



Seminarios de la Fundación Española de Reumatología

www.elsevier.es/semreuma



Formación Médica Continuada

Nefritis lúpica silente

Montserrat M. Díaz Encarnación

1. Criterios que define la nefritis lúpica silente (NLS):

- a. Proteinuria y microhematuria
- b. Proteinuria y microhematuria, hipertensión arterial
- c. Proteinuria y microhematuria, hipertensión arterial y alteración de la función renal
- d. Paciente diagnosticado de LES, sin clínica renal y con diagnóstico histológico de nefropatía lúpica desde la clase II-VI
- e. Ninguna de las anteriores

2. Incidencia de la nefropatía silente:

- a. 3/100.000 habitantes
- b. 50/100.000 habitantes
- c. 7/1.000.000 habitantes
- d. No se puede determinar
- e. Ninguna de las anteriores

3. Pruebas diagnósticas para la NLS:

- a. Sedimento de orina > 3 hematíes por campo, proteinuria > 300 mg/24 h
- b. Radiografía simple de abdomen y ecografía abdominal
- c. Eco-Doppler
- d. Biopsia renal
- e. Ninguna de las anteriores

4. ¿De qué depende el pronóstico de esta entidad?

- a. Del tipo histológico
- b. Del índice de actividad y cronicidad de la biopsia renal
- c. Posiblemente del tratamiento realizado
- d. Hay pocos datos para analizar factores pronósticos independientes de los de la NL clínicamente evidente
- e. Todos los anteriores

5. Indicaciones de biopsia renal en pacientes diagnosticados de LES:

- a. Sedimento con cilindros hemáticos
- b. Pacientes con proteinuria > 300 mg/día o equivalencia en la ratio proteína/creatinina
- c. Sedimento urinario con > de 3 hematíes x campo y > leucocitos 3 por campo
- d. Todos los anteriores
- e. Ninguno de los anteriores

Artrosis erosiva de las manos

Silvia Martínez Pardo y Mireia Castillo Vilella

1. ¿Cuál de los siguientes ha estado implicado en la etiopatogenia de la artrosis erosiva?

- a. Citocinas
- b. Ácido hialurónico
- c. Adiponectina

- d. Fármacos

- e. Todos los anteriores

2. En relación con las manifestaciones de la artrosis erosiva de las manos, ¿cuál de las siguientes es cierta?

- a. Las articulaciones más frecuentemente afectadas son las interfalángicas proximales
- b. Suele presentarse a edades más tardías que la artrosis no erosiva de las manos
- c. Puede cursar con alteraciones capilaroscópicas, sin patrón específico alguno
- d. Los pacientes refieren habitualmente una prolongada rigidez matutina (#> 1 h)
- e. Rara vez aparecen deformidades articulares

3. ¿Cuál de las siguientes exploraciones complementarias es de mayor utilidad en el diagnóstico y seguimiento de la artrosis erosiva de las manos?

- a. Los reactantes de fase aguda
- b. La inmunología
- c. La radiología simple
- d. La ecografía
- e. La resonancia magnética

4. ¿Qué alteración radiológica es característica de la artrosis erosiva de manos?

- a. Erosiones con borde escleroso y cortical insuflada
- b. Osteopenia yuxtaarticular
- c. Erosiones centrales subcondrales
- d. Erosiones marginales
- e. Reabsorción de los penachos de las falanges distales

5. ¿Cuál de los siguientes tratamientos no ha demostrado disminuir el dolor y mejorar la funcionalidad en pacientes con artrosis erosiva de manos?

- a. Férrulas digitales
- b. Condroitín sulfato
- c. Glucocorticoides orales
- d. Infiltraciones intraarticulares con infliximab
- e. Adalimumab

Atrapamiento femoroacetabular

Noemí Navarro, Cristóbal Orellana, Mireia Moreno, Jordi Gratacós, Marta Larrosa

1. Respecto al AFA tipo pincer es falso que:

- a. Afecta predominantemente a varones
- b. La clínica se manifiesta habitualmente más tarde que el tipo cam
- c. La clínica es similar al tipo cam
- d. Tiene un pronóstico menos desfavorable que el tipo cam
- e. El tipo pincer puro es poco frecuente

2. Respeto de la práctica deportiva en pacientes con AFA es cierto:

- a. Todos los pacientes han practicado deportes de riesgo
- b. Tras el diagnóstico existe una contraindicación absoluta para la práctica de cualquier actividad deportiva
- c. No se ha demostrado relación con la aparición clínica del AFA
- d. Determinados deportes actúan como factor de mal pronóstico
- e. a y c son ciertas

3. En relación con la clínica del AFA es falso que:

- a. Suele ser la de una coxalgia inespecífica
- b. El diagnóstico se confirma mediante unas maniobras exploratorias típicas
- c. Es frecuente que aparezca dolor de características inflamatorias
- d. Suele aparecer más precozmente en pacientes con tipo cam
- e. En fases iniciales es frecuente que radiológicamente no existan cambios degenerativos

4. Respeto al diagnóstico por imagen en el AFA es cierto:

- a. La radiología simple es la primera exploración a realizar en caso de sospecha
- b. La arro-RM es actualmente la prueba de oro para el diagnóstico
- c. La TC puede ser una exploración útil
- d. Todas son falsas
- e. Todas son ciertas

5. El tratamiento del AFA:

- a. Es fundamentalmente médico
- b. Es fundamentalmente quirúrgico
- c. Es básicamente mediante rehabilitación
- d. Consiste en el abandono del deporte
- e. Todas son ciertas

Miositis con cuerpos de inclusión (forma esporádica)

José Milisenda, Sergio Prieto-González y Josep Maria Grau

1. ¿Cuál es la prevalencia aproximada de la miositis con cuerpos de inclusión (MCI) en sujetos > 50 años?

- a. 3,5 por millón
- b. 0,35 por millón
- c. < 1 por millón
- d. 35 por millón
- e. No se conocen datos

2. ¿Qué marcador sérico sugiere disfunción mitocondrial en la MCI?

- a. TNF-alfa
- b. Proteína TAU
- c. Beta-amiloide
- d. No hay ningún marcador sérico
- e. Factor de crecimiento 21 del fibroblasto

3. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas es frecuente en la MCI?

- a. Disfagia
- b. Alteración de la musculatura extrínseca ocular
- c. Debilidad selectiva de trapecios
- d. Debilidad unilateral de psoas ilíaco
- e. Presencia de fasciculaciones

4. ¿Cuál de los siguientes autoanticuerpos séricos es muy indicativo de MCI?

- a. Anti Jo-1
- b. Anti Mi-2

- c. Anti Ro

- d. Anti SRP

- e. Ninguno de los anteriores

5. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es falsa con respecto a la MCI?

- a. A menudo es paraneoplásica
- b. Es frecuente que exista disfunción mitocondrial
- c. Se encuentran depósitos de beta-amiloide en las biopsias musculares
- d. La mayoría de tratamientos propuestos son poco eficaces
- e. La flexoextensión del cuello nunca se afecta

Síndrome de dolor regional complejo

Esther Márquez Martínez, M. Victoria Ribera Canudas, Ángela Mesas Idáñez, Javier Medel Rebollo, Pedro Martínez Ripol, Alejandro Candela Custardoy y Marisa Paños Gozalo

1. ¿Qué afirmación es falsa respecto al SDRC?

- a. La mayoría de los pacientes ha sufrido un trauma previo
- b. La descompresión del nervio mediano se asocia en un 30% de casos de SDRC
- c. Aparece espontáneamente hasta en un 10 % de casos
- d. Cuanto más grave es el traumatismo previo mayor gravedad de los síntomas
- e. Parece existir una predisposición familiar

2. ¿Qué alteraciones fisiopatológicas intervienen en el SDRC?

- a. Inflamación neurogénica
- b. Sensibilización del SNC
- c. Disfunción autónoma
- d. Todas las anteriores
- e. Ninguna de las anteriores

3. ¿Qué factores pueden influir en la aparición del SDRC?

- a. Depresión mayor
- b. Arteriopatía periférica
- c. Inmovilización prolongada de la extremidad
- d. Enfermedad inflamatoria crónica
- e. Fisioterapia precoz

4. ¿Cuál de las siguientes opciones confirmaría el diagnóstico de SDRC tipo II?

- a. Lesión nerviosa previa
- b. Dolor e impotencia funcional en la extremidad
- c. Osteoporosis en la radiología simple
- d. Termografía positiva
- e. VSG aumentada en la analítica

5. Paciente mujer con antecedente de intervención quirúrgica para descompresión de nervio mediano hace unos 2 meses, que presenta dolor severo e hiperalgesia, edema en la mano y el antebrazo, cambios de coloración y gran limitación de la movilidad distal. Ante el diagnóstico de SDRC, ¿qué tratamiento de los siguientes propondría?

- a. Glucocorticoides orales
- b. Analgésicos y calcitonina
- c. Analgésicos, bloqueo axilar y tratamiento rehabilitador
- d. Bloqueo regional endovenoso con guanetidina
- e. Vitamina C