



Formación Médica Continuada (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)

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 interfalángicas 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 sacroileítis.
 - 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)

PROFILAXIS ANTI-*PNEUMOCYSTIS JIROVECI* EN PACIENTES REUMÁTICOS TRATADOS CON GLUCOCORTICOIDES

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 fólico (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⁺ < 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.





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 dures.
 - c. Necrosis aséptica.
 - d. Causas varias de hipotonía o hipertónía.
 - 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 hiperfosfatasa.
 - b. Osteopatías dependientes de la edad, como la senil y la posmenopáusia.
 - 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)

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.

