



Formación Médica Continuada (www.elsevier.es/semreuma)

DERMOPATÍA NEFROGÉNICA FIBROSANTE / FIBROSIS SISTÉMICA NEFROGÉNICA

Juan Antonio Moreno Romero

76-82

1. Con referencia a los factores de riesgo de fibrosis sistémica nefrogénica (FSN), es cierto que:

- a. Producen ganancia de peso.
- b. Todos los casos se relacionan con insuficiencia renal crónica.
- c. Es más frecuente en pacientes con diálisis peritoneal que con hemodiálisis.
- d. Las intervenciones vasculares previas pueden ser un factor favorecedor.
- e. Ninguna de las anteriores es correcta.

2. En cuanto a las manifestaciones clínicas de la FSN:

- a. Típicamente se inician en zonas proximales de las extremidades inferiores.
- b. Típicamente se inician en zonas distales de las extremidades inferiores.
- c. Típicamente se inician en zonas proximales de las extremidades superiores.
- d. Típicamente se inician en zonas distales de las extremidades superiores.
- e. Es muy frecuente la afectación facial.

3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta en la FSN?

- a. La anatomía patológica se caracteriza por un infiltrado inflamatorio predominantemente de tipo linfocítico.
- b. No se observan cambios inflamatorios en la biopsia cutánea.
- c. Las células fusiformes son CD34 y procolágeno 1 positivas.
- d. Se puede observar un depósito de mucina.
- e. Siempre se observa un aumento de células fusiformes en la dermis.

4. ¿Cuál es el tratamiento de elección en la FSN?

- a. Fotoféresis extracorpórea.
- b. Diálisis peritoneal.
- c. Recuperación de la función renal normal.
- d. Corticoides sistémicos a altas dosis.
- e. No existe ningún tratamiento efectivo.

5. En cuanto a las medidas de prevención en la FSN, señale la incorrecta:

- a. Se debe evitar el uso de contrastes con gadolinio en los pacientes con insuficiencia renal avanzada.
- b. En caso de ser imprescindible, se debe elegir un contraste con gadolinio de tipo cíclico.
- c. La hemodiálisis es útil para eliminar el gadolinio en los pacientes con insuficiencia renal.
- d. La diálisis peritoneal no es útil para eliminar el gadolinio en pacientes con insuficiencia renal.
- e. La pauta habitual de hemodiálisis de 3 sesiones por semana es suficiente para eliminar el gadolinio.



Formación Médica Continuada (www.elsevier.es/semreuma)

SÍNDROME DE STICKLER

Gabriel Riera Matute y Elena Riera Alonso

83-86

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

- a. El síndrome de Stickler es la enfermedad autosómica dominante más frecuente en Europa y América.
- b. Existen 40 genes diferentes que codifican como mínimo 27 tipos diferentes de colágeno.
- c. El síndrome de Stickler se ha descrito a causa de una mutación muy heterogénea en 3 genes que controlan la síntesis de los colágenos 2, 9 y 11.
- d. El colágeno 9 es el que se localiza con mayor proporción en el humor vítreo, en el cartílago y en los discos intervertebrales.
- e. El colágeno 2 tiene una distribución similar al 9

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a. El síndrome de Stickler se ha clasificado en 4 tipos dependiendo del gen mutado.
- b. El síndrome de Stickler tipos I, II y III tiene una herencia autosómica dominante.
- c. El síndrome de Stickler tipo I es el más frecuente y causa un síndrome de Stickler completo.
- d. Síndrome de Stickler tipo IV cursa con hipoacusia neurosensorial, miopía con vitreorretinopatía, y displasia epifisal.
- e. El síndrome de Marfan está asociado a la mutación de los mismos genes pero con un fenotipo distinto.

3. ¿Qué manifestaciones clínicas no encontramos en el síndrome de Stickler?

- a. Paladar hendido.
- b. Miopía temprana, antes de los 6 años.
- c. Espondilodiscitis.
- d. Profusión acetabular.
- e. Braquidactilia.

4. ¿Cómo se establece el diagnóstico definitivo de síndrome de Stickler?

- a. Para confirmar la sospecha clínica es recomendable un estudio genético.
- b. A partir de los criterios diagnósticos descritos por Rose.
- c. Como se trata de un síndrome autosómico dominante, todos los hijos de un paciente afectado padecerán la enfermedad.
- d. Ante el hallazgo de una miopía superior a -3 dioptrías en un recién nacido.
- e. Ante un paciente con alteraciones craneofaciales típicas, miopía de -3 dioptrías, hipoacusia neurosensorial y artrosis precoz.

5. En cuanto al tratamiento del síndrome de Stickler:

- a. Es etiológico, corrigiendo la mutación conocida.
- b. Es sintomático y muchas veces quirúrgico.
- c. Hay que realizar una artroplastia de las articulaciones afectadas lo antes posible.
- d. Dado que no hay un tratamiento específico, no hace falta seguir a estos pacientes.
- e. Cuando hay afectación del paladar duro, la corrección quirúrgica se retrasa hasta después de la pubertad.



Formación Médica Continuada (www.elsevier.es/semreuma)

EL FENÓMENO DE LA PATERGIA

Montserrat Pimienta Escrihuela y Alejandro Olivé Marqués

87-90

- 1. Señale la afirmación falsa referente al fenómeno de la patergia:**
 - a. Se produce frente a traumatismos mínimos.
 - b. Se caracteriza por la aparición de una pápula en el lugar de punción.
 - c. Acontece en la enfermedad de Behçet.
 - d. Es un criterio de la enfermedad de Behçet.
 - e. Es una mácula eritematosa.
- 2. El fenómeno de la patergia ocurre en (señale la afirmación falsa):**
 - a. La enfermedad de Behçet.
 - b. El pioderma gangrenoso.
 - c. El síndrome de Sweet.
 - d. La leucemia mieloide.
 - e. El lupus eritematoso sistémico.
- 3. Señale la afirmación verdadera respecto al fenómeno de la patergia:**
 - a. Su frecuencia guarda relación con países donde es muy prevalente.
 - b. Afecta más a las mujeres.
 - c. No implica riesgo vascular alguno.
 - d. Es patognomónico de la enfermedad de Behçet.
 - e. Sólo ocurre frente a grandes traumatismos.
- 4. La enfermedad de Behçet (señale la afirmación falsa):**
 - a. Es una espondiloartropatía.
 - b. Es una vasculitis.
 - c. En Europa es frecuente en la cuenca mediterránea.
 - d. Es más grave en varones.
 - e. Se asocia al HLA B51.
- 5. La histología de la pápula patérgica se caracteriza por (señale la afirmación verdadera):**
 - a. Acumulaciones de polimorfonucleares.
 - b. Granulomas.
 - c. Linfocitos.
 - d. Plasmocitos.
 - e. Células gigantes.



Formación Médica Continuada (www.elsevier.es/semreuma)

LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA: DESDE EL ORIGEN A 2008

María Begoña Gómez González, María Teresa Pérez Gracia,
Manuel Antonio Rodríguez Iglesias, José Antonio Girón González, Míriam Sillero
Sánchez, María de la Cruz Ballester Díaz y Juan José Asencio Marchante

91-99

- 1. Qué síntomas son considerados clásicamente típicos de leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP)?**
 - a. Demencia cortical.
 - b. Hemiparesia y crisis comiciales.
 - c. Defecto campimétrico y hemiparesia.
 - d. Parálisis facial y diplopia.
 - e. Son ciertas a y b.
- 2. ¿Cuál es la mejor técnica diagnóstica en la práctica clínica diaria para LMP?**
 - a. Resonancia magnética (RM) craneal y PCR de VJC en líquido cefalorraquídeo.
 - b. RM y anticuerpos anti VJC.
 - c. RM craneal y tomografía por emisión de positrones (PET).
 - d. Biopsia cerebral y PET.
 - e. Son ciertas a, b y c.
- 3. Las lesiones radiológicas clásicas de la LMP son:**
 - a. Corticales, asimétricas y captadoras de contraste radiológico.
 - b. Subcorticales, simétricas y con efecto de masa sobre estructuras adyacentes.
 - c. Subcorticales preferentemente, a veces corticales, y asimétricas.
 - d. Subcorticales, no captadoras y con efecto de masa.
 - e. Corticales, medulares y asimétricas.
- 4. ¿Qué es verdadero en el tratamiento de la LMP?**
 - a. El fármaco de elección es cidofovir, y en segundo lugar, la terapia antirretroviral de alta eficacia (HAART).
 - b. Se han comunicado supervivencias prolongadas con terapia HAART.
 - c. La terapia HAART puede ocasionar un empeoramiento clínico de la LMP.
 - d. La terapia HAART es de elección en la LMP con y sin infección por el VIH.
 - e. Son ciertas b y c.
- 5. ¿Qué características son propias de la LMP asociada a sida?**
 - a. Afectación frecuente de la fosa craneal posterior.
 - b. Infiltrados inflamatorios perivasculares.
 - c. La presentación del sida como LMP es un factor de buen pronóstico.
 - d. El tratamiento con HAART no ha conseguido reducir la incidencia de LMP en pacientes con sida.
 - e. Todas son ciertas.



Formación Médica Continuada (www.elsevier.es/semreuma)

PROBLEMAS DE LOS RESIDENTES: ¿CÓMO PODEMOS SOLUCIONARLOS?

Emma García Melchor

100-103

1. ¿Cuál es la utilidad de las encuestas realizadas a residentes?

- a. Comprobar el grado de satisfacción con la formación recibida.
- b. Forman parte de la acreditación de las unidades docentes.
- c. Evaluar la tutorización que reciben los residentes.
- d. Evaluar la supervisión que reciben los residentes.
- e. Todas son ciertas.

2. ¿Qué residentes parecen estar más satisfechos según las encuestas?

- a. Radiología.
- b. Microbiología.
- c. Bioquímica.
- d. Medicina interna.
- e. Cirugía.

3. ¿Qué es lo que valoran los residentes en las encuestas más positivamente de sus tutores?

- a. El conocimiento de sus problemas.
- b. El grado de supervisión.
- c. La cercanía y la accesibilidad.
- d. El conocimiento de sus progresos.
- e. La experiencia laboral de los tutores

4. ¿En qué área de su trabajo creen los residentes que reciben poca supervisión?

- a. En planta.
- b. En las rotaciones.
- c. En urgencias.
- d. En el dispensario.
- e. En la realización de sesiones.

5. ¿Quién debe supervisar a los residentes?

- a. Únicamente el tutor asignado.
- b. Todos los profesionales del centro.
- c. El gerente del centro.
- d. Los adjuntos del servicio.
- e. El residente mayor.