



Seminarios de la Fundación Española de Reumatología

www.elsevier.es/semreuma



Formación Médica Continuada

Comorbilidades en las espondiloartropatías

Sara Alonso Castro, Rubén Queiro Silva, Mónica Fernandez Serna, Mercedes Alperi López, Jose Luis Riestra Noriega y Francisco Javier Ballina García

1. Señale la aseveración correcta respecto al riesgo cardiovascular en espondiloartropatías:

- La molécula de histocompatibilidad humana HLA-B27 no parece estar relacionada con la asociación a periaortitis crónica.
- La psoriasis cutánea se ha relacionado con un aumento del riesgo cardiovascular.
- La presencia de hiperuricemia no determina un aumento del riesgo cardiovascular en pacientes con espondiloartropatías.
- En artropatía psoriásica no existe un aumento de prevalencia de obesidad, en dichos pacientes.
- Todas son falsas.

2. En las espondiloartropatías existen comorbilidades relacionadas con la pérdida de calidad de vida. Señale la respuesta incorrecta:

- La gravedad de la psoriasis en la artropatía psoriásica se ha relacionado con una peor puntuación en el componente mental del cuestionario de calidad de vida SF-36.
- El componente mental del SF-36 se relaciona en artropatía psoriásica y en espondilitis anquilosante con la actividad de la enfermedad.
- La psoriasis cutánea y la artritis psoriásica se han relacionado con comorbilidades como la ansiedad y la depresión.
- Las causas de muerte en la artritis psoriásica no difieren de las de la población general.
- Todas son ciertas.

3. No se consideran comorbilidades de las espondiloartropatías:

- Varicocele.
- Enfermedad celiaca.
- Fatiga.
- Trastornos del sueño.
- Todas lo son.

4. La osteoporosis se considera una comorbilidad importante en las espondiloartropatías por la frecuencia de fracturas vertebrales. Señale con qué parámetros no se ha relacionado:

- Duración de la enfermedad.
- Edad del paciente.
- Elevación de reactantes de fase aguda.
- BASFI y BASDAI.
- Todas están relacionadas.

5. Respecto al riesgo cardiovascular en espondiloartropatías, la literatura científica demuestra su incremento en base a:

- Presencia de aterosclerosis subclínica.
- Disfunción endotelial mediada por flujo postoclusión de la arteria braquial medida por ultrasonografía de alta sensibilidad.

- Presencia de aumento del grosor de la túnica íntima-media carotídea mediante ultrasonografía de alta resolución.
- Ninguna de las anteriores.
- a, b y c son correctas.

Enfermedades sistémicas que afectan a las glándulas salivares

Ángel Nieto Sánchez y Ruth García Martínez de Bartolomé

1. El agente causal de la parotiditis es:

- Una bacteria intracelular.
- Un parásito.
- Un paramyxovirus.
- Alteración autoinmune.
- Ninguna es cierta.

2. Son criterios diagnósticos del síndrome de Sjögren:

- Sequedad ocular.
- Positividad de anticuerpos antinucleares.
- Daño corneal por insuficiente producción de lágrima.
- a) y c) son ciertas.
- Todas son ciertas.

3. A nivel de imagen, la afectación parotídea por VIH suele cursar con:

- Fibrosis precoz.
- Granulomatosis focal.
- Abscesificación glandular.
- Necrosis.
- Sialadenitis quística.

4. Para el diagnóstico de una sarcoidosis parotídea debemos realizar:

- Biopsia glandular.
- Radiografía de tórax.
- Estudio de subpoblaciones linfocitarias.
- Determinación de ECA.
- Resonancia magnética glandular.

5. Los mejores resultados del tratamiento del síndrome de Sjögren se han obtenido con:

- Infliximab.
- Hidroxicloroquina.
- Rituximab.
- Etanercept.
- b) y c) son ciertas.

¿Qué es el FRAX?: pros y contras

Carmen Gómez Vaquero y Daniel Roig Vilaseca.

1. ¿Qué factor de riesgo de fractura de los siguientes no está incluido en el FRAX?

- Edad.
- Sexo.

- c. DMO de cuello de fémur.
 - d. DMO de columna lumbar.
 - e. Tratamiento con glucocorticoides.
2. **¿Cuál de las siguientes variables no es imprescindible para el cálculo del FRAX?**
- a. Edad.
 - b. Sexo.
 - c. Peso.
 - d. Talla.
 - e. DMO de cuello de fémur.
3. **¿En cuál de los siguientes pacientes puede calcularse el FRAX?**
- a. Mujer de 25 años, premenopáusica, en tratamiento con glucocorticoides por un LES.
 - b. Mujer de 35 años, premenopáusica, sin factores de riesgo de fractura.
 - c. Mujer de 60 años, posmenopáusica, en tratamiento con alendronato por osteoporosis y una fractura de Colles.
 - d. Mujer de 65 años, posmenopáusica, sin factores de riesgo de fractura.
 - e. Varón de 75 años en tratamiento con glucocorticoides y risedronato por una arteritis de células gigantes.
4. **¿Qué proporciona el FRAX?**
- a. Riesgo absoluto de fractura de cadera en los próximos 10 años.
 - b. Riesgo absoluto de fractura de Colles los próximos 10 años.
 - c. Riesgo absoluto de fractura vertebral los próximos 10 años.
 - d. Riesgo absoluto de fractura de húmero los próximos 10 años.
 - e. Todas las anteriores.
5. **¿Cuál de los siguientes factores no debería ser determinante para el establecimiento de un umbral de riesgo absoluto de fractura a partir del cual indicar un tratamiento preventivo de fractura en un país determinado?**
- a. La incidencia de fracturas.
 - b. El coste de las fracturas.
 - c. El coste de la prevención.
 - d. El producto interior bruto.
 - e. La DMO en la que se producen las fracturas.
- d. Dolquine.
 - e. Todos.
3. **Indique cuál de las siguientes afirmaciones respecto a mesalacina es verdadera:**
- a. Es un antibiótico.
 - b. Es una molécula compuesta por sulpirida y salazopirina.
 - c. Su eficacia está ampliamente demostrada como modificador de síntomas en la EA.
 - d. En estudios frente a sulpirida sola o salazopirina sola, los resultados son superiores para mesalacina.
 - e. Todas son falsas.
4. **En cuanto al papel de metotrexato (MTX) en el tratamiento de la EA, indique la afirmación falsa:**
- a. Los estudios hasta la fecha avalan su eficacia y seguridad al mismo nivel de evidencia que lo hacen para su uso en AR.
 - b. No hay estudios que avalen su eficacia en la reducción de la anquilosis axial.
 - c. Los estudios realizados hasta la fecha han sido llevados a cabo con dosis bajas de MTX, teniendo en cuenta las dosis habituales para AR.
 - d. Las recomendaciones ASAS/EULAR confirman que los datos disponibles hasta la fecha no refuerzan el uso de MTX en el tratamiento de la espondiloartritis axial.
 - e. MTX presenta un perfil muy aceptable de efectos secundarios en pacientes con EA.
5. **Marque la respuesta verdadera en cuanto a pamidronato y espondiloartropatías:**
- a. En estudios controlados contra placebo ha sido demostrada su eficacia y su tolerancia.
 - b. Se han comunicado numerosos casos de necrosis mandibular asociados al uso de pamidronato en espondilitis anquilosante.
 - c. En estudios comparando dosis de uso se ha demostrado que la administración de 10 mg mensual es más efectiva que la de 60 mg mensual.
 - d. Es el bifosfonato más evaluado hasta la fecha en el tratamiento de las espondiloartropatías. Su uso es intravenoso.
 - e. Los pacientes con predominio clínico periférico tienen mejor respuesta que los de predominio axial.

Utilidad de los fármacos modificadores de enfermedad (FAMES) en el tratamiento de las espondiloartropatías.

Alejandro Prada Ojeda, Teresa Otón Sánchez, Jesús Sanz Sanz.

1. **¿Cuál es una de las principales diferencias en cuanto al órgano en el cual se origina la inflamación, entre artritis reumatoide (AR) y espondilitis anquilosante (EA)?**
- a. La afectación predominante en la AR es la inflamación de la entesis y la osteítis.
 - b. La afectación predominante en la AR es la inflamación de la membrana sinovial, acompañando a esta de manera muy característica la neoformación ósea.
 - c. La afectación predominante en la AR es la inflamación de la membrana sinovial mientras que en la EA predomina la entesitis y la osteítis, con sinovitis añadida.
 - d. La afectación de la EA es eminentemente orgánica.
 - e. Ninguna de las respuestas previas son ciertas.
2. **¿Cuál de los siguientes FAME ha demostrado cierta efectividad en el control de la frecuencia y gravedad de cuadros de uveítis asociada a EA?**
- a. Etanercept.
 - b. Salazopirina.
 - c. Metotrexato.

Maniobras exploratorias del hombro doloroso

Lucía Silva Fernández, Teresa Otón Sánchez, Mónica Fernández Castro y José Luis Andréu Sánchez

1. **Se debe sospechar la existencia de compromiso subacromial cuando a la exploración:**
- a. Aparece dolor en la posición inicial y se mantiene en todo el arco explorado con la abducción.
 - b. Aparece dolor entre los 30°-60° y desaparece a los 90°.
 - c. Aparece dolor entre los 60°-90° y desaparece tras superar los 120°.
 - d. Aparece dolor superados los 90° de abducción y no desaparece durante el resto de la abducción.
 - e. Ninguna de las anteriores es correcta.
2. **Con respecto a la exploración del tendón del supraespinoso:**
- a. La maniobra de Jobe positiva para debilidad y dolor es la que posee las mayores sensibilidad y especificidad.
 - b. La maniobra de Jobe es igual de útil que la resonancia magnética para evaluar la integridad del músculo.
 - c. Se puede utilizar la maniobra de Patte.
 - d. En la maniobra de Jobe se parte de una abducción de 30° y una flexión anterior de 90°.
 - e. Ninguna de las anteriores es correcta.

3. Con respecto a la exploración del tendón del subescapular:

- a. El signo de Napoleón evalúa la capacidad del paciente para mantener la palma de la mano pegada al abdomen mientras se coloca el codo en posición anterior al plano de la escápula.
- b. El signo de Napoleón se puede realizar en sedestación.
- c. La maniobra de Gerber evalúa la integridad del tendón.
- d. La especificidad y sensibilidad de la maniobra de Gerber respecto a la cirugía son muy variables.
- e. Todas las anteriores son correctas.

4. El signo de Popeye refleja:

- a. Hipertrofia del vientre muscular del bíceps braquial.
- b. Rotura del tendón de la porción larga del bíceps braquial.

- c. Inestabilidad anterior de la articulación gleno-humeral.
- d. Rotura completa del tendón del supraespinoso.
- e. Rotura completa del tendón del infraespinoso.

5. Para la evaluación de la articulación acromioclavicular:

- a. La palpación directa ofrece una alta especificidad y baja sensibilidad.
- b. El patrón oro para su evaluación debe ser la cirugía de artrodesis.
- c. La maniobra de compresión activa se realiza mediante: flexión del hombro, abducción horizontal y rotación externa.
- d. Se utiliza la maniobra de Jerk.
- e. Todas las anteriores son falsas.