



Formación Médica Continuada (www.formacion.doyma.es/seminariosreuma)

OSTEOPOROSIS EN LAS ESPONDILOARTROPATÍAS

N. Montalá y X. Juanola

3-9

- 1. Las tasas de fracturas vertebrales en los pacientes con espondilitis anquilosante (EA) descritas en la literatura están en un:**
 - a. 1-2%.
 - b. 0,4-18%.
 - c. 20-50%.
 - d. 4-12%
 - e. Los pacientes con EA no presentan fracturas vertebrales.

- 2. La densidad mineral ósea (DMO) en pacientes afectos de EA se ve alterada en (señale la falsa):**
 - a. En fases evolucionadas de la EA puede haber un aumento de la DMO medida mediante DEXA debido a la presencia de sindesmofitos.
 - b. Se encuentra ya disminuida en fases iniciales de la EA.
 - c. En mujeres premenopáusicas afectas de EA, los estrógenos y una mayor actividad inflamatoria tendrían un efecto protector en la DMO.
 - d. Se produce una disminución de la DMO tanto en columna lumbar como en el cuello femoral.
 - e. Las causas de la disminución de la DMO son multifactoriales y no bien conocidas.

- 3. ¿Cuál es en la actualidad la hipótesis en la que se tendrá que hacer más hincapié sobre la pérdida de DMO?**
 - a. El tratamiento con glucocorticoides.
 - b. La inmovilidad.
 - c. El sexo masculino.
 - d. El uso de antiinflamatorios.
 - e. Las citocinas inflamatorias.

- 4. Los individuos afectos de enfermedades inflamatorias intestinales en cuanto a la DMO y a la prevalencia de osteoporosis (señale la correcta):**
 - a. Los pacientes con colitis ulcerosa tienen más afectada la DMO que los pacientes con enfermedad de Crohn.
 - b. El riesgo de fracturas vertebrales es mayor en individuos con enfermedad de Crohn.
 - c. Las alteraciones en la DMO y el riesgo de fracturas son iguales en pacientes afectos de colitis ulcerosa y en pacientes con enfermedad de Crohn.
 - d. La mayor variable asociada al riesgo de osteoporosis es el tratamiento con antiinflamatorios.
 - e. Los pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales tienen un aumento de la DMO y, por tanto, no tienen osteoporosis.

- 5. ¿Cuáles son las pautas de tratamiento para la osteoporosis en los pacientes afectos de espondiloartropatías? (señale la falsa):**
 - a. Disminuir el aporte diario de calcio.
 - b. Educación de los hábitos de vida: abstinencia de tabaco y alcohol.
 - c. Realización de ejercicio físico.
 - d. Uso de bisfosfonatos.
 - e. Aumentar el aporte de calcio y vitamina D.



Formación Médica Continuada (www.formacion.doyma.es/seminariosreuma)

PATOGENIA DE LAS ESPONDILODISCITIS

T.R. Vázquez Rodríguez y A.D. Atanes Sandoval

10-4

- 1.** La llegada de los agentes patógenos a la región del disco o de los platillos discales adyacentes, en la inmensa mayoría de los casos, se debe a:

- a. Diseminación hemática de foco remoto.
- b. Traumatismo penetrante próximo.
- c. Abscesos retroperitoneales o intraabdominales.
- d. Complicación posquirúrgica de la cirugía de los discos intervertebrales.
- e. Complicación de un proceso infeccioso meníngeo.

- 2.** El germen más frecuentemente aislado en la espondilodiscitis infecciosa es:

- a. *Mycobacterium tuberculosis*.
- b. *Brucella melitensis*.
- c. *Staphylococcus aureus*.
- d. *Staphylococcus epidermidis*.
- e. *Escherichia coli*.

- 3.** La localización característica de la espondilodiscitis causada por micobacterias está en:

- a. Disco intervertebral.
- b. Ligamento longitudinal anterior.
- c. Apófisis transversa del cuerpo vertebral.
- d. Ángulo anterosuperior o anteroinferior del cuerpo vertebral.
- e. Articulaciones interapofisarias.

- 4.** ¿Cuál de las siguientes no se considera un factor de riesgo que favorezca la aparición de espondilodiscitis infecciosa?

- a. Diabetes mellitus.
- b. Artritis reumatoide.
- c. Edad pediátrica.
- d. Anemia falciforme.
- e. Neoplasia activa.

- 5.** Las espondilodiscitis infecciosas se localizan con mayor frecuencia en los segmentos vertebrales de:

- a. C2-C7.
- b. D1-D6.
- c. D7-D12.
- d. L1-L5.
- e. Es igualmente frecuente en todos los segmentos de la columna.





Formación Médica Continuada (www.formacion.doyma.es/seminariosreuma)

ARTRITIS REUMATOIDE: ¿CUÁN CARA ES?

R. Ariza-Ariza y B. Hernández-Cruz

15-27

- 1. La pensión por invalidez que cobra un paciente con artritis reumatoide debe considerarse en un estudio de costes:**
 - a. Como un coste directo no médico.
 - b. Como un coste indirecto.
 - c. No debe ser contabilizada como coste, ya que se trata de una transferencia.
 - d. Como un coste de oportunidad.
 - e. Como un coste indirecto no médico.
- 2. Una paciente con artritis reumatoide no ha podido realizar sus tareas domésticas habituales porque ha estado ingresada a causa de un brote. Durante el tiempo del ingreso contrató a una persona para el cuidado de los niños y su marido perdió varios días de trabajo porque estuvo acompañándola en el hospital. En un estudio de costes debería contabilizarse:**
 - a. Únicamente el coste directo médico del ingreso hospitalario, ya que la paciente no realiza actividad laboral remunerada.
 - b. El coste directo médico del ingreso hospitalario y el coste indirecto de la pérdida de horas de trabajo del marido.
 - c. Sólo el coste de la persona contratada para el cuidado de niños, ya que la paciente y el marido cotizan a la Seguridad Social.
 - d. El coste directo médico del ingreso, el coste directo no médico de la persona contratada para el cuidado de los niños, el coste de la pérdida de productividad laboral del marido y el coste indirecto de las actividades domésticas dejadas de hacer por la paciente.
 - e. No debe contabilizarse ningún coste.
- 3. Señale la afirmación correcta:**
 - a. En la mayoría de los estudios los factores que más contribuyen al coste directo de la artritis reumatoide son los ingresos hospitalarios y los medicamentos.
 - b. Los costes generados por la artritis reumatoide son claramente menores cuando se comparan con los de controles sin artritis.
 - c. En los estudios de costes de la artritis reumatoide realizados en España los costes indirectos fueron mayores que los directos.
 - d. La introducción de los biológicos en el tratamiento de la artritis reumatoide supone un ahorro de costes a corto plazo.
 - e. Los costes de la consulta externa por artritis reumatoide son los más elevados.
- 4. En una evaluación económica en artritis reumatoide:**
 - a. Se divide el coste de cada intervención entre su beneficio y se comparan los resultados.
 - b. Se elige siempre el tratamiento más barato.
 - c. Se divide la diferencia de costes de las intervenciones que se comparan entre la diferencia de efectividad y se obtiene una razón de coste-efectividad incremental.
 - d. La mayoría de agencias de salud consideran que si un tratamiento nuevo tiene un coste por QALY adicional superior 50.000 euros, ese tratamiento es coste-efectivo y, por tanto, financiable.
 - e. Las respuestas a y b son correctas.
- 5. Señale la afirmación correcta:**
 - a. OMERACT recomienda que las evaluaciones económicas en artritis reumatoide tengan un horizonte temporal de 5-10 años cuando están basadas en modelos.
 - b. En una evaluación económica en artritis reumatoide se recomienda comparar opciones que no han sido comparadas en ensayos clínicos.
 - c. La evaluación económica basada en el estudio TEMPO y modelada a 10 años indica que cada QALY adicional ganado con etanercept + metotrexato tiene un coste superior a los 100.000 euros respecto a metotrexato solo.
En el análisis de coste-utilidad, el beneficio se mide como unidades monetarias.
 - e. Todas las anteriores son correctas.



Formación Médica Continuada (www.formacion.doyma.es/seminariosreuma)

SÍNDROME ANTISINTETASA

I. Macías Fernández, J.J. Pérez Venegas y S. García Pérez

28-33

1. Con qué frecuencia aparecen los anticuerpos anti-Jo-1 en las miopatías inflamatorias idiopáticas?

- a. En un 10-15%.
- b. En un 20-30%.
- c. En un 30-35%.
- d. En un 35-40%.
- e. En más de un 50%.

2. ¿Cuál es el hallazgo clínico más relevante del síndrome antisintetasa?

- a. La afección articular no erosiva.
- b. Las denominadas “manos de mecánico”.
- c. La afección pulmonar.
- d. Los nódulos reumatoideos.
- e. El signo del heliotropo.

3. Las denominadas “manos de mecánico” (señale la correcta):

- a. Son un síntoma de esclerodermia.
- b. Sólo aparecen en el síndrome antisintetasa.
- c. Son un síntoma típico del síndrome antisintetasa, aunque también aparecen en otras enfermedades.
- d. Son un síntoma típico de la triquinosis.
- e. Aparecen también en la sarcoidosis muscular.

4. Las oscilaciones en los títulos de los anticuerpos anti-Jo-1 son útiles para monitorizar la actividad clínica del síndrome antisintetasa. Señale la respuesta verdadera:

- a. Se correlacionan con las CPK.
- b. Se correlacionan con debilidad clínica.
- c. No sirven para la monitorización clínica.
- d. Todas las anteriores son ciertas.
- e. Ninguna de las anteriores son ciertas.

5. Los agentes inmunosupresores se utilizan en el síndrome antisintetasa en:

- a. La afección pulmonar.
- b. La afección cutánea.
- c. La afección articular.
- d. Como ahorrador de corticoides.
- e. En todas las anteriores.



Formación Médica Continuada (www.formacion.doyma.es/seminariosreuma)

¿QUÉ ES LO QUE HOY DEBO SABER SOBRE LOS SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS?

C. Modesto, J.I. Aróstegui, J. Yagüe y C. Arnal

34-44

- 1.** Acude a la consulta una niña de 5 años que viene padeciendo episodios de dolor y tumefacción en rodilla derecha desde los 3. Los episodios son autolimitados y ceden en 3-5 días, a veces acompañados de fiebre. La madre explica que, además, desde casi la época de lactante, tiene un exantema urticarial ya estudiado, con pruebas alérgicas negativas, y catalogado de urticaria crónica. En esta paciente pensaríamos que:
 - a. Podría ser realmente una urticaria crónica y los episodios recortados de artritis pueden estar relacionados con su fondo atópico.
 - b. La artritis tan limitada en el tiempo, y a veces acompañada de fiebre, hace pensar en artritis viral o posviral.
 - c. En la analítica los ANA son positivos, pero el tiempo de duración de la artritis no permite diagnosticarla de artritis idiopática juvenil (AIJ) oligoarticular.
 - d. Siempre aparece el dolor en la misma articulación, de forma que podría tener una causa estructural.
 - e. Todas las respuestas podrían ser ciertas.
- 2.** La niña se ingresa un mes más tarde porque acude a urgencias durante el fin de semana con artritis y fiebre. Durante los primeros días de ingreso aparece el exantema urticarial, y en el estudio de artritis monoarticular la exploración oftalmológica pone en evidencia un papiledema bilateral. Estos hallazgos nos llevarían a pensar que:
 - a. Dado que es niña, sabemos que es ANA+, y ahora nos comunican la afección ocular: quizás sí sea una AIJ oligoarticular.
 - b. Esta evolución nos obliga a instaurar tratamiento con corticoides.
 - c. Si tiene papiledema bilateral, éste es el signo guía en ese momento, pero no tenemos que buscar su causa.
 - d. El papiledema es un signo de hipertensión intracranal frecuente en el síndrome CINCA/NOMID.
 - e. El hallazgo de la afección ocular debe interpretarse como secundario a otra enfermedad y no ligado a la presencia de artritis con fiebre y exantema.
- 3.** Ingresa un paciente de 5 años de edad, derivado desde un hospital de segundo nivel, por presentar fiebre alta, dolor abdominal acompañante, dolor y tumefacción de tobillos, leucocitosis franca (40.000), elevación de la VSG y de la PCR. Se instaura tratamiento antibiótico y analgésico. Los padres refieren que ya había tenido un episodio similar pero de menor intensidad que cedió en 4-5 días. Durante este ingreso el curso de la enfermedad es similar, y queda asintomático a los 5 días. En ese momento se produce una normalización de todos los datos analíticos. Pensando que quizás pudiera ser un síndrome autoinflamatorio, ¿qué propondríamos?
 - a. Realizar ya estudio genético.
 - b. Esperar para ver si hay más episodios.
 - c. Esperar para ver si hay más episodios y pedir a los padres que nos hagan un calendario de los brotes; que apunten también si hay pródromos o si en algún caso la fiebre es atribuible a una infección concreta.
 - d. Si hay un nuevo brote, volver a ingresar para realizar pruebas de imagen.
 - e. Iniciar tratamiento con anti-IL-1.



Formación Médica Continuada (www.formacion.doyma.es/seminariosreuma)

¿QUÉ ES LO QUE HOY DEBO SABER SOBRE LOS SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS?

C. Modesto, J.I. Aróstegui, J. Yagüe y C. Arnal

34-44

- 4.** Supongamos que en el caso anterior se comprueba la periodicidad de los brotes, se inicia tratamiento con colchicina, que resulta ser efectivo, y se confirma la existencia de una mutación causante de enfermedad en el gen MEFV. Al hacer estudio familiar, se ve que la madre y la hermana de la niña llevan la misma mutación, pero hasta el momento no han presentado síntomas. ¿Qué les diríamos en cuanto a su posibilidad de que se desarrolle la enfermedad?
- a. Dado que llevan el gen mutado, es seguro que en algún momento de su vida tendrán síntomas.
 - b. Esto es cierto para la niña, pero la madre, que ya tiene 38 años, no tendrá la enfermedad.
 - c. Ninguna de las dos tendrán síntomas si no los han tenido ya.
 - d. Pueden aparecer síntomas en cualquiera de las dos si se dan las circunstancias ambientales necesarias (y hoy desconocidas) que activen otros genes moduladores del gen MEFV.
 - e. Nada de lo anterior es cierto.
- 5.** El inflamasoma se sitúa en el centro de la patogenia de los síndromes autoinflamatorios. Es cierto que:
- a. Está constituido por una serie de proteínas que, una vez ensambladas, modulan la producción de citocinas inflamatorias y no inflamatorias como IL-1, IL-8 e IL-33.
 - b. Está bien delimitado, pero se localiza próximo a la pared celular, cerca de los receptores para las diversas citocinas.
 - c. Está constituido por una serie de proteínas delimitadas por una membrana simple y localizado cerca del aparato de Golgi.
 - d. El inflamasoma realmente no existe, es sólo una forma de explicar la posible patogenia de los síndromes autoinflamatorios.
 - e. El inflamasoma es otra forma de denominar a los distintos procesos que tienen lugar intracelularmente en la unión del TNF α con su receptor de membrana p55.