



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. Férulas 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 tardíamente 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. Respecto de la práctica deportiva en pacientes con AFA es cierto:**
- Todos los pacientes han practicado deportes de riesgo
 - Tras el diagnóstico existe una contraindicación absoluta para la práctica de cualquier actividad deportiva
 - No se ha demostrado relación con la aparición clínica del AFA
 - Determinados deportes actúan como factor de mal pronóstico
 - a y c son ciertas
- 3. En relación con la clínica del AFA es falso que:**
- Suele ser la de una coxalgia inespecífica
 - El diagnóstico se confirma mediante unas maniobras exploratorias típicas
 - Es frecuente que aparezca dolor de características inflamatorias
 - Suele aparecer más precozmente en pacientes con tipo cam
 - En fases iniciales es frecuente que radiológicamente no existan cambios degenerativos
- 4. Respecto al diagnóstico por imagen en el AFA es cierto:**
- La radiología simple es la primera exploración a realizar en caso de sospecha
 - La artro-RM es actualmente la prueba de oro para el diagnóstico
 - La TC puede ser una exploración útil
 - Todas son falsas
 - Todas son ciertas
- 5. El tratamiento del AFA:**
- Es fundamentalmente médico
 - Es fundamentalmente quirúrgico
 - Es básicamente mediante rehabilitación
 - Consiste en el abandono del deporte
 - 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?**
- 3,5 por millón
 - 0,35 por millón
 - < 1 por millón
 - 35 por millón
 - No se conocen datos
- 2. ¿Qué marcador sérico sugiere disfunción mitocondrial en la MCI?**
- TNF-alfa
 - Proteína TAU
 - Beta-amiloide
 - No hay ningún marcador sérico
 - Factor de crecimiento 21 del fibroblasto
- 3. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas es frecuente en la MCI?**
- Disfagia
 - Alteración de la musculatura extrínseca ocular
 - Debilidad selectiva de trapecios
 - Debilidad unilateral de psoas ilíaco
 - Presencia de fasciculaciones
- 4. ¿Cuál de los siguientes autoanticuerpos séricos es muy indicativo de MCI?**
- Anti Jo-1
 - Anti Mi-2
 - Anti Ro
 - Anti SRP
 - Ninguno de los anteriores
- 5. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es falsa con respecto a la MCI?**
- A menudo es paraneoplásica
 - Es frecuente que exista disfunción mitocondrial
 - Se encuentran depósitos de beta-amiloide en las biopsias musculares
 - La mayoría de tratamientos propuestos son poco eficaces
 - 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?**
- La mayoría de los pacientes ha sufrido un trauma previo
 - La descompresión del nervio mediano se asocia en un 30% de casos de SDRC
 - Aparece espontáneamente hasta en un 10 % de casos
 - Cuanto más grave es el traumatismo previo mayor gravedad de los síntomas
 - Parece existir una predisposición familiar
- 2. ¿Qué alteraciones fisiopatológicas intervienen en el SDRC?**
- Inflamación neurogénica
 - Sensibilización del SNC
 - Disfunción autónoma
 - Todas las anteriores
 - Ninguna de las anteriores
- 3. ¿Qué factores pueden influir en la aparición del SDRC?**
- Depresión mayor
 - Arteriopatía periférica
 - Inmovilización prolongada de la extremidad
 - Enfermedad inflamatoria crónica
 - Fisioterapia precoz
- 4. ¿Cuál de las siguientes opciones confirmaría el diagnóstico de SDRC tipo II?**
- Lesión nerviosa previa
 - Dolor e impotencia funcional en la extremidad
 - Osteoporosis en la radiología simple
 - Termografía positiva
 - 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?**
- Glucocorticoides orales
 - Analgésicos y calcitonina
 - Analgésicos, bloqueo axilar y tratamiento rehabilitador
 - Bloqueo regional endovenoso con guanetidina
 - Vitamina C