



## Formación Médica Continuada ([www.elsevier.es/semreuma](http://www.elsevier.es/semreuma))

### GLUCOCORTICOIDES EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

Juan Miguel López Gómez y Paloma Vela Casasempere

44-47

**1. En cuanto a los efectos adversos asociados al uso de glucocorticoides (GC), señale la respuesta falsa:**

- a. Producen ganancia de peso.
- b. Pueden originar Cushing iatrógeno.
- c. Están contraindicados en los pacientes hipertensos.
- d. Tienen complicaciones cutáneas.
- e. No hay datos consistentes en cuanto a que originen un aumento del riesgo cardiovascular.

**2. Señale la respuesta correcta:**

- a. Las guías de tratamiento de la artritis reumatoide (AR) desaconsejan la utilización de GC.
- b. La utilidad de los corticoides se limita a conseguir una mejoría clínica y funcional en un plazo más o menos corto.
- c. No se ha demostrado que los corticoides mejoren la progresión radiológica.
- d. Los corticoides pueden utilizarse como "tratamiento puente", siempre asociado a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), en la AR.
- e. Si se utilizan corticoides, nunca deben asociarse a FAME, ya que aumentan la toxicidad de éstos.

**3. Cuando se usan corticoides en la AR debe tenerse en consideración una serie de normas para minimizar su toxicidad; señale cuál de ellas es falsa:**

- a. Usarlos a la mínima dosis posible.
- b. Usarlos durante el menor tiempo preciso.
- c. Asociar calcio y vitamina D.
- d. Considerar la profilaxis frente a la osteoporosis corticoidea con bifosfonatos en tratamientos previsiblemente prolongados.
- e. Administrar antibioterapia profiláctica por el riesgo aumentado de infecciones.

**4. Señale la respuesta correcta en relación al uso de corticoides en la AR:**

- a. El empleo de GC orales en la AR precoz se recomienda con el objetivo de conseguir mayor rapidez en la respuesta clínica.
- b. Hay estudios controlados que demuestran los potenciales efectos adversos de los GC empleados a dosis bajas.
- c. Hay estudios controlados que demuestran cuáles deben ser las pautas de administración de corticoides más efectivas y seguras.
- d. Los corticoides en la AR están totalmente contraindicados por sus efectos adversos.
- e. Se pueden usar corticoides en la AR avanzada, pero nunca en la precoz.

**5. El empleo de GC en el tratamiento de la AR:**

- a. Forma parte del andamiaje terapéutico habitual.
- b. Existe una gran heterogeneidad tanto en las dosis como en las vías de administración y en la duración.
- c. Produce mejorías funcionales rápidas.
- d. Tanto la GUIPCAR como las recomendaciones EULAR los incluyen en el arsenal terapéutico.
- e. Todas son correctas.



## Formación Médica Continuada ([www.elsevier.es/semreuma](http://www.elsevier.es/semreuma))

### EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON LEFLUNOMIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Ingrid Möller

48-52

#### 1. La artritis psoriásica:

- a. Afecta al 5-30% de pacientes con psoriasis.
- b. La relación entre sexos es igual.
- c. Tiene predilección por las articulaciones interfalangicas distales.
- d. Los linfocitos T desempeñan un rol muy importante.
- e. Todas las anteriores son ciertas

#### 2. La leflunomida... (señale la afirmación falsa):

- a. Se administra por vía oral.
- b. Se administra semanalmente por vía intravenosa.
- c. Es eficaz en la artritis reumatoide.
- d. Es eficaz en la artritis psoriásica.
- e. Actúa sobre los linfocitos T.

#### 3. La leflunomida es eficaz en... (señale la afirmación falsa):

- a. La poliartritis psoriásica
- b. La psoriasis cutánea.
- c. La sacroileftis.
- d. La dactilitis.
- e. La oligoartritis psoriásica.

#### 4. El estudio TOPAS puso de manifiesto la... (señale la afirmación falsa):

- a. Eficacia en el tratamiento de la artritis psoriásica.
- b. Mejoría de la calidad de vida.
- c. Mejoría de la psoriasis cutánea.
- d. Mejoría del BASDAI.
- e. Mejoría en la actividad diaria y en la relación personal.

#### 5. El estudio OSPAL... (señale la afirmación falsa):

- a. Es un estudio aleatorizado.
- b. Es un estudio observacional.
- c. Evidencia la mejora de la fatiga.
- d. Pone de manifiesto la mejoría de la dactilitis.
- e. Evidencia una mejora de la enfermedad cutánea.





Formación Médica Continuada ([www.elsevier.es/semreuma](http://www.elsevier.es/semreuma))

## PROFILAXIS ANTI-PNEUMOCYSTIS JIROVECI EN PACIENTES REUMÁTICOS TRATADOS CON GLUCOCORTICOIDEOS

Delia Taverner, Joan Calvet, Joan Maymó y Jordi Carbonell

53-5

- 1. El diagnóstico de la infección por *Pneumocystis jiroveci* se realiza mediante:**
  - a. Tomografía computarizada pulmonar.
  - b. Radiografía de tórax.
  - c. Identificación morfológica de *P. jiroveci* sobre las muestras clínicas relevantes.
  - d. Gammagrafía pulmonar con galio.
  - e. Por sospecha clínica.
- 2. Respecto a la neumonía por *P. jiroveci* en pacientes con enfermedades inflamatorias autoinmunes, ¿cuál es la afirmación falsa?**
  - a. Es inusual en ausencia de tratamiento corticoide
  - b. Se han descrito casos con bolos de corticoides.
  - c. El cotrimoxazol (960 mg, 3 veces/semana) junto con ácido folínico (15 mg/semana) es el tratamiento de elección para la quimioprofilaxis.
  - d. Es importante tener la sospecha clínica precoz por la alta mortalidad que supone.
  - e. La quimioprofilaxis es poco costo-efectiva frente al tratamiento de la infección establecida.
- 3. En cuanto a la profilaxis frente *P. jiroveci* en pacientes con enfermedades inflamatorias autoinmunes:**
  - a. Se debe iniciar en todos los pacientes con enfermedades autoinmunes, dada la alta incidencia evidenciada en la literatura.
  - b. Debe tenerse en cuenta que una dosis media de 16 mg/día de prednisona o dosis equivalente de corticosteroides es uno de los factores importantes.
  - c. Con CD4<sup>+</sup> < 600 debería iniciarse profilaxis en todos los pacientes.
  - d. Los valores de linfocitos no son importantes en la toma de decisión.
  - e. No debe realizarse profilaxis en ningún paciente.
- 4. El tratamiento prolongado con corticoides entraña un mayor riesgo de neumonía por *P. jiroveci* en pacientes con enfermedades autoinmunes:**
  - a. Cuando es de más de 6 meses.
  - b. Cuando es de más de 16 días.
  - c. Cuando es de 2-4 meses.
  - d. Cuando el tratamiento corticoide se inicia ya desde el primer día.
  - e. No ocasiona mayor riesgo de infección.
- 5. ¿En qué enfermedad inflamatoria autoinmune existe mayor riesgo de infección por *P. jiroveci*?**
  - a. Artritis reumatoide.
  - b. Granulomatosis de Wegener.
  - c. Esclerodermia.
  - d. Miopatías inflamatorias.
  - e. La b y la d con ciertas.



Formación Médica Continuada ([www.elsevier.es/semreuma](http://www.elsevier.es/semreuma))

## VÉRTEBRA PLANA. REVISIÓN DE CONCEPTO Y APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

Raúl Veiga Cabello, Pilar Navarro Alonso, Miguel Cantalejo Moreira,  
Alberto Díaz Oca y Jorge Cabezudo Pedrazo

56-63

**1. En la etiopatogenia de la cifosis de Scheuerman no se han implicado:**

- a. Ratios alterados de colágeno-proteoglucanos.
- b. Quistes durales.
- c. Necrosis aseptica.
- d. Causas varias de hipotonía o hipertonia.
- e. Displasias óseas que causan fragilidad esquelética.

**2. El morfotipo displásico del reumatismo condrodisplásico no incluye:**

- a. Artrosis precoz.
- b. Calcificaciones de tejidos articulares y periarticulares.
- c. Laxitud ligamentosa.
- d. Artritis microcristalina por pirofosfato cálcico dihidratado.
- e. Todas las anteriores.

**3. La vértebra plana por osteopatías metabólicas no aparece en:**

- a. La hiperfosfatasia.
- b. Osteopatías dependientes de la edad, como la senil y la posmenopáusica.
- c. Osteopatías tóxicas como el alcoholismo.
- d. Osteopatías farmacológicas por esteroides y heparina.
- e. El hiperparatiroidismo.

**4. Causan vértebra plana por infiltración tumoral:**

- a. El granuloma eosinófilo.
- b. El linfoma.
- c. El sarcoma de Ewing.
- d. Ninguno de los anteriores.
- e. Todos los anteriores.

**5. La asociación de manifestaciones neurológicas no puede aparecer en:**

- a. La enfermedad de Gaucher tipo I.
- b. Las displasias óseas espondilares.
- c. El granuloma eosinófilo.
- d. El sarcoma de Ewing.
- e. Ninguna de las anteriores.





## Formación Médica Continuada ([www.elsevier.es/semreuma](http://www.elsevier.es/semreuma))

### CLASIFICACIÓN DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA

Delia Reina

64-8

**1. Una de las siguientes afirmaciones no es correcta. Señálela:**

- a. La artritis psoriásica puede diagnosticarse, hoy en día, incluso sin la presencia de psoriasis cutánea.
- b. De entre las formas clínicas de Moll y Wright, la más frecuente es la forma mutilante.
- c. La afectación sinovial en la artritis psoriásica es diferente que en la artritis reumatoide.
- d. La artritis psoriásica se incluye en el grupo de las espondiloartropatías.
- e. El origen de la artritis psoriásica es multifactorial.

**2. Uno de los siguientes tratamientos no está indicado en la artritis psoriásica en la actualidad:**

- a. Metotrexato.
- b. Adalimumab.
- c. Etanercept.
- d. Rituximab.
- e. Infliximab.

**3. ¿Cuál de los siguientes no es un patrón clínico de la clasificación de Moll y Wright?**

- a. Artritis de las articulaciones interfalángicas proximales.
- b. Artritis destructiva o mutilante.
- c. Poliartritis simétrica.
- d. Oligoartritis asimétrica.
- e. Espondiloartropatía.

**4. Señale cuál de los siguientes autores nunca propuso criterios de clasificación en la artritis psoriásica:**

- a. Mc Gonagle.
- b. Gladman.
- c. Torre Alonso.
- d. Bennet.
- e. Hughes.

**5. Respecto a la etiología de la artritis psoriásica, señale la falsa:**

- a. No se conoce el origen.
- b. Hay una clara agrupación familiar.
- c. El antígeno HLA DR7a se encuentra en los pacientes con artritis psoriásica.
- d. Las infecciones y los traumatismos están presentes en la patogénesis de la artritis psoriásica.
- e. El antígeno HLA B27 está asociado a la afectación de interfalángicas distales.