



Seminarios de la Fundación Española de Reumatología

www.elsevier.es/semreuma



Formación Médica Continuada

Artropatía de Jaccoud: algo más que lupus

Francisco Javier, López Longo

1. La artropatía de Jaccoud es:

- Una artritis crónica poliarticular deformante con erosiones diferentes de las observadas en la artritis reumatoide
- Una artritis recurrente que causa deformidades en las manos y en los pies, generalmente en pacientes con lupus eritematoso sistémico
- Una artritis recurrente que causa deformidades del pulgar en pacientes con síndrome antisintetasa (Jo 1)
- Una artritis crónica oligoarticular deformante asociada a la hemocromatosis
- Una artritis reactiva a micobacterias

2. Los siguientes hallazgos no son característicos de la artropatía de Jaccoud:

- Fibrosis sinovial con depósitos de fibrina y corpúsculos de hematoxilina, infiltrados
- Infiltrados inflamatorios escasos o inexistentes
- Algunos cambios microvasculares y erosiones del cartílago progresivas por extensión del *pannus*
- Engrosamiento fibroso de la cápsula articular
- Alteración predominante de ligamentos y tejidos blandos periarticulares

3. La artropatía de Jaccoud se ha relacionado con una mayor frecuencia de:

- Fenómeno de Raynaud
- Síndrome antifosfolípido
- Fibrosis pulmonar
- Miopía grave
- Hipotiroidismo

4. Las deformidades típicas de la artropatía de Jaccoud son la consecuencia de:

- La destrucción causada por las erosiones articulares secundarias al *pannus*
- La formación de granulomas en la membrana sinovial y el desequilibrio de las fuerzas musculares debido a la inflamación de los ligamentos
- La inflamación de los tendones, los ligamentos y la cápsula articular que provoca laxitud ligamentosa y un desequilibrio de las fuerzas musculares provocadas por dicha inflamación
- La necrosis ósea que provoca laxitud ligamentosa y un desequilibrio de las fuerzas musculares provocadas por dicha inflamación
- La destrucción causada por microcristales

5. El principal objetivo del tratamiento en la artropatía de Jaccoud es:

- Evitar los episodios repetidos de inflamación articular
- Corregir quirúrgicamente las deformidades
- Tratar la artritis cuando se hace crónica
- Evitar el síndrome antifosfolípido asociado
- Aliviar los síntomas

ABC de la insuficiencia cardíaca

Agustín Urrutia de Diego, Javier Santesmases Ejarque y Josep Lupón Rosés

1. Todos los siguientes, menos uno, están entre los criterios diagnósticos mayores de Framingham:

- Disnea paroxística nocturna
- Estertores crepitantes
- Galope por tercer ruido
- Tos nocturna
- Ingurgitación yugular

2. Uno de los siguientes fármacos no forma parte de los grupos que han sido capaces de demostrar mejoría en la supervivencia en la insuficiencia cardíaca (IC):

- Torasecida
- Espironolactona
- Carvediolol
- Captopril
- Candesartán

3. Sólo uno de los siguientes es criterio de IC terminal según la National Hospice Organization:

- IC congestiva recurrente con consultas médicas repetidas
- Clase funcional III de la NYHA, persistente
- Fracción de eyección ventricular izquierda <30%
- Que el paciente esté en tratamiento al menos con diuréticos y bloqueadores beta
- Contraindicación para trasplante cardíaco

4. Señale el enunciado falso en relación con el empleo de la digoxina en la IC:

- Puede ser útil en pacientes en FA
- También puede ser útil en pacientes en clase III-IV y en clase II con fracción de eyección <25%
- La dosis recomendada general es de 0,75-1,75 mg a la semana
- Las cifras ideales de digoxinemia son entre 1,2 y 1,5 ng/ml
- En los pacientes que estén en FA la digoxinemia no ha de sobrepasar 1,2 ng/ml

5. Entre las siguientes, hay una situación que no se asocia a elevación de los valores de péptidos natriuréticos:

- a. Sobrecarga del ventrículo derecho
- b. Disfunción renal
- c. Edad avanzada
- d. Sepsis
- e. Obesidad

Terapia biológica en el lupus eritematoso sistémico. ¿Hay vida más allá del linfocito B?

Teresa Otón, Mónica Fernández-Castro, Lucía Silva-Fernández y José Luis Andreu

1. Con respecto al papel patogénico del TNF- α en el lupus eritematoso sistémico (LES), señale la opción correcta:

- a. El TNF- α exclusivamente contribuye a evitar la aparición de neoantígenos nucleares durante la apoptosis celular, por lo que su inhibición no es una buena idea en el LES.
- b. El TNF- α exclusivamente contribuye a lesionar los órganos diana en el LES, por lo que su inhibición es una buena idea.
- c. La inhibición del TNF- α ha demostrado eficacia en ensayos clínicos controlados.
- d. La inhibición del TNF- α no ha demostrado su eficacia en ensayos clínicos controlados.
- e. El etanercept parece ser más eficaz que el infliximab

2. Con respecto al uso de infliximab en el LES, señale la opción correcta:

- a. Su uso se ha asociado a un aumento de concentración de anticuerpos anti-ADN y anticardiolipina
- b. Su uso se ha asociado solamente a un aumento en el título de anticuerpos antinucleares pero no de anticuerpos anti-ADN
- c. Su uso se ha asociado a un aumento de la concentración de anticuerpos anticardiolipina pero no de anti-ADN nativo
- d. Su uso se ha asociado a un aumento de anticuerpos antimembrana basal glomerular
- e. Su uso se ha asociado a un aumento de la concentración de anticuerpos anti IgG

3. Con respecto al uso de abatacept en el LES, señale la opción correcta:

- a. El abatacept ha demostrado eficacia frente a placebo en un ensayo clínico realizado en pacientes con actividad lúpica articular, cutánea o serosa
- b. El abatacept no ha demostrado eficacia frente a placebo en un ensayo clínico realizado en pacientes con actividad lúpica en la zona articular, cutánea o serosa
- c. El abatacept ha demostrado eficacia frente a placebo en un ensayo clínico realizado en pacientes con actividad lúpica en la zona renal
- d. El abatacept ha demostrado eficacia frente a placebo en un ensayo clínico realizado en pacientes con actividad lúpica renal y/o hematológica (anemia hemolítica o trombopenia autoinmunitarias)
- e. El abatacept ha demostrado eficacia frente a placebo en un ensayo clínico realizado en pacientes con actividad lúpica en el sistema nervioso central

4. Con respecto al tocilizumab, señale la opción correcta:

- a. Es un anticuerpo monoclonal humanizado que bloquea exclusivamente la forma soluble del receptor de interleucina 6 (IL-6)
- b. Es un anticuerpo monoclonal humano que bloquea el receptor soluble y de membrana de IL-6
- c. Es un anticuerpo monoclonal humano que bloquea exclusivamente el receptor unido a membrana de IL-6

- d. Es un anticuerpo monoclonal quimérico que bloquea exclusivamente el receptor soluble de IL-6
- e. Es un anticuerpo monoclonal humanizado que bloquea el receptor soluble y de membrana de IL-6

5. Con respecto al uso de tocilizumab en el LES, señale la opción correcta:

- a. Estudios no controlados sugieren que puede ser eficaz y bien tolerado
- b. A diferencia de los estudios en artritis reumatoide, no se ha observado asociación a neutropenia con el uso de tocilizumab en pacientes con LES
- c. En el lupus, el tocilizumab ha demostrado eficacia frente a placebo en ensayos clínicos controlados doble ciego
- d. El tocilizumab no debería usarse en lupus por la elevada frecuencia de desarrollo de trombopenia en los ensayos clínicos abiertos
- e. El tocilizumab no debe usarse en pacientes con lupus y anticuerpos anticardiolipina por el elevado riesgo de trombosis arterial

Vasculopatía livedoide

María del Carmen Fernández-Antón Martínez

1. Con respecto a la vasculopatía livedoide (VL) es correcto:

- a. Es una enfermedad poco frecuente
- b. Se caracteriza por úlceras indoloras
- c. Afecta a las extremidades superiores e inferiores
- d. Es más frecuente en varones
- e. Suele ser unilateral.

2. La mayoría de los estudios sugieren que la VL tiene una etiología:

- a. Autoinmunitaria
- b. Trombooclusiva
- c. Inflamatoria
- d. Postinfecciosa
- e. Paraneoplásica

3. En relación con los hallazgos anatomopatológicos de la VL, señale lo incorrecto:

- a. Son variables en función del estadio evolutivo de la lesión estudiada
- b. En fases iniciales muestra un infiltrado linfocitario perivascular difuso con un infiltrado intersticial de neutrófilos, fibrina depositada en la pared vascular y trombos de fibrina en la luz de las vénulas de la dermis superior
- c. En etapas intermedias, aparece un infiltrado linfocitario perivascular superficial y profundo, con infiltrados de neutrófilos localizados en la dermis superior, depósitos de fibrina en la pared vascular y trombos de fibrina ocluyendo la luz de las vénulas, que predominan en la dermis superior
- d. En estadios tardíos predomina un infiltrado linfocitario perivascular superficial difuso, esclerosis y telangiectasias de la dermis superior, con un adelgazamiento epidérmico marcado
- e. Los hallazgos histopatológicos son patognomónicos.

4. La atrofia blanca, además de en la VL, puede verse en numerosos procesos como:

- a. Síndrome antifosfolípido
- b. Úlceras por hidroxiurea
- c. Úlceras asociadas a insuficiencia venosa crónica
- d. Lupus y artritis reumatoide
- e. Todo es correcto

5. En el tratamiento de la VL puede emplearse:

- a. Azatioprina
- b. Metotrexato
- c. Heparina

- d. Aspirina
- e. Todo es correcto

Inhibidor del receptor de la interleucina-6 en el tratamiento de la artritis reumatoide: seguridad y dosificación del tocilizumab

Melania Martínez Morillo, Dolores Grados, Beatriz Tejera, Alejandro Olivé Marqués

1. ¿Cuál es la diana terapéutica de tocilizumab?

- a. Interleucina-12 (IL-12)
- b. TNF- α
- c. Células B
- d. Células T
- e. IL-6

2. En España, ¿en qué situaciones está autorizado el uso de tocilizumab?

- a. En el tratamiento del lupus eritematoso sistémico
- b. En la AR, como primera opción o como fracaso a FAME
- c. En el síndrome de Felty
- d. Sólo tras 3 anti-TNF- α
- e. En el síndrome de Sjögren

3. ¿Cuál es el efecto adverso más frecuente en los pacientes que reciben tratamiento con tocilizumab?

- a. Las reacciones infusionales
- b. Las infecciones
- c. La leucoencefalopatía multifocal progresiva
- d. Esclerosis múltiple
- e. Colecistitis aguda

4. La dosis más efectiva de TZM es:

- a. 1 mg/kg
- b. 2 mg/kg
- c. 4 mg/kg
- d. 8 mg/kg
- e. 12 mg/kg

5. La elevación de los lípidos en pacientes con AR tratados con TZM puede presentarse y se recomienda:

- a. No tratarla
- b. Determinar los lípidos a los 6 meses y tratar según las guías de práctica médica, en especial aquellos pacientes con riesgo cardiovascular
- c. La elevación de los lípidos es sostenida y progresiva
- d. Como en la AR no hay riesgo cardiovascular, no hay que tratarlo
- e. Solo se recomienda dieta y ejercicio