niveles
 - D) Cinco niveles
- 3 El Comité de Seguridad y Salud es:**
- A) El órgano paritario y colegiado de participación destinado dar el visto bueno y aprobar las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos.
 - B) El Comité de Seguridad y Salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la consulta regular y periódica de las actuaciones de la empresa en materia de prevención de riesgos.
 - C) El Comité de Seguridad y Salud es el órgano paritario y colegiado de participación destinado a la emisión de informes vinculantes para la empresa en materia de prevención de riesgos.
 - D) El Comité de Seguridad y Salud es el interlocutor con la Autoridad Laboral en materia de prevención de riesgos en los distintos sectores de la Administración de la Junta de Andalucía.
- 4 El Sistema Sanitario Público de Andalucía se financia fundamentalmente con cargo a diferentes recursos excepto...**
- A) Presupuestos de la Junta de Andalucía
 - B) Rendimientos de tributos cedidos por el Estado
 - C) Los recursos por la participación de la Junta de Andalucía en los Presupuestos del Estado
 - D) Las cotizaciones a la Seguridad Social por actividad laboral

5 Las unidades docentes de medicina familiar y comunitaria están adscritas a...

- A) Distrito de Atención Primaria que determine la Dirección General competente en Asistencia Sanitaria
- B) Comisión de Docencia del Área Hospitalaria correspondiente
- C) Dirección del Área de Salud
- D) Unidad Provincial de Formación EIR

6 El artículo 87 de la Ley General de Sanidad establece que el personal podrá ser cambiado de puesto por necesidades imperativas de la organización sanitaria...

- A) Dentro de la zona básica de Salud o Área Hospitalaria de Salud.
- B) Dentro del área de salud.
- C) Dentro del ámbito del Servicio de Salud.
- D) El personal no podrá ser cambiado de su puesto titular de Centro, en ningún caso.

7 En el indicador de la tasa de mortalidad infantil (TMI) se incluye el número de los niños fallecidos:

- A) Menores de 1 año
- B) Menores de 14 años
- C) En las 24 primeras horas de vida
- D) Primeras semanas de vida, de 0 a 28 días

8 En el Manual de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) el estándar “Se respeta la intimidad y privacidad de la persona a lo largo de todo el proceso de atención” es:

- A) Un estándar del grupo I obligatorio
- B) Un estándar del grupo I no obligatorio
- C) Un estándar del grupo II
- D) Un estándar del grupo III

9 En planificación sanitaria, el método de priorización de Hanlon utiliza

- A) Criterios de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y relación coste/efectividad
- B) Criterios diferentes para cada problema a analizar a los que se les asigna previamente un peso específico a cada uno
- C) Criterios enunciados en forma de preguntas cerradas de opción única, en las que cada respuesta tiene un valor asignado de antemano
- D) Criterios de gravedad, magnitud o extensión, eficacia de la intervención y factibilidad del programa

10 ¿Los profesionales sanitarios andaluces pueden consultar las declaraciones de Voluntades Vitales Anticipadas inscritas fuera de Andalucía?

- A) No, porque el registro de voluntades vitales anticipadas es autonómico
- B) Si, porque el registro es común en todo el ámbito de la Unión Europea
- C) Si, porque el Registro de Andalucía está sincronizado con el Registro Nacional de Instrucciones Previas, pero no se podría en países distintos de España
- D) Se puede consultar para todas las voluntades vitales inscritas en cualquier autonomía española y en los países de Portugal, Francia e Italia

11 En cuanto a la epidemiología de la artrosis cual de estas respuestas es la FALSA:

- A) Alrededor del 50% de mayores de 65 años tienen signos radiológicos de artrosis en manos y una prevalencia del 10% de artrosis sintomática.
- B) El 60% de la población tiene algún signo radiológico de espondiloartrosis. Siendo la zona lumbar la localización más frecuente.
- C) En estudios poblacionales europeos de mayores de 45 años se encuentran tasas de artrosis radiológica de rodillas en el 14.1% de hombres y 22.8% de mujeres. Siendo la prevalencia en España de la artrosis sintomática de esta localización del 10%.
- D) La artrosis de cadera es la menos frecuente, prevalencia 1-7%. Parece ser mas frecuente en hombres.

12 En relación a las proteasas todas son ciertas, EXCEPTO:

- A) Son exopeptidasas clasificadas en cinco grupos.
- B) Se clasifican según especificidad del sustrato de la matrix extracelular.
- C) La degradación de la matrix extracelular esta regulada por el balance entre las proteasas y sus inhibidores.
- D) Los condrocitos mediante estimulación pueden expresar varios tipos de proteasas.

13 En cuanto a las contracciones de las fibras musculares señalar cual de estas respuestas es FALSA:

- A) Tienen lugar al formarse puentes cruzados transitorios entre las cabezas de actina y miosina.
- B) El ortofosfato liberado genera deslizamiento por cambio conformacional en las cabezas de miosina.
- C) La contracción finaliza cuando disminuye la concentración de calcio, bloqueándose la unión entre miosina y actina.
- D) Las fibras II se caracterizan por una contracción lenta y prolongada, las fibras I por una contracción rápida y menor contenido en mioglobina.

14 En relación a la Osteoinmunología todas son ciertas, EXCEPTO:

- A) Las células Th17 inducen expresión de RANKL en fibroblastos sinoviales en la Artritis Reumatoide.
- B) Los estrógenos no intervienen como reguladores de la producción de citocinas por los linfocitos T y B.
- C) Múltiples citocinas procedentes de linfocitos, células dendríticas y macrófagos actúan sobre las células del remodelado óseo.
- D) En la sinovial reumatoide se producen citocinas con actividad osteoclastogénica (RANKL, M-CSF, IL-1, IL-17 y TNF).

15 Respecto a las células dendríticas es falso que:

- A) Las células dendríticas se diferencian en dos grandes grupos, las de origen mieloide y las de origen linfoide.
- B) Son el tipo de células principales asociadas al sistema inmunitario natural y adaptativo.
- C) Las células dendríticas inmaduras se encuentran en diferentes tejidos, sin necesidad de migrar a órganos linfoides.
- D) De forma similar a las células dendríticas, las células epiteliales, fibroblastos y células endoteliales pueden actuar como células presentadoras de antígenos.

16 En la patogénesis de las enfermedades autoinmunes todas son ciertas, EXCEPTO:

- A) El componente genético es un factor importante en el desarrollo de la mayoría de las enfermedades autoinmunes.
- B) Los linfocitos T CD4 no están implicados.
- C) Es fundamental la producción de autoanticuerpos por los linfocitos B.
- D) Ciertos factores ambientales no definidos pueden influir en su desencadenamiento.

17 En la asociación de antígenos de Histocompatibilidad con Enfermedades Reumáticas Autoinmunes Sistémicas (ERAS), es cierto que:

- A) Es raro que alelos de HLA-DRB1 puedan proteger frente al desarrollo de Artritis Reumatoide.
- B) En el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) los factores genéticos influyen en un 80%.
- C) Los factores genéticos de mayor riesgo para LES son las deficiencias de complemento y mutación en el gen TREX1.
- D) En Artritis Reumatoide no hay asociación con genes fuera del Complejo Mayor de Histocompatibilidad.

18 En relación al Factor Reumatoide es falso que:

- A) El Factor Reumatoide asociado a Artritis Reumatoide incluye no solo el isotipo IgM, sino también IgG, Ig A e Ig E.
- B) Los títulos de los isotipos IgG, IgA no se encuentran elevados en el suero de pacientes con Artritis Reumatoide.
- C) Los niveles elevados de Factor Reumatoide se asocia a peor pronóstico de la enfermedad.
- D) El Factor Reumatoide puede encontrarse en pacientes con infecciones parasitarias.

- 19 En relación a la presencia de anticuerpos anti-DNA nativo de alta avidéz en Lupus erimatoso sistémico (LES) todas son ciertas, EXCEPTO:**
- A) El aumento es inversamente proporcional a la disminución de C3.
 - B) Se detectan en el 60-70% de los casos.
 - C) Constituyen uno de los criterios de clasificación de LES, aunque no aparecen en todos los pacientes.
 - D) Se asocian, en general , con hipertensión pulmonar.
- 20 Respecto al aclaramiento de inmunocomplejos, es falso que:**
- A) El Sistema del complemento juega un papel importante.
 - B) La existencia de esplenectomía no interfiere en este proceso.
 - C) Este proceso evita el depósito de inmunocomplejos en localizaciones no deseadas como glomérulos renales.
 - D) Tiene especial importancia en enfermedades como LES y crioglobulinemia mixta.
- 21 El estudio de un líquido sinovial en un caso de monoartritis, se informa en relación al aspecto de poca viscosidad, un recuento de 40.000 leucocitos con PMN >50% y cultivo negativo. De las causas que se relacionan, indicar la que no correspondería con las características del líquido:**
- A) Artritis por virus.
 - B) Artritis por CPPD (cristales de pirofosfato cálcico dihidratado).
 - C) Sinovitis Villonodular.
 - D) Enfermedad de Behcet.
- 22 En cuanto a la capilaroscopia como estudio en los pacientes con fenómeno de Raynaud que respuesta es la VERDADERA:**
- A) Se recomienda el examen de los dedos de ambas manos, exceptuando el pulgar, la visualización más clara la ofrecen el 4º y 5º dedos.
 - B) El denominado patrón esclerodérmico no se presenta en otras enfermedades autoinmunes.
 - C) Se suele presentar el mismo patrón evolutivo en todos los dedos.
 - D) El plexo venoso nunca se ve en niños ni ancianos.
- 23 En cuanto a las técnicas de imagen en la patología musculoesqueletica y autoinmune, ¿qué repuesta es la VERDADERA?**
- A) El TAC es la prueba oro para identificar las erosiones marginales de la AR y las centrales de la artrosis.
 - B) La gammagrafía ósea es mas sensible que la RMN en la detección de necrosis avascular.
 - C) El TAC es la técnica de elección para diagnostico de osteocondritis.
 - D) La aplicabilidad de la RMN en el seguimiento de los pacientes en la práctica clínica es amplia.

- 24 En relación a la utilidad de la ecografía en Artritis Reumatoide (señala la correcta):**
- A) Es más sensible que la RMN en la evaluación de carpos.
 - B) Es muy útil en articulaciones profundas.
 - C) La ecografía es menos sensible que la RX para valorar erosiones.
 - D) Existe correlación entre señal doppler y la RMN con contraste en carpos y MCF.
- 25 Actualmente la gammagrafía es la técnica de imagen recomendada para el diagnóstico de:**
- A) Infiltración neoplásica ósea.
 - B) Extensión de condromatosis sinovial.
 - C) Fracturas radiológicamente ocultas.
 - D) Extensión de enfermedad de Paget.
- 26 En relación con la valoración del paciente con debilidad muscular cual de estas afirmaciones es FALSA**
- A) En las miopatías los reflejos suelen estar aumentados.
 - B) En las miopatías inflamatorias no hay trastornos sensitivos.
 - C) Los antipalúdicos pueden inducir una miopatía indolora.
 - D) Las miopatías inflamatorias suelen ser proximales y simétricas.
- 27 En la valoración de un paciente con poliartritis la distribución de las articulaciones afectada es muy importante. Un patrón asimétrico se relaciona con: (señalar la FALSA):**
- A) Reumatismo palindrómico.
 - B) Artritis viral.
 - C) Enfermedad de Lyme.
 - D) Artritis reactiva.
- 28 Ante un paciente con monoartritis cual de las siguientes afirmaciones es VERDADERA:**
- A) Si la inflamación permanece mas de 4 semanas se considera crónica.
 - B) La enfermedad de Lyme suele presentarse como brotes de monoartritis en estadios precoces.
 - C) La causa más frecuente de monoartritis aguda son las microcristalinas.
 - D) El reumatismo palindrómico causa monoartritis subagudas que pueden durar varias semanas.
- 29 En patología cervical, la lesión de la raíz C5 afecta a: (seleccione la CORRECTA):**
- A) Reflejo bicipital.
 - B) Reflejo tricipital.
 - C) Reflejo supinatorio.
 - D) Reflejo flexor de los dedos.

30 La maniobra de Fabere puede ser positiva en:

- A) Afectación de articulación sacroilíaca.
- B) Espondilolistesis.
- C) Estenosis de canal lumbar.
- D) Todas las anteriores.

31 El tratamiento más efectivo en la patología del hombro es:

- A) AINES.
- B) Infiltraciones con corticoides.
- C) Analgésicos y opioides.
- D) Fisioterapia.

32 Según los nuevos criterios para Fibromialgia del 2010, el uso de WPI (Widespread Pain Index) y de (Symptom Severity >Score -SSS-) :

- A) Permiten clasificar a > 85% de pacientes con criterios ACR 1990.
- B) No son de utilidad en Atención Primaria.
- C) A y B son ciertas.
- D) Ninguna de las anteriores.

33 Con respecto al Síndrome del túnel carpiano, cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- A) Afecta a un 10% de la población adulta y con frecuencia es bilateral.
- B) Puede ser la forma de inicio de patologías reumáticas como la artritis reumatoide.
- C) La sintomatología es dolor y parestesias en los tres últimos dedos de la mano y el borde cubital del cuarto.
- D) La ecografía ha demostrado ser útil para el diagnóstico.

34 Pueden ser lesiones ocupacionales todas EXCEPTO:

- A) Tendinitis bicipital.
- B) Dedo blanco producido por vibración.
- C) Síndrome compartimental crónico.
- D) Síndrome del túnel del carpo.

35 Cual de las siguientes lesiones cutáneas NO es característica de patología reumática:

- A) Exantemas.
- B) Hipopigmentación.
- C) Telangiectasias.
- D) Úlceras.

36 ¿Qué tipo de escleritis es el que MAS se asocia a enfermedades del tejido conectivo?

- A) Escleritis necrotizante con inflamación.
- B) Escleromalacia perforante.
- C) Escleritis posterior.
- D) Escleritis granulomatosa.

37 Durante el embarazo se puede utilizar, como tratamiento de la enfermedad de base, todas EXCEPTO:

- A) Sulfasalacina.
- B) Ciclosporina.
- C) Betametasona.
- D) Azatioprina.

38 Señale la respuesta INCORRECTA en cuanto al Síndrome Antifosfolipídico Catastrófico (SAFC):

- A) La trombosis y un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica son probablemente los mecanismos patogénicos de SAFC.
- B) El SAFC se debe sospechar ante un paciente con afectación multiorgánica y datos de microangiopatía trombótica.
- C) La terapia combinada con anticoagulación, corticosteroides, recambios plasmáticos y/o inmunoglobulinas intravenosas es de elección en pacientes con SAFC.
- D) El SAFC afecta al 10% de los pacientes con Síndrome Antifosfolipídico y su mortalidad es muy elevada.

39 Cual de estos AINES inhiben más selectivamente la COX 2.

- A) DICLOFENACO.
- B) AAS.
- C) NAPROXENO.
- D) INDOMETACINA.

40 Los opiáceos son los analgésicos más potentes conocidos, ya sean de origen endógeno o exógeno. Cuál de estas afirmaciones no es CORRECTA:

- A) Se unen a receptores cuya distribución es abundante en el Sistema nervioso central.
- B) La presencia de estos fármacos en la periferia pueden jugar un papel importante desde el punto de vista farmacológico.
- C) Los receptores opiáceos no pertenecen a los receptores acoplados a la protrina G.
- D) A y B son correctas

41 En cuanto a la biología de los corticoides ¿Qué no es correcto?

- A) El principal glucocorticoide natural es el cortisol.
- B) Se metaboliza en el hígado y su vida media es larga.
- C) Su síntesis esta regulada por la hormona corticotropa y por la hormona hipotalámica liberadora de corticotropina.
- D) Circula unida a la transcortina 90% y el resto unida de forma laxa a la albúmina o libre.

42 En cuanto al Micofenolato ¿Qué no es correcto?:

- A) Tiene absorción casi completa por vía oral.
- B) Aumenta la proliferación de Linfocitos B.
- C) Disminuye la proliferación de Linfocitos T.
- D) Todas son correctas.

43 Que no es correcto con respecto al Secukinumab:

- A) Anticuerpo monoclonal humano dirigido contra interleukina 17A (IL17A).
- B) Bloquea la IL17A tanto a nivel de la inmunidad innata como la inmunidad adaptativa.
- C) Inhibe la síntesis de diversas citocinas y quimiocinas.
- D) Bloquea la IL17A solo a nivel de inmunidad adaptativa.

44 Señala LO FALSO respecto al tratamiento con inmunoglobulinas:

- A) Se utiliza en el tratamiento de la purpura trombocitopénica autoinmune idiopática.
- B) Su vía de administración solo es la IV.
- C) La dosis más baja se utiliza en pacientes con inmunodeficiencias.
- D) se utilizan en el tratamiento de la polimiositis y dermatomiositis en adultos y niños.

45 Qué fármaco es el más indicado, en una paciente postmeno-pausica con alto riesgo de Ca. de mama y osteoporosis:

- A) Raloxifeno.
- B) alendronato.
- C) risedronato.
- D) Zoledronico.

46 En un paciente con dolor lumbar irradiado a MMII con clínica radicular, y sin respuesta a los tratamientos farmacológicos instaurados ¿Qué técnica es la más adecuada?:

- A) Infiltraciones epidurales con anestésicos locales.
- B) Bloqueo radicular selectivo.
- C) Infiltraciones con plasma rico en plaquetas.
- D) A y B son correctas.

47 Señala LO FALSO respecto al tratamiento Rehabilitador:

- A) Se recomiendan solo las modalidades pasivas.
- B) Siempre deben establecerse objetivos concretos.
- C) Los programas de Rh más eficaces son los combinados.
- D) El ejercicio terapéutico puede mejorar los síntomas.

- 48 Que técnica quirúrgica es la más estandarizada en pacientes afectados de enfermedades reumáticas.**
- A) Sinevectomy abierta.
 - B) Artroplastias.
 - C) Sinevectomy artroscópica.
 - D) Osteotomías correctoras.
- 49 ¿Cuál de estos genes tienen mayor ODD ratio de susceptibilidad en la Artritis reumatoide?:**
- A) PTPN22.
 - B) TNFAIP3.
 - C) HLA-DRB1.
 - D) IRF5.
- 50 Cual parece ser el mayor predictor asociado a la persistencia de enfermedad en Artritis precoz:**
- A) Sexo femenino.
 - B) Habito tabáquico.
 - C) Duración de los síntomas más de 12 semanas.
 - D) Presencia de autoanticuerpos (FR ,CCP).
- 51 Cuál de estas manifestaciones extraarticulares no suele aparecer en la Artritis Reumatoide (AR):**
- A) Nódulos pulmonares.
 - B) Anemia hemolítica.
 - C) Amiloidosis.
 - D) Pericarditis.
- 52 Según las recomendaciones del TREAT TO TARGET cada cuanto tiempo debe ajustarse el tratamiento hasta conseguir el objetivo terapéutico:**
- A) Como mínimo cada 6 meses.
 - B) Como mínimo cada 3 meses.
 - C) Como mínimo cada 4 meses.
 - D) Como mínimo cada 8 meses.
- 53 La vasculitis Reumatoide tipo Panarteritisnodososa, es una complicación poco frecuente de la Artritis Reumatoide (AR) pero una de las más graves, ¿Cuál es su tratamiento?:**
- A) Esteroides 1mgr/Kg/día en dosis única o dividida.
 - B) Ciclofosfamida oral más esteroides orales.
 - C) Ciclofosfamida en pulsos de 0,5 a 1 gr/m² en intervalos de 2-4 semanas más metilprednisolona 15 mgr en infusión única 3 días.
 - D) Ciclofosfamida 0,75 gr/m² en infusión única el 1º día más metilprednisolona 15 mgr/Kg/día en 3 días.

54 Varón de 45 años que comenzó con dolor lumbar inflamatorio hace 4 meses. Antecedentes: sobrina con psoriasis cutánea. La exploración física es normal. La analítica muestra anemia normocítica y normocrómica moderada con recuento de reticulocitos bajo, proteína C reactiva 85 mg/L (valor normal, VN <6) y lactato deshidrogenasa (LDH) sérica 600 UI/L (VN <333), siendo el resto del hemograma y bioquímica sérica normal; el test de HLA-B27 es negativo. La radiología simple de pelvis es normal. La Resonancia magnética no muestra signos de sacroileitis. Señala lo más apropiado sobre este caso:

- A) El paciente tiene una espondiloartritis axial radiológica según criterio ASAS.
- B) El paciente tiene un síndrome SAPHO.
- C) El paciente tiene una espondiloartropatía psoriásica.
- D) El paciente debe ser estudiado con mayor profundidad en busca de otros procesos.

55 Señala LO CORRECTO respecto a las espondiloartropatías:

- A) Se caracteriza por la osificación endocondral de las entesis fibrocartilaginosas.
- B) En la espondilitis anquilosante, la pérdida ósea y la formación ósea no suelen ocurrir simultáneamente, sino que es un proceso siempre secuencial, es decir, primero la pérdida y luego la formación.
- C) Los estudios de GWAS (Genome-Wide Association Studies) confirman que toda la carga genética se localiza en el complejo mayor de histocompatibilidad a través del HLA.B27.
- D) Los mecanismos de la inflamación se centran en las células B residentes en las entesis.

56 Señala LO CORRECTO respecto a las artritis psoriásica:

- A) No existe una buena asociación entre el tipo de psoriasis cutánea y el tipo clínico de la artritis.
- B) Existe una asociación entre la gravedad del psoriasis y la de la artritis.
- C) Apremilast ha demostrado eficacia en daño radiológico.
- D) La leflunomida es eficaz en la artritis y en la psoriasis de la piel.

57 Señala LO FALSO respecto a las artropatías enteropáticas:

- A) Una actividad intestinal persistente se asocia con mayor riesgo de artritis periférica pero no axial.
- B) La escleritis tiene un comportamiento clínico similar al de la artritis reumatoide.
- C) La artropatía asociada a enfermedad celiaca tiene una prevalencia en torno al 1% de la población.
- D) En la artritis asociada a by-pass intestinal puede ser útil el uso de glucocorticoides y antibióticos.

58 Señala LO CORRECTO respecto al síndrome SAPHO:

- A) El diagnóstico puede establecerse inicialmente sin la presencia de manifestaciones osteoarticulares.
- B) La hidradenitis supurativa no es una manifestación propia de esta síndrome.
- C) El aislamiento en las lesiones osteíticas de Cutibacterium acnes no descarta el diagnóstico.
- D) La presencia de enfermedad de Crohn descarta el diagnóstico.

59 Señala LO CORRECTO respecto a las enfermedades reumáticas infantiles:

- A) Es frecuente que el motivo de la consulta no sea el dolor en la enfermedad oligoarticular.
- B) El tratamiento farmacológico es básico en el manejo del síndrome de dolor regional complejo del niño.
- C) A diferencia del adulto, la mayoría de las lumbalgias infantiles tiene una causa identificable del dolor.
- D) La ecografía es menos útil en los niños que en los adultos.

60 Señala LO CORRECTO respecto a la artritis idiopática juvenil (AIJ):

- A) El riesgo de uveítis anterior crónica es mayor tras el 4º año de evolución.
- B) La uveítis anterior crónica es común en todas las formas de AIJ.
- C) La remisión clínica sin tratamiento se alcanza cuando el paciente está en remisión clínica y ha suspendido el tratamiento por lo menos 6 meses.
- D) La remisión clínica sin tratamiento es difícil de alcanzar en los pacientes poliarticulares con FR positivo.

61 Señala LO FALSO sobre las enfermedades autoinmunes sistémicas en niños:

- A) Solo una baja proporción de sujetos homocigóticos con déficit congénito de C2 desarrolla síntomas de lupus.
- B) La demora diagnóstica en el lupus juvenil se debe en parte a que suele comenzar con manifestaciones atípicas e inespecíficas como pérdida de peso o febrícula.
- C) La esclerosis sistémica juvenil a menudo se presenta con afectación de órganos principales.
- D) La dermatomiositis juvenil se caracteriza principalmente por vasculopatía capilar.

62 Señala LO FALSO sobre el lupus eritematoso sistémico (LES):

- A) La presencia de ANA monoespecíficos anti-DFS70 pueden ser útiles para discriminar entre individuos sanos ANA positivos y LES.
- B) Según los criterios ACR/EULAR 2017 de clasificación del LES, un paciente puede clasificarse como LES si tiene ANA positivo $\geq 1/160$ y un score clínico ≥ 5 puntos.
- C) El riesgo de muerte se duplica por cada nuevo sistema dañado en SLICC.
- D) La mayoría de los casos de lupus neuropsiquiátrico se presentan durante el primer año tras el diagnóstico.

63 Señala LO FALSO respecto al tratamiento del lupus eritematoso sistémico (LES):

- A) Las inmunoglobulinas están justificadas en pacientes con trombocitopenia grave para prevenir alguna complicación hemorrágica.
- B) Se recomienda el metotrexato como primer inmunosupresor en LES no renal con actividad moderada, sobre todo articular y cutánea.
- C) El uso combinado de mepacrina e hidroxiclороquina puede tener efectos sinérgicos.
- D) Se recomienda la ciclofosfamida como primera opción en el LES neuropsiquiátrico grave.

64 Señala LO FALSO sobre los pacientes con anticuerpos antifosfolípidos (AFL) o síndrome antifosfolípido (SAF):

- A) Se recomienda una anticoagulación con INR entre 2 y 3 para pacientes con trombosis venosa de forma indefinida.
- B) En mujeres con anticoagulante lúpico o AFL a títulos altos sin trombosis previa que desean un embarazo deben tomar hidroxicloroquina, baja dosis de aspirina y heparina de bajo peso molecular preconcepcional.
- C) La trombocitopenia grave debe tratarse igual que una púrpura trombocitopénica inmune.
- D) Los engrosamientos valvulares sin embolización sistémica se tratan con baja dosis de aspirina.

65 Señala LO FALSO sobre el síndrome de Sjögren:

- A) Se caracteriza por una infiltración de glándulas exocrinas por células T CD+4 con tendencia a la inversión del cociente sérico CD4/CD8 junto a una expansión policlonal y oligoclonal de linfocitos B.
- B) Se considera una mejoría clínicamente relevante mínima de 3 o más puntos de ESSDAI.
- C) La ganglionopatía mixta del Síndrome de Sjögren se caracteriza por disestesias dolorosas (pies quemantes o dolor facial atípico) con electroneurograma normal.
- D) La manifestación renal más común es la nefritis intersticial.

66 Señala LO FALSO sobre la esclerosis sistémica:

- A) Bosentan es efectivo para la prevención y curación de las úlceras digitales activas.
- B) El índice cutáneo de Rodnan es un test semicuantitativo que puntúa el grado de espesor, flexibilidad (dureza) y fijación de la piel a las estructuras subyacentes.
- C) Riociguat es un estimulante de la guanilato ciclasa y por tanto no deben combinarse con sildenafil.
- D) Los pacientes con enfermedad pulmonar intersticial durante los 4 años primeros del diagnóstico y anti-Scl70 tienen más probabilidad de progresión.

67 Señala LO CORRECTO de las siguientes afirmaciones:

- A) La clínica de enfermedad mixta del tejido conectivo se correlaciona más con un perfil de anticuerpos anti-RNP IgM dirigido contra las proteínas B/B' del RNA.
- B) Los anticuerpos anti-PL-7 se asocian con enfermedad pulmonar intersticial. Fenómeno de Raynaud, artritis y manos de mecánico.
- C) La neumonía intersticial con manifestaciones autoinmunes (IPAF) actualmente se considera un diagnóstico independiente caracterizado por neumonía organizada, anti-MDA-5 y fenómeno de Raynaud.
- D) La presencia de elevadas concentración anti-RNP en pacientes con enfermedad mixta del tejido conectivo predice el desarrollo de glomerulonefritis o convulsiones.

68 En la miopatía por Estatinas:

- A) Los niveles de CK están elevados y es una miopatía predominantemente distal.
- B) Los niveles de CK están elevados y hay signos de necrosis en la biopsia.
- C) Los niveles de CK son normales y no hay signos de necrosis en la biopsia.
- D) Los niveles de CK son normales y es una miopatía predominantemente distal.

69 Los anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA):

- A) Los ANCA con patrón IFI perinuclear anti-MPO han demostrado efecto patógeno en modelos animales.
- B) Por IFI (inmunofluorescencia indirecta) el patrón p-ANCA se caracteriza por fluorescencia citoplasmática difusa, fina y granulosa, con refuerzo de la tinción en las zonas interlobulares del núcleo.
- C) El patrón p-ANCA por IFI es, en realidad, un artefacto de la permeabilización de los neutrófilos al fijarlos con etanol.
- D) Las respuestas A y C son correctas.

70 En la Arteritis de Células Gigantes (ACG):

- A) La manifestación oftálmica más común es la neuropatía óptica isquémica anterior.
- B) En la biopsia de la arteria temporal se encuentran células gigantes multinucleadas en el 90% de los casos.
- C) Como tratamiento inicial se suele recomendar una dosis de prednisona de 20-30 mg/día en toma única o dividida durante 3-4 semanas.
- D) Las respuestas A y B son correctas.

71 En las vasculitis asociadas a fármacos:

- A) La lesión histológica más común es la necrosis fibrinoide.
- B) La eventual positividad de los ANCA puede ser reflejo de afectación sistémica.
- C) La lesión cutánea más frecuente es la púrpura, que no suele ser palpable.
- D) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

72 En la Etiopatogenia de la Artrosis:

- A) La obesidad es el principal factor de riesgo modificable sólo para las articulaciones que soportan peso.
- B) La obesidad es el principal factor de riesgo modificable no sólo para las articulaciones de apoyo, sino también para las que no soportan peso como las manos.
- C) Durante la progresión de la artrosis el remodelado del hueso subcondral está disminuido.
- D) Las respuestas B y C son correctas.

73 La artrosis erosiva de manos:

- A) Las IFP se afectan con más frecuencia que las IFD.
- B) En los brotes inflamatorios puede existir elevación de los reactantes de fase aguda (VSG / PCR).
- C) Se ha relacionado genéticamente, en ocasiones, con un defecto en la región q21 del cromosoma 1.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

74 Sólo uno de los siguientes AINEs utilizados en el tratamiento de la Artrosis es derivado del ácido arilacético:

- A) Naproxeno.
- B) Ibuprofeno.
- C) Sulindaco.
- D) Diclofenaco.

75 Es cierto que:

- A) La ciclosporina puede producir hiperuricemia al reducir la excreción fraccional de urato.
- B) Los cristales de urato monosódico tienen forma en agujas o bastones de 3 a 20 μ de largo, presentando intensa birrefringencia con elongación positiva.
- C) El déficit de fosforribosil pirofosfato sintetasa origina la enfermedad de Lesch-Nyhan.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

76 Es cierto que:

- A) Los cristales de pirofosfato cálcico (PFC) tienen fundamentalmente una localización periarticular.
- B) Los depósitos de PFC se localizan principalmente en la superficie del cartílago articular.
- C) La condrocalcinosis puede observarse hasta en un 40% de los pacientes con hemocromatosis.
- D) Los cristales de fosfato cálcico básico tienen fundamentalmente una localización intraarticular.

77 Es cierto que:

- A) *S. aureus* es el principal agente etiológico de la piomiositis tropical y los estreptococos son los más frecuentes en las piomiositis de climas templados.
- B) La localización más habitual de las piomiositis son los grandes grupos musculares de los miembros superiores.
- C) El 90% de las bursitis bacterianas se producen en las bolsas olecraneana y prepatelar.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

78 La polimiositis asociada con el virus de la inmunodeficiencia humana:

- A) Se manifiesta típicamente de forma tardía en el curso de la infección.
- B) La mialgia es una característica predominante de presentación.
- C) En las biopsias musculares rara vez ocurre una vasculitis concomitante.
- D) Las respuestas A y C son correctas.

79 Es cierto que:

- A) La osteomielitis aguda hematogena tiene dos picos de incidencia, uno en la infancia y otro en personas mayores de 50 años.
- B) El patógeno más frecuente en la osteomielitis hematogena de lactantes entre 0-2 meses es el *Streptococcus agalactiae*.
- C) Las espondilodiscitis brucelares (*B. mellitensis*) suelen afectar especialmente a mujeres jóvenes.
- D) La localización más frecuente de la osteomielitis aguda hematogena en el adulto es a nivel de las extremidades superiores.

80 Es cierto que:

- A) Entre un 10-25% de los pacientes infectados por el VHB desarrolla artritis.
- B) La artritis de los pacientes infectados por VHB se produce típicamente en la fase icterica establecida de la enfermedad.
- C) Los pacientes con rubéola presentan una elevada tasa de artritis, pero ésta no se ha descrito tras la vacunación frente a esa enfermedad.
- D) Entre un 45-50% de los pacientes infectados por VHC padece artritis.

81 En la artritis reactiva:

- A) La artritis reactiva postdisentérica afecta fundamentalmente a varones, mientras que la asociada a infección urogenital afecta por igual a varones y mujeres.
- B) La manifestación ocular más característica es la conjuntivitis que puede aparecer en dos tercios de los pacientes.
- C) La queratodermia blenorragica es clínicamente similar a la psoriasis pero histológicamente es fácil de diferenciar de esta última.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

82 Es cierto que:

- A) La familia de tumores del sarcoma de Ewing presenta una translocación que afecta al cromosoma 20.
- B) La localización más frecuente del osteoma osteoide es en las metáfisis de fémur, tibia y húmero.
- C) El sarcoma sinovial o sinoviosarcoma se presenta fundamentalmente a partir de la séptima década de la vida y en la rodilla puede simular un quiste poplíteo.
- D) El encondroma es asintomático y su localización más frecuente es en la rodilla.

83 ¿Cuál de los siguientes supuestos no se considera como un síndrome reumático paraneoplásico?:

- A) Osteoartropatía hipertrófica primaria.
- B) Síndrome de RS3PE.
- C) Síndrome de fascitis palmar y poliartritis.
- D) Miositis asociada a cáncer.

84 En relación a la osteomalacia hipofosfatémica, cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- A) La disminución de fosfato es el factor determinante e intervienen en su regulación la PTH,1,25(OH)₂ Vitamina D y el Factor de crecimiento de Fibroblastos (FGF)23.
- B) Pueden ser de origen hereditario y/o adquirido.
- C) El FGF 23 actúa en el riñón junto al co-receptor Klotho mediando la reabsorción de fosfato.
- D) Las mutaciones en el gen que codifica la isoenzima no específica de la fosfatasa alcalina(TNSALP) son causa de la enfermedad.

85 En relación a la osteoporosis secundaria a glucocorticoides (GC), no es cierto que:

- A) Los GC producen alteración principalmente del hueso trabecular.
- B) Si se utilizan GC a dosis altas (30mg/d) o bolo intravenoso, independientemente de la duración, se recomienda comenzar tratamiento de forma inmediata.
- C) Si el tratamiento de GC es a dosis bajas, menores o igual a 5mg de prednisona, independientemente de la duración, no es preciso comenzar tratamiento.
- D) El tratamiento farmacológico se debe de mantener al menos durante el periodo de administración de GC.

86 En relación a los marcadores de remodelado óseo en la Enfermedad de Paget es cierto que :

- A) En la práctica clínica se utilizan en el seguimiento de la enfermedad, pero no en el diagnóstico.
- B) El fragmento aminoterminal del propéptido del colágeno tipo 1 (P1NP) es mejor marcador que la Fosfatasa alcalina total (FAT) para monitorizar actividad de la enfermedad y respuesta al tratamiento, especialmente en la Enfermedad de Paget monostótico.
- C) La Fosfatasa alcalina total (FAT) es el marcador recomendado en la monitorización de la enfermedad, con valoración inicial a los 15-30 días del tratamiento con Bifosfonatos.
- D) La osteocalcina es el marcador de formación que más se incrementa especialmente en Paget poliestótico.

87 Respecto a las vías moleculares que regulan el remodelado óseo es todo cierto EXCEPTO:

- A) RANKL es una proteína de membrana expresada en osteoblastos y osteocitos.
- B) En la vía canónica de Wnt las B- Cateninas son fosforiladas y degradadas.
- C) La esclerostina inhibe la vía Wnt y estimula la producción de RANKL en osteocitos.
- D) La carga mecánica y la PTH son inhibidores de la producción de esclerostina.

88 Respecto al síndrome de dolor regional complejo (SDRC) , cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- A) El SDRC tipo 1 se desarrolla después de una lesión nerviosa.
- B) Con la oxigenoterapia en cámara hiperbárica se ha obtenido resultados positivos de forma aislada.
- C) Es absolutamente necesario , para el diagnóstico definitivo de DSR, realizar una valoración completa de exclusión de otras condiciones.
- D) La fisioterapia temprana juega un papel fundamental en la recuperación de la funcionalidad y el enlentecimiento de la enfermedad.

89 Respecto a la Osteonecrosis, ¿Cuál es el diagnóstico diferencial que debemos pensar con mayor frecuencia por su mejor pronóstico?

- A) Condrioblastoma.
- B) Osteocondritis disecante.
- C) Síndrome de edema medular óseo primario.
- D) Osteomielitis.

90 Respecto a los criterios diagnósticos de la hiperostosis anquilosante (Resnick y Niwayama) ¿Cuál es FALSA?:

- A) Presencia de calcificación u osificación antero-lateral de al menos 4 cuerpos vertebrales contiguos.
- B) Preservación de la altura del disco intervertebral en el segmento vertebral implicado y ausencia de cambios radiográficos de discopatía degenerativa.
- C) Ausencia de anquilosis ósea de las articulaciones interpaofisarias y de erosiones, esclerosis o fusión ósea de las articulaciones sacroilíacas.
- D) Presencia de calcificación u osificación del ligamento longitudinal posterior a nivel de columna lumbar.

91 ¿Cuál de las siguientes manifestaciones articulares se puede presentar en el Hiperparatiroidismo primario?:

- A) Queiroartropatía o síndrome de mano rígida.
- B) Artropatía similar a la artritis de Jaccoud.
- C) Tendinitis xantomatosa.
- D) Hiperostosis esquelética idiopática difusa.

92 Ante un paciente con la sospecha clínica de Neurosarcoidosis ¿Cuál de las siguientes exploraciones te parece más específica para apoyar su diagnóstico?:

- A) En la bioquímica sanguínea : elevación del calcio y de la enzima convertidora de angiotensina (ECA).
- B) RMN craneal: múltiples lesiones periventriculares, hiperintensas en T2 y FLAIR, que no suelen captar contraste.
- C) LCR: aumento de proteínas y linfocitos , ausencia de bandas oligoclonales, aumento del cociente CD4/CD8.
- D) Gammagrafía con Galio 67: donde observamos un aumento de la captación difusa en órganos afectados.

93 ¿Cuál es el diagnóstico más probable de un paciente que presenta hipercalcemia, dolor óseo, lesiones líticas en los huesos, fracturas vertebrales, poliartritis simétrica y proteinuria?:

- A) Osteomielitis crónica.
- B) Hiperparatiroidismo primario.
- C) Mieloma múltiple y amiloidosis AL.
- D) Artritis Reumatoide y amiloidosis AA.

94 Una de las siguientes no es cierta en relación al Síndrome de Ehler-Danlos:

- A) Es una enfermedad genética que se caracteriza por una deficiencia de la cistationina- B sintetasa.
- B) Se caracteriza principalmente por presentar alteraciones en el tejido conectivo.
- C) Suele cursar con hiper movilidad articular.
- D) Puede cursar con alteraciones pulmonares como neumotórax, y prolapso valvular cardíaco.

95 Uno de los siguientes no es un Síndrome Autoinflamatorio.

- A) Criopirinopatias.
- B) Síndrome de Menkes.
- C) Síndrome de Blau.
- D) Deficiencia en el antagonista del receptor de la Interleukina-1.

96 Una de las siguientes no es cierta en relación, a la sinovitis por cuerpo extraño:

- A) La biopsia refleja reacción granulomatosa.
- B) El líquido sinovial suele contener menos de 5000 leucocitos.
- C) Los cultivos suelen ser negativos.
- D) En la radiología puede observarse aumento de partes blandas y erosiones.

97 La fibromialgia es un síndrome con importantes repercusiones en la vida laboral de las personas y económica en la sociedad, con costes directos sobre el sistema sanitario por aumentos de consultas, medicación, etc. e indirectos expresados fundamentalmente en las tasas de discapacidad que ocasiona. En la valoración de la afectación funcional y la incapacidad consecuente diga cuales son los factores predictores de discapacidad laboral:

- A) La desmotivación del trabajo, escasos ingresos económicos, trabajos pesados y baja puntuación en el cuestionario FIQ.
- B) La edad, sexo, educación, cargas familiares y alimentación.
- C) Elevado número de tender points, la existencia de acontecimientos vitales estresantes, la imposibilidad de adaptación al puesto de trabajo.
- D) Estar en la edad media de la vida, estar en litigio por una incapacidad, realizar una buena actividad física y alta puntuación en el cuestionario FIQ.

98 Adolescente o adulto joven que presenta cuadro de debilidad muscular progresiva de predominio en cinturas escapular y pelviana , elevación de CPK y patrón miopático en el electromiograma. ¿Cuál de las siguientes enfermedades por deposito lisosoma sospecharías?:

- A) Enfermedad de Niemann-Pick.
- B) Enfermedad de Fabry.
- C) Enfermedad de Pompe.
- D) Enfermedad de Hunter.

99 Respecto a la FMF (Fiebre Mediterránea Familiar), que es falso:

- A) Los anti-IL1(anakinra y canakinumab) han demostrado su eficacia en el tratamiento de la FMF resistente/intolerante a colchicina.
- B) Existe un fenotipo de pacientes clínicamente asintomáticos, en los que se presenta la amiloidosis secundaria como primera manifestación de la FMF.
- C) La mutaciónM694Ven el exón 10 del gen MEFVen homocigosis se relaciona con un fenotipo clínico más leve y menor riesgo de amiloidosis secundaria.
- D) La colchicina ha demostrado su eficacia en la prevención del desarrollo deamiloidosis.

100 Señale cuál de los siguientes, no es una contraindicación absoluta de embarazo en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico:

- A) Enfermedad pulmonar restrictiva con Capacidad vital forzada < 1 L.
- B) Insuficiencia renal crónica (creatinina>3 mg/dl).
- C) Hipertensión pulmonar (PAP sistólica > 50 mm Hg o sintomática).
- D) Brote grave de enfermedad en los 12 meses previos.

CASO 1:

Mujer de 22 años de edad que acude a Consulta de Reumatología por un cuadro de artralgias en rodillas y tobillos de dos meses de evolución junto a leve sensación de astenia y nódulos cutáneos dolorosos en cara anterior de ambas piernas. Manifestaba hipoacusia de oído izquierdo de un año de evolución y pequeña lesión ulcerosa hacía un mes en fosa nasal derecha. Asimismo refería tres episodios en los últimos seis meses de "ojo rojo" que se acompañaban de muy pocas molestias locales. Tan sólo había realizado tratamiento con paracetamol para el dolor, no manifestando la toma de ningún otro fármaco, ni ningún otro antecedente de interés. La exploración clínica apreciaba buen estado general, delgada, afebril, normotensa, faringe normal, auscultación cardio-respiratoria normal, no visceromegalias, no adenopatías, leve sinovitis en rodillas y tobillos y lesiones nodulares, eritematosas, ligeramente sobreelevadas en cara anterior de ambas piernas. Ojo izquierdo enrojecido. La analítica básica realizada apreciaba: leucocitos totales 12.640/mm³ con neutrófilos de 10.340/mm³, hemoglobina 11,6 g/dl, hematocrito 34,8%, VSG 69 mm a la 1ª hora y PCR 2,18 mg/dl (N: 0-0,5). Ante el cuadro clínico de la paciente y las lesiones en cara anterior de ambas piernas.

101 ¿El diagnóstico más probable de la lesión cutánea sería?:

- A) Erisipela.
- B) Flebitis.
- C) Eritema nodoso.
- D) Picadura de insecto.

102 En el diagnóstico diferencial de la pregunta anterior de este caso clínico se mencionó al eritema nodoso. La biopsia de esa lesión cutánea se caracteriza generalmente por:

- A) Paniculitis lobulillar con vasculitis.
- B) Paniculitis lobulillar sin vasculitis.
- C) Paniculitis septal con vasculitis.
- D) Paniculitis septal sin vasculitis.

103 Todas las siguientes entidades, desde el punto de vista histopatológico, pueden presentar predominantemente paniculitis lobulillar sin vasculitis, excepto:

- A) Paniculitis lúpica.
- B) Poliarteritis nodosa.
- C) Paniculitis postesteroidea.
- D) Paniculitis asociada a Dermatomiositis.

- 104 Todas las siguientes entidades, desde el punto de vista histopatológico, pueden presentar predominantemente paniculitis septal sin vasculitis, excepto:**
- A) Vasculitis leucocitoclástica.
 - B) Morfea profunda.
 - C) Nódulo reumatoide.
 - D) Todas las entidades anteriores presentan predominantemente paniculitis septal sin vasculitis.
- 105 En el diagnóstico diferencial de una de las preguntas anteriores de este caso clínico se mencionó al eritema nodoso. Se ha descrito asociada a eritema nodoso:**
- A) Fiebre por arañazo de gato.
 - B) Histoplasmosis.
 - C) Mononucleosis infecciosa.
 - D) Todas las anteriores.
- 106 Ante el cuadro clínico de esta paciente, no pediría de entrada:**
- A) Radiología simple PA y L de tórax.
 - B) Mantoux.
 - C) Gammagrafía con Galio.
 - D) ANA.
- 107 Exploración Otorrinolaringológica de la enferma: Tímpano íntegro, trompa permeable en ambos oídos. Costra seca por posible pequeña úlcera ya curada en la entrada de fosa nasal derecha. Faringe y Laringe normales. Audiometría: hipoacusia neurosensorial de 60 db. Impedanciometría normal.**
RM: en CAI izquierdo masa de 10x13x13 mm, isoíntensa en casi todas las secuencias, e hiperíntensa en T2, con gran captación de contraste, compatible con Schwannoma del acústico intracanalicular. Exploración Oftalmológica: No Tyndall. No precipitados queráticos. No infiltrados corneales. Blefaritis seborreica. Epiescleritis simple. En relación a La epiescleritis simple puede presentarse en:
- A) Espondiloartritis seronegativas.
 - B) LES.
 - C) Sarcoidosis.
 - D) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 108 Se realizó Rx simple de tórax. Ante el cuadro clínico de la paciente y las imágenes de la radiología simple de tórax se realizó también estudio mediante TC torácico y gammagrafía pulmonar con Galio. En relación a la gammagrafía pulmonar con galio:**
- A) Es específica de Sarcoidosis.
 - B) Es importante para tipificar el estadio de la Sarcoidosis pulmonar.
 - C) Puede ser positiva en procesos infecciosos y tumorales.
 - D) Todas las respuestas anteriores son falsas.

109 Se realizó un amplio estudio analítico complementario: ASLO, frotis faríngeo, factor reumatoide, ACPA, ANA, ANCA, HLA, ECA, serologías bacteriana y viral, Mantoux. Los resultados de estas pruebas complementarias fueron normales, negativos o no significativos. Ante el cuadro clínico de la enferma y las exploraciones complementarias realizadas, el diagnóstico menos probable sería:

- A) Linfoma Hodgkin.
- B) Linfoma No Hodgkin.
- C) Sarcoidosis.
- D) LES.

110 En esta paciente la prueba complementaria más definitiva que permite el diagnóstico es:

- A) Lavado broncoalveolar mediante fibrobroncoscopia.
- B) Exploración funcional respiratoria.
- C) Biopsia ganglionar por mediastinoscopia.
- D) Nueva determinación de Enzima Convertidora de Angiotensina (ECA).

CASO 2:

Mujer de 50 años, diagnosticada de psoriasis cutánea a los 14 años. En 2001 diagnosticamos de Artropatía Psoriásica con afectación axial y periférica (artritis sobre todo de rodillas, tobillos y pies), Sacroileitis más derecha.

Fue tratada con Metotrexato en dosis de escalada hasta 25mgr con mejoría importante de su patología articular pero no de la cutánea por lo que su dermatólogo decidió tratar con ciclosporina A. La paciente es mala cumplidora de los tratamientos.

Permaneció estable hasta 2005 que vuelve a empeorar, presentando intenso dolor lumbar con rigidez matinal, dolor e inflamación en rodillas y tobillos. No dactilitis ni entesitis.

A la exploración presentaba Schober 3; Dedo-suelo 25. Artritis de tobillos y rodillas. BASFI y BASDAI mayor de 5; PASI 64,6; VSG 60; PCR 30,4.

111 Qué factores de mal pronóstico tiene esta paciente:

- A) Sexo femenino.
- B) Dactilitis.
- C) Forma poliarticular con reactantes de inflamación elevados.
- D) A y C son correctos.

112 Dada la evolución de la enfermedad y los factores de mal pronóstico que tiene la paciente, que tº pondríamos en este momento:

- A) Iniciar de nuevo MTX . en pauta de escalada rápida.
- B) Iniciar Leflunomida.
- C) Poner terapia combinada con Leflunomida y MTX.
- D) Poner Metotrexato e iniciar protocolo para instaurar terapia biológica.

- 113 Realizamos protocolo para inicio de terapia biológica. La paciente tiene el Mantoux y el Booster positivos .Rx tórax normal. Marcadores de hepatitis y VIH negativos. Ponemos tº con Isoniazida 300 mgr durante 9 meses y al mes iniciamos su tratamiento. Dado que la paciente no es buena cumplidora del tº, ¿qué tº nos aseguraría un mejor cumplimiento del mismo en esta paciente?**
- A) Adalimumab.
 - B) Etanercept.
 - C) Infliximab.
 - D) Certolizumad.
- 114 Iniciamos tº según las recomendaciones de la SER sobre " tº y uso de terapias biológicas y no biológicas en A. Psoriásica" . Según el estudio TICOPA cada cuanto tiempo es más recomendable revisar a los pacientes para alcanzar mejor respuesta clínica:**
- A) Cada 3 semanas.
 - B) Cada 4 semanas.
 - C) Cada 12 semanas.
 - D) Ninguna es correcta.
- 115 Experimenta una gran mejoría tanto de su problema articular como de la piel. Los reactante de inflamación están normales. En Enero de 2009, la paciente acude a urgencias por cuadro de disminución de visión en ojo izq. , diplopía , cierta inestabilidad en la marcha y una Febrícula desde hace más menos 10 días. Tras realizar rx de tórax ,que fue normal y TC craneal, donde se aprecia lesión isodensa intraaxial en pedúnculo cerebral que se extiende hasta ganglios basales ipsilaterales y tronco, se decide su ingreso. Exploración a su ingreso: Consciente y orientada, no rigidez de nuca, no alteraciones del lenguaje. Leve ptosis palpebral izq., leve limitación recto interno OI con diplopía binocular. No papiledema en FO; No déficit motor; RCP flexora bilateral. Adenopatías cervicales. No artritis , mínimas lesiones de Psoriasis y algo de dolor a nivel de c. lumbar a la movilización. Nos refiere que el tº lo ha tomado de forma correcta, pero cree que no completó los 9 meses del tº con Isoniacida. Retiramos toda su medicación. Ante el cuadro clínico que presenta la paciente; la exploración y las pruebas realizadas en urgencias que otros estudios tendríamos que solicitar:**
- A) TC toraco- abdominal.
 - B) Quantiferon.
 - C) RM craneal.
 - D) Todas son correctas.

- 116 En la RM cerebral encontramos: Lesión nodular en pedúnculo cerebral con importante edema perilesional, con captación en anillo. Pequeña lesión con captación anular cortical occipital derecha y otra pequeña frontal. En el TC toraco- abdominal: Múltiples lesiones nodulares mediastínicas retro peritoneales y pequeña lesión pseudonodular en vértice pulmonar derecho. Tras estos hallazgos, cual sería el diagnóstico más probable:**
- A) Sarcoidosis.
 - B) Tumor cerebral metastásico.
 - C) Tuberculosis.
 - D) Linfoma.
- 117 Alguno de estos factores podrían tener alguna relación con la patología que presenta esta paciente:**
- A) Artritis crónica.
 - B) Tº con TNF alfa.
 - C) Tratamiento con Corticoides.
 - D) tener Mantoux positivo y no haber completado la profilaxis con Isoniazida.
- 118 Una de las siguientes pruebas nos hará llegar al diagnóstico de certeza:**
- A) Determinación de ECA.
 - B) Aspirado medular.
 - C) Gammagrafía con galio.
 - D) Biopsia de adenopatía cervical con estudio histológico y cultivo.
- 119 Una vez llegado al diagnóstico, se pauta el tratamiento correspondiente y se aconseja tomar analgésicos si tiene algún dolor. A las 2 meses , la paciente acude urgente a la consulta por presentar importante brote de dolor e inflamación en rodillas , tobillos y manos, así como lumbalgia inflamatoria y rigidez matinal de más de 1 hora. Incapacidad funcional (viene en silla de ruedas). Tiene VSG 85; PCR 13; BASI y BASDAI mayor de 4 y PASI 38. Comenzamos tº con MTX y dosis baja de esteroides con escasa respuesta. Cual sería la aptitud terapéutica:**
- A) Mantener MTX y aumentar dosis de esteroides.
 - B) Combinar MTX y Leflunamida.
 - C) Iniciar tº con Etanercept.
 - D) Ninguna es correcta
- 120 En relación con el Etanercept es correcto:**
- A) Es una proteína humana dimérica construida genéticamente por fusión del dominio extracelular soluble del receptor-2 del TNF humano (TNFR2/p75), unido al dominio Fc de la IgG1 humana.
 - B) Es un anticuerpo monoclonal quimérico que inhibe la actividad funcional de TNF-alfa.
 - C) Es un anticuerpo monoclonal humano que forma complejos estables de gran afinidad con las dos formas bioactivas del TNF-alfa humano.
 - D) Es un anticuerpo humanizado en el fragmento Fab recombinante que reconoce el TNF- α se conjugado con una cadena de polietilenglicol.

CASO 3:

En la primera visita una mujer 63 años enviada en mayo 2015 desde hematología por sospecha de síndrome antifosfolípido. La paciente estaba en seguimiento en hematología por púrpura trombocitopénica idiopática refractaria desde 2008 que requirió tratamiento por sangrado cutáneo-mucoso con glucocorticoides a altas dosis, inmunoglobulinas intravenosas, rituximab y finalmente romiplostim, con lo que entró en remisión clínica en 2010. Desde 2012 mantiene plaquetas normales sin tratamiento. En abril 2014, se detectó por primera vez un anticoagulante lúpico y en otras 2 ocasiones (4/2014, 9/2014 y 2/2015). Antecedentes: No fuma, no bebe, no conoce alergias, tiene 2 hijos, ningún aborto. Menopausia a los 50 años. Hipertensión arterial controlada con captopril, amlodipino y torasemida. En 2002 fue atendida en Neurología por AIT que dejó un infarto lacunar hemisférico derecho. La paciente refiere artralgias frecuentes desde hace años, sobre todo en rodillas, manos y hombros. No refiere otras manifestaciones sistémicas. La exploración física es normal excepto limitación de los últimos grados de movilidad de ambos hombros; cepillo rotuliano en ambas rótulas y signos de insuficiencia venosa. Analítica (4/2014): plaquetas 188.000, Anticoagulante lúpico positivo, ANA positivo 6.45, anticardiolipinas IgG negativo; IgM positivo débil (27), AntiB2GPI IgG e IgM negativos. Rx tórax: elongación arco aórtico y dudosa cardiomegalia. Manos y rodillas con cambios degenerativos severos. Rx de hombros: Colapso del hueso subcondral con pérdida de la esfericidad de ambas cabezas humerales sin afectación de la porción glenoidea. TAC de tórax: pequeña atelectasia de lóbulo medio y algunas calcificaciones coronarias. Seguimiento: Se añadió al tratamiento AAS 100 mg/día e hidroxiclороquina 20 mg/día, permaneciendo estable y sin cambios analíticos de interés hasta 7/2016 que cayeron los recuentos plaquetarios, sin otra clínica, por debajo de 10.000. Se suspendió AAS y se reinició romiplostim con lo que no se consiguió una respuesta mantenida y se cambió al trombopag más azatioprina sin respuesta suficiente. En 1/2018 se administró Rituximab y se consiguieron plaquetas >100.000; se reinstauró AAS. Ingreso en planta:

El 28/7/2018 ingresa urgente por bradipsiquia, sin focalidad neurológica inicialmente, 4.000 plaquetas y 9,6 g/dl de hemoglobina (previa 11). Al subir a planta tuvo pico febril, se sacaron hemocultivos y se trató con ampicilina, vancomicina, meropenem, aciclovir, dexametasona 12 g/día, azatioprina 100 mg/d, inmunoglobulinas intravenosas y eltrombopag. Durante los primeros días de ingreso tiene evolución desfavorable: deterioro progresivo de nivel de alerta, afasia motora, paresia facial derecha, ptosis papebral y paresia de brazo derecho. El 2º y 4º días sufrió crisis comiciales focales en brazo derecho y posteriormente generalizadas que se trataron con levetiracetam.

Resumen de exploraciones complementarias más destacadas:

Hemograma: Hemoglobina 11.6 g/dl (12.0 - 16.5); Volumen corpuscular medio 79.5 fL (80.0 - 100.0); Plaquetas (recuento) $3 \times 10^9/L$ (140 - 450); Leucocitos y fórmula, normal.

Reticulocitos (porcentaje) 2.35 % (0.50 - 2.50); Reticulocitos (recuento) $108 \times 10^9/L$ (25 - 75); índice reticulocitario=1. Test de Coombs directo positivo. Coagulación normal;

Fibrinógeno Fibrinógeno (coagulativo) 446 mg/dL (200- 400). Dímero D 3.749 ng/dl (VN 220-500).

Bioquímica: Glucosa 105 mg/dL; Creatinina Jaffé (IDMS) 0.35 mg/dL (0.43 - 0.96); Filtrado glomerular CKD-EPI (mL/min/1.73 m²) >90; Creatinquinasa (CK) 8 U/L (26 - 192); Lactato deshidrogenasa LDH 232 U/L (120 - 246); Colesterol 181 mg/dL (140 - 240); Triglicéridos 126 mg/dL (20 - 200); Aspartato transaminasa 32 U/L (13 - 40); Alanina transaminasa 29 U/L (7-40); Gamma glutamiltransferasa, GGT 42 U/L (5 - 55); Fosfatasa alcalina (ALP) 58 U/L (45 - 117); ferritina 220 ng/ml (12-150).

Inmunología: PCR 141 mg/L (VN<6); Procacitonina 0,06 ng/ml (VN <0,5); C3 78 (VN 90-180) y C4 9 (VN 10-40); ANA +1/320. Anti-DNA_n 1/12, ENA negativo, p-ANCA +1/20; anti-PR3 3,7 positivo; Anticoagulante positivo, Ac. anti Cardiolipina IgG 6.8 Negativo (<10.0); Ac. Anti

Cardiolipina IgM 48 Positivo (<10.0); Ac. anti Beta2 GP1 IgG 3.6 Negativo (< 10.0).

Orina: Cociente PR(u)/CR(u) se movió entre 1.041 mg/g. Sedimento urinario 354 hematíes/mcl, 16 leucocito/mcl. Hemocultivos y urocultivos, negativos.

EEG compatible con encefalopatía difusa de etiología inespecífica con focalidad temporal derecha.

Rx hombros: pérdida de esfericidad de las cabezas humerales con colapso sucondral bilateral.

TC tórax: Derrame pleural encapsulado izquierdo de baja densidad con mínimo colapso del pulmón subyacente.

TC cráneo: enfermedad vasculo-degenerativa con Infartos lacunares en ganglios de la base bilaterales.

RM y angio-RM cráneo: Hiperintensidades focales en sustancia blanca subcortical y periventricular, y en centros semiovais, sugestivo de microangiopatía grado II. Lesión isquémica crónica occipital izquierda crónica. Hematomas laminares subdurales en la convexidad y hemorragia subaracnoidea en surcos frontales bilaterales. No se observa dilatación del sistema ventricular. Escasa visualización de la columna de flujo de ACM y ACP izquierdas, que podría ser debido a defectos de técnica. Angio-TC cráneo: Estenosis crítica irregular arrosariada de segmento M1 de ACM izquierda y A1 izquierda. Oclusión en origen de P1 izquierda. Estenosis de aprox. 75% en segmento supraclinoideo de ACI izquierda. Múltiples colaterales leptomeníngicas que surgen a partir de ramas distales de ACA izquierda, así como colaterales a territorio posterior y temporal izquierdo a partir de la arteria coroidea anterior izquierda que se muestra hipertrofica. Estenosis irregular de segmento P2 derecho. No se objetivan irregularidades distales en vasos intracraneales ni aneurismas intracraneales. Teniendo en cuenta solo la situación la primera visita.

121 ¿Cuál es el diagnóstico más probable en ese momento?

- A) Síndrome antifosfolípido primario trombótico.
- B) Síndrome antifosfolípido sin criterios (non-criteria).
- C) Púrpura trombocitopénica idiopática.
- D) Púrpura trombótica trombocitopénica.

122 Ante el estudio radiológico de hombros y el diagnóstico conocido hasta ese momento ¿Cuál es la explicación más probable de estos hallazgos?:

- A) Artritis erosiva.
- B) Artrosis de hombros.
- C) Artropatía neuropática.
- D) Osteonecrosis esteroidea.

123 La paciente recibió tratamiento con romiplostim ¿De qué fármaco se trata?:

- A) Bloquea la acción del receptor cMp1 de la trombopoyetina
- B) Es similar a romidepsin.
- C) Es una proteína de fusión Fc-péptido que se une al receptor de la trombopoyetina.
- D) Es un análogo estructural de la trombopoyetina.

124 La paciente fue tratada con eltrombopag ¿De qué fármaco se trata?:

- A) Activa la vía JAK-STAT para estimular la proliferación y diferenciación de megacariocitos.
- B) Se administra por vía intravenosa o subcutánea.
- C) Es una proteína de fusión Fc-peptido que se une al receptor de la tromboplastina.
- D) Sus cadenas peptídicas no presentan analogía con la trombopoyetina

125 A la vista de la evolución seguida durante su ingreso ¿Corregirías el diagnóstico inicial?:

- A) Lupus eritematoso sistémico.
- B) Síndrome antifosfolípido primario
- C) Púrpura trombocitopénica idiopática.
- D) Púrpura trombótica trombocitopénica.

126 ¿A qué se deben las complicaciones neurológicas del ingreso?:

- A) Enfermedad vascular degenerativa.
- B) Púrpura trombótica trombocitopénica.
- C) Neurolupus con vasculitis de mediano calibre.
- D) Enfermedad de moyamoya.

127 ¿Qué otra complicación mayor es destacable en la paciente?:

- A) Síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible.
- B) Anemia hemolítica autoinmune.
- C) Glomerulonefritis.
- D) Empiema pleural.

128 En la pregunta anterior se ha nombrado la leucoencefalopatía posterior reversible ¿Cuál de los siguientes factores se asocia a este trastorno?:

- A) Terapia inmunosupresora.
- B) Es una encefalitis hemorrágica aguda desmielinizante autoinmune postinfecciosa.
- C) Infección por virus JC.
- D) Enfermedad por priones.

129 ¿Qué tratamiento principal recomendarías?:

- A) Anticoagulación con dosis plenas de heparina.
- B) Plasmaféresis.
- C) Bolos de esteroides y ciclofosfamida.
- D) Cirugía de revascularización.

130 ¿Qué tratamiento de soporte añadirías?:

- A) Nueva infusión de Inmunoglobulinas intravenosas si no remonta plaquetas.
- B) Continuar con Eltrombopag hasta conseguir >200.000 plaquetas.
- C) Añadir AAS 100 mg.
- D) Ninguno de los anteriores.

CASO 4:

Varón de 59 años de edad que acude a Consulta de Reumatología por un cuadro clínico de 18 meses de evolución de dolor osteomuscular generalizado, más marcado a nivel de raquis lumbar, brazos y piernas. Impotencia funcional progresiva de cinturas escapular y pelviana con dificultad progresiva en los últimos tres meses para incorporarse. Cansancio y leve pérdida ponderal. Dolor en pie derecho dos meses antes de su consulta. No antecedentes familiares ni personales de interés, salvo fumador de un paquete/día. La exploración clínica apreció un paciente delgado, afebril, normotenso, con dificultad para levantarse de la silla y de la camilla de exploración. Dolor a la movilización de hombros y flexión anterior de coxofemorales con limitación. Dolor a la flexoextensión de rodillas, sin signos de inflamación. Disminución de fuerza muscular en cinturas escapular y pelviana. Dolor a la presión sobre arcos costales anteriores, sobre todo de hemitórax derecho.

Auscultación cardio-respiratoria normal. No visceromegalias. No adenopatías.

La analítica básica apreciaba leve leucocitosis, hemoglobina 11,8 g/dl, VSG 29 mm a la 1ª hora, PCR, proteinograma e inmunoglobulinas normales, factor reumatoide y ANA negativos, glucosa, pruebas de función renal y hepática normales, calcio 9,3 mg/dl (N: 8,6-10,2), PTHi 58 pg/ml (N: 15-65), fósforo 2,0 mg/dl (N: 2,5-5), fosfatasa alcalina 214 U/l (N: 40-130), TSH 2,2 µU/ml (N: 0,27-4,2).

131 Ante la clínica y los datos complementarios aportados, el cuadro clínico menos probable en este paciente sería:

- A) Polimialgia reumática.
- B) Artropatía inflamatoria.
- C) Miopatía inflamatoria.
- D) Síndrome paraneoplásico.

132 Había sido valorado por diferentes especialistas y tratado sin mejoría con: Analgésicos (paracetamol, tramadol), AINE (ibuprofeno, diclofenaco), esteroides (hasta 30 mg/día durante 2 meses) y pregabalina (hasta 300 mg/día durante tres meses). Ante la clínica de este paciente y los datos complementarios facilitados, la prueba que posiblemente aportaría menos al diagnóstico sería:

- A) Fosfaturia.
- B) Fósforo sérico.
- C) Osteocalcina
- D) 1-25 (OH)₂ vit D₃.

133 La nueva analítica realizada apareció VSG 27 mm a la 1ª hora, PCR, enzimas musculares y proteinograma normales, calcio y calciuria en orina de 24 horas normales, fosfatasa alcalina: 236 U/l, PTHi 60 pg/ml, 25-hidroxivitamina D₃ 36 ng/ml (N: 30-75), fósforo 1,2 mg/dl, fosfaturia 2,15 g/24 horas, Reabsorción tubular de fosfato (RTP): 45%, 1-25 (OH)₂ vit D₃ 8 pg/ml (N: 25-66). Sólo en una de las siguientes entidades la calciuria está elevada:

- A) Raquitismo hipofosfatémico ligado al cromosoma X.
- B) Hipofosfatemia recesiva ligada al cromosoma X.
- C) Osteomalacia tumoral.
- D) Raquitismo hipofosfatémico autosómico dominante.

- 134 Sólo en una de las siguientes entidades la 1-25 (OH)₂ vit D₃ suele estar descendida:**
- A) Raquitismo hereditario hipofosfatémico con hipercalciuria
 - B) Hiperparatiroidismo secundario.
 - C) Hipofosfatemia recesiva ligada al cromosoma X.
 - D) Hiperparatiroidismo primario.
- 135 Dentro del diagnóstico diferencial de una pregunta anterior estaba la osteomalacia tumoral. En la búsqueda de la tumoración causante de la osteomalacia tumoral, la prueba de imagen menos eficiente sería:**
- A) Resonancia Magnética.
 - B) PET-TC.
 - C) Gammagrafía con octreótido.
 - D) Gammagrafía con Tc99
- 136 Dentro del diagnóstico diferencial de una pregunta anterior estaba la osteomalacia tumoral. El tumor que con más frecuencia se asocia a la osteomalacia tumoral es:**
- A) Tumores mesenquimatosos fosfatúricos de tejido conjuntivo mixto.
 - B) Tumores de tipo fibroso osificante.
 - C) Tumores de tipo fibroso no osificante.
 - D) Carcinoma de pulmón (oat cell)
- 137 Dentro del diagnóstico diferencial de una pregunta anterior estaba la osteomalacia tumoral. Ante la sospecha de osteomalacia tumoral, el tratamiento médico inicial más adecuado sería:**
- A) Suplementos de calcio y colecalciferol.
 - B) Suplementos de fósforo y calcitriol.
 - C) Suplementos de fósforo y colecalciferol.
 - D) Suplementos de calcio.
- 138 Dentro del diagnóstico diferencial de una pregunta anterior estaba la osteomalacia tumoral. Se ha relacionado con esa entidad a la fosfatonina:**
- A) Fosfoglicoproteína matricial extracelular (MEPE).
 - B) Proteína 4 secretada relacionada con frizzled (PRF4s).
 - C) FGF-7.
 - D) Todas las anteriores se han relacionado.
- 139 Dentro del diagnóstico diferencial de una pregunta anterior estaba la osteomalacia tumoral. La fosfatonina FGF-23 se ha relacionado con esa entidad y ha demostrado en modelos animales que:**
- A) Aumenta el transporte de fosfato en células renales.
 - B) Aumenta la mineralización ósea.
 - C) Disminuye la expresión de 25-hidroxivitamina D 1 α -hidroxilasa renal.
 - D) Todas las respuestas anteriores son falsas.

140 La fosfatonina FGF 23 tiene un papel en la patogenia del:

- A) Raquitismo hipofosfatémico autosómico dominante.
 - B) Hiperparatiroidismo primario.
 - C) Hiperparatiroidismo secundario.
 - D) De ninguna de las entidades anteriores
-

CASO 5:

Mujer de 51 años de edad con antecedentes de trastorno bipolar, e intervenida en dos ocasiones de TC izquierdo.

Comienza tras una ruta larga de senderismo con dolor y rigidez matinal de una hora en cuello y caderas y hombros. Su médico de cabecera al no mejorar de la clínica en 10 días con ibuprofeno inició tratamiento con prednisona 15 mg día.

Mujer de 51 años de edad con antecedentes de trastorno bipolar, e intervenida en dos ocasiones de TC izquierdo.

Comienza tras una ruta larga de senderismo con dolor y rigidez matinal de una hora en cuello y caderas y hombros. Su médico de cabecera al no mejorar de la clínica en 10 días con ibuprofeno inició tratamiento con prednisona 15 mg día.

Cuando acude a nuestra consulta al 2º mes del inicio del cuadro, refería haber mejorado tan solo de forma parcial de la clínica con dicho tratamiento. No refería sintomatología acompañante, ni cefalea, ni fiebre, ni síndrome constitucional etc. Tan solo refería lumbalgia inespecífica intermitente durante el último mes.

Aportaba analítica con Fr y ACPA negativos, PCR 3,6 mg/dl, VSG al inicio del cuadro era de 60 y al mes del inicio del tratamiento en la exploración se apreciaba dolor en la movilización activa y pasiva de cuello y hombros sin limitación. Arterias temporales no engrosadas ni dolorosas. Buena movilidad de columna lumbar e indolora. Maniobras de sacroiliacas negativas.

Cuando acude a nuestra consulta al 2º mes del inicio del cuadro, refería haber mejorado tan solo de forma parcial de la clínica con dicho tratamiento. No refería sintomatología acompañante, ni cefalea, ni fiebre, ni síndrome constitucional etc. Tan solo refería lumbalgia inespecífica intermitente durante el último mes.

Aportaba analítica con Fr y ACPA negativos, PCR 3,6 mg/dl, VSG al inicio del cuadro era de 60 y al mes del inicio del tratamiento en la exploración se apreciaba dolor en la movilización activa y pasiva de cuello y hombros sin limitación. Arterias temporales no engrosadas ni dolorosas. Buena movilidad de columna lumbar e indolora. Maniobras de sacroiliacas negativas.

141 De entrada que diagnostico diferencial y actitud terapéutica te plantearías:

- A) Polimialgia Reumática (PMR). Y aumentar la dosis de esteroides.
- B) Espondiloartritis seronegativa con afectación de articulaciones periféricas. Cambiar de AINE.
- C) Fibromialgia.
- D) A y B son verdaderas

- 142 Ante esta situación clínica y habiendo mejorado la clínica y persistiendo VSG alta, ¿qué otras pruebas diagnosticas solicitarías?:**
- A) Ecografía de hombros
 - B) Eco Doppler de arterias temporales
 - C) Rx de sacroiliacas y HLA B 27.
 - D) A, B y C son verdaderas.
- 143 La eco de temporales y de hombros fue normal. En la Rx de sacroiliacas se apreciaba esclerosis en la pars iliaca de la sacroiliaca derecha. ¿Qué más pruebas diagnósticas solicitarías ahora?**
- A) HLA B 27.
 - B) RMN de sacroiliacas
 - C) A y B son verdaderas
 - D) AngioTAC
- 144 El HLA B 27 fue positivo. En la RMN se apreció aumento de señal en secuencia STIR en médula ósea subcondral de ambos iliacos. ¿Qué actitud terapéutica seguirías ahora?**
- A) Suspende esteroides y esperar a ver respuesta del AINE y prescribir fisioterapia.
 - B) Iniciar ya tratamiento biológico.
 - C) Añadir sulfasalacina de persistir la clínica en hombros y caderas.
 - D) A y C son verdaderas
-

CASO 6:

Niño de 4 años, que acude a consulta, por presentar tumefacción de rodilla izquierda y tobillo derecho de 4 meses de evolución. Sin antecedentes de interés. En exploración solo se aprecia tumefacción de 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.

- 145 De las siguientes exploraciones complementarias, ¿cuales serían más útil para el diagnóstico?**
- A) Anticuerpos antinucleares ANA.
 - B) La ecografía articular.
 - C) Determinación del FR y del HLA.
 - D) A y B son verdaderas
- 146 Este caso por sus manifestaciones clínicas en cual se las siguientes categorías se clasificaría:**
- A) Artritis relacionada con entesitis
 - B) Oligoartritis.
 - C) Artritis sistémica.
 - D) Artritis psoriásica.

147 Señala LO FALSO en relación con la ecografía articular:

- A) Detecta la presencia de sinovitis.
- B) Detecta lesiones quísticas articulares.
- C) valoración de la articulación de la cadera.
- D) Permite la realización guiada de procedimientos como artrocentesis e infiltraciones.

148 Durante el estudio del cuadro clínico se evidenció un ANA IgG patrón moteado homogéneo 1/320. En relación con la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) señala 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) A y C son verdaderas

149 Señalo LO FALSO con respecto al tratamiento de la AIJ:

- A) Requiere un enfoque multidisciplinar en unidades especializadas e incluye un tratamiento farmacológico, terapia física y rehabilitación e intervención psicosociales.
- B) En el tratamiento inicial de la uveítis anterior crónica asociada a la AIJ se basa en la aplicación de ciclopléjicos tópicos, asociándose metotrexato (15mg/metro cuadrado/semana) por vía subcutánea.
- C) En la artritis sistémica con manifestaciones sistémicas activas una vez realizado el diagnóstico son necesarios corticoides en dosis altas por vía oral o intravenoso.
- D) En artritis de menos de 4 articulaciones el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) en monoterapia puede emplearse cuando la actividad de la enfermedad es baja no hay contracturas articulares y ni factores de mal pronóstico.

150 Señala LO CORRECTO en relación a la Evolución y Pronóstico:

- A) El pronóstico a largo plazo se puede establecer en los primeros meses desde el diagnóstico.
- B) La uveitis anterior crónica es infrecuente su presentación en la categoría oligoartritis de AIJ.
- C) Un indicador de mal pronóstico son la mayor gravedad o número de articulaciones activas al inicio de la enfermedad.
- D) El Síndrome de activación macrofágico aparece en fases tardías de la evolución de la Enfermedad y en la forma Oligoartritis.

151 En la Granulomatosis eosinofílica con poliangéitis:

- A) La afectación renal es frecuente y se da sobre todo en pacientes con positividad para los ANCA.
- B) Los pacientes ANCA positivos tienden a mostrar con mayor frecuencia afectación renal, síntomas constitucionales, púrpura, hemorragias alveolares, multineuritis o afectación del SNC.
- C) Los ANCA aparecen en el 60-70% de los pacientes, en la mayoría de los casos dirigidos frente a la MPO.
- D) A y B son correctas.

152 En la Artrosis es cierto que:

- A) El análisis del líquido sinovial en la gonartrosis muestra niveles de glucosa y proteínas normales con celularidad frecuentemente de 15.000-20.000 células/mm³.
- B) En la cervicoartrosis con compromiso radicular, las raíces afectadas con más frecuencia son C3 y C4.
- C) La mielopatía cervicoartrósica es la causa más frecuente de mielopatía en mayores de 55 años.
- D) Las respuestas B y C son correctas.

153 Las enfermedades profesionales están reguladas con objeto de proteger la salud de la población trabajadora, para detectar situaciones de riesgo de forma que permitan hacer una prevención de riesgos laborales y eviten nuevos casos en el futuro. Si en el desempeño de su actividad especializada en el Servicio Andaluz de Salud detecta un paciente con clínica que concluye con el diagnóstico de síndrome del túnel carpiano, diga cual es la afirmación correcta:

- A) Tiene la consideración de enfermedad profesional en el caso de un administrativo del hospital que maneje pantallas de visualización de datos que ha tenido un gesto brusco al evitar que se caiga la pantalla.
- B) Es una enfermedad profesional porque ha trabajado de empleada de hogar por horas los últimos 6 meses y previamente había trabajado de peón agrícola en tareas de recolección agraria.
- C) Es una enfermedad profesional porque ha trabajado de matarife de un matadero en los últimos 8 años y previamente en una carnicería otros 5 años.
- D) Precisa que sea una afectación bilateral y en trabajadores que realizan actividades manuales para ser considerada enfermedad profesional.



JUNTA DE ANDALUCIA
CONSEJERÍA DE SALUD

CONSEJERÍA DE SALUD

JUNTA DE ANDALUCIA

