



## Seminarios de la Fundación Española de Reumatología

[www.elsevier.es/semreuma](http://www.elsevier.es/semreuma)



### Formación Médica Continuada

#### Pie diabético

Emilia Gómez Hoyos, A. Esther Levy, Ángel Díaz Pérez, Martín Cuesta Hernández y Alfonso L. Calle Pascual

**1. ¿Cuál es el factor de riesgo más importante asociado a la aparición de úlcera en el pie de las personas con diabetes? Señale la opción correcta:**

- a. Polineuropatía diabética
- b. Enfermedad vascular periférica
- c. Alcoholismo
- d. Hábito tabáquico
- e. Diabetes tipo 1

**2. Tras la realización de una amputación no traumática en un paciente con diabetes, ¿cuál es la incidencia de una nueva amputación en los 5 años siguientes? Señale la opción correcta:**

- a. 5%
- b. 50%
- c. 20%
- d. 10%
- e. Ninguna de las anteriores

**3. En el cribado de la polineuropatía diabética se emplea el cuestionario de signos *Neuropathy Disability Score* (NDS), sobre los instrumentos necesarios para su realización, señale la opción correcta:**

- a. Martillo de reflejos, algodón y neurotensiómetro
- b. Monofilamento de 10 g, algodón y diapasón
- c. Martillo de reflejos, diapasón de 128 Hz, algodón y palillo
- d. Palillo, diapasón, neurotensiómetro y algodón
- e. Solo es necesario el diapasón

**4. En la exploración de la sensibilidad a la presión con el monofilamento de 10 g, ¿en qué puntos se suele realizar? Señale la opción correcta:**

- a. Cara ventral del dedo gordo, cara plantar del talón, el primer y quinto metatarsiano
- b. Cara plantar del primer, tercer y quinto metatarsiano
- c. Primer y quinto dedo de pie
- d. Cara plantar del primer, tercer y quinto dedo
- e. En los lugares donde existan callos

**5. Entre las opciones siguientes, ¿qué paciente presenta un riesgo elevado de padecer úlcera en el pie? Señale la opción correcta:**

- a. NDS  $\geq 6$  y umbral de percepción vibratoria  $<$  de 25 mV
- b. NDS  $\geq 6$  y umbral de percepción vibratoria  $<$  de 4 en la escala del diapasón calibrado
- c. NDS  $\geq 6$  y umbral de percepción vibratoria  $<$  a 2 en la escala del diapasón calibrado
- d. Umbral de percepción vibratoria  $>$  25 mV y pérdida de la sensación a la presión con el monofilamento
- e. NDS  $<$  6 y umbral de percepción vibratoria  $<$  25 mV

#### Metatarsalgia

Jesús Rodríguez Moreno

**1. El pie de Morton consiste en:**

- a. Variante anatómica donde el 2.º metatarsiano es más largo que el 1.º
- b. Variante anatómica donde el 1.º metatarsiano es más largo que el 2.º
- c. Tipología de pie donde se dan con frecuencia los neuromas de Morton
- d. Pie característico de la artritis reumatoide
- e. Equivalente al pie cavo

**2. ¿En cuál de las siguientes alteraciones hay más evidencia científica de la eficacia de los tratamientos ortésicos?**

- a. Pie plano
- b. Pie de la artritis reumatoide
- c. Entesitis plantar
- d. Pie cavo
- e. *Halux valgus*

**3. ¿Cuál de las siguientes afecciones no se acompaña de tumefacción en el dorso metatarsal?**

- a. Artritis reumatoide
- b. Neuroma de Morton
- c. Síndrome del 2.º metatarsiano doloroso
- d. Fractura de estrés metatarsal
- e. c. Artritis psoriásica

**4. El neuroma de Morton se diagnostica mediante:**

- a. Ecografía
- b. Resonancia magnética
- c. Electromiograma
- d. Todas las anteriores
- e. La a y la b

**5. Con respecto a la fractura de estrés o fatiga de los metatarsianos, señale la opción incorrecta:**

- a. Puede tener un origen osteoporótico
- b. Puede aparecer en individuos con pies normales tras marchas prolongadas
- c. Para el diagnóstico sólo se necesita una radiografía simple
- d. Puede aparecer en casos del síndrome de insuficiencia del primer radio
- e. Puede aparecer en la artritis reumatoide

**Diagnóstico y tratamiento de una arteritis temporal en urgencias**

Ángeles Acosta-Mérida y Félix M. Francisco Hernández

**1. La arteritis de células gigantes (ACG) es una vasculitis sistémica granulomatosa que afecta:**

- a. Típicamente al arco aórtico y sus ramas
- b. De forma segmentaria o parcheada, aunque puede haber afectación de grandes porciones
- c. Con mayor frecuencia, arterias vertebrales extracraneales, temporales superficiales, ciliares posteriores, oftálmicas y occipitales
- d. Más comúnmente a caucásicos, siendo rara la afectación de asiáticos y negros
- e. Todas son correctas

**2. En cuanto a la anatomía patológica de la ACG:**

- a. Vasculitis que afecta a arterias sin lámina elástica definida
- b. Los infiltrados celulares se componen predominantemente de linfocitos B
- c. En los casos tardíos, típicamente están afectadas las láminas elásticas y hay granulomas con células gigantes y linfocitos T helper
- d. La presencia de células gigantes en la biopsia es condición indispensable para el diagnóstico histopatológico
- e. Es frecuente encontrar eosinófilos y leucocitos polimorfonucleares

**3. Las manifestaciones clínicas en la ACG:**

- a. El síntoma más común es la fiebre, generalmente, por encima de 38 °C, estando presente en más del 90% de los casos
- b. La cefalea se ha considerado uno de los predictores de pérdida visual permanente
- c. Las manifestaciones oftalmológicas suelen preceder a los síntomas sistémicos
- d. La claudicación mandibular es el síntoma clásico y se debe a arteritis de la arteria maxilar, causando isquemia de los músculos de la masticación
- e. Son síntomas frecuentes las neuropatías, las polineuropatías y los accidentes cerebrovasculares

**4. Manifestaciones oftalmológicas:**

- a. La causa más frecuente de pérdida visual en la ACG es la oclusión de la arteria central de la retina.
- b. Las alteraciones en el fondo de ojo ayudan a establecer el diagnóstico

- c. La amaurosis fugax aparece hasta en el 31% de los casos y está causada por isquemia transitoria del nervio óptico
- d. La neuropatía óptica isquémica arterítica (NOIA-A) puede ser parcial o completa dependiendo del número de arterias ciliares posteriores ocluidas
- e. c y d son correctas

**5. Diagnóstico y tratamiento:**

- a. La biopsia de arteria temporal (BAT) superficial es el *gold standard* para el diagnóstico y se debe realizar lo antes posible en pacientes con sospecha de ACG.
- b. Un resultado negativo en la BAT excluye el diagnóstico de ACG
- c. No se debe iniciar un tratamiento con dosis altas de corticoides hasta no haber confirmado el diagnóstico mediante biopsia
- d. La suspensión del tratamiento esteroideo se hará tan pronto como se normalicen los reactantes de fase aguda
- e. No se recomiendan suplementos de calcio y vitamina D ni el uso de bifosfonatos durante el tratamiento con corticoides

**Enfermedad de Vogt-Koyanagi-Harada**

Anne Riveros Frutos, Susana Holgado Pérez, Melania Martínez Morillo y Beatriz Tejera Segura

**1. ¿Donde se localiza la afectación ocular en Vogt-Koyanagi-Harada?**

- a. Se localiza en la porción anterior de la úvea
- b. La afectación es panuveal, descrita como panuveítis granulomatosa
- c. Se localiza exclusivamente en la úvea posterior, produciendo uveítis posteriores a repetición, pero no afecta a la úvea anterior
- d. La afectación es en forma de uveítis no granulomatosa, que se localiza tanto en la úvea anterior como posterior.
- e. La afectación ocular cursa sin afectación de la retina.

**2. ¿Cómo se diagnostica el síndrome de Vogt Koyanagi Harada?**

- a. Se realiza por los hallazgos característicos del líquido cefalorraquídeo
- b. El diagnóstico se realiza mediante pruebas complementarias como la ecografía ocular, la angiografía fluoresceínica (AGF) y la resonancia cerebral
- c. Se diagnostica mediante la determinación de marcadores inmunológicos
- d. Se realiza mediante criterios clínicos diagnósticos establecidos
- e. Se diagnostica por medio de pruebas de imágenes y marcadores inmunológicos.

**3. ¿Cuáles son los signos y síntomas de Vogt-Koyanagi-Harada?**

- a. Se caracteriza por afectación cutánea exclusiva
- b. Las manifestaciones clínicas se presentan en 4 fases, con clínica oftalmológica, auditiva y dermatológica, e incluso en algunos pacientes puede presentarse con alteraciones endocrínicas
- c. La presencia de meningitis linfocitaria es rara en el VKH
- d. La afectación auditiva característica del VKH es la hipoacusia neurosensorial a frecuencias bajas
- e. La afectación ocular no deja secuelas.

**4. ¿Cuáles son los diagnósticos diferenciales en síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada?**

- a. Oftalmia simpática, la escleritis posterior, la sarcoidosis y el linfoma primario intraocular de células B
- b. Síndrome de Alezzandrini, la alopecia areata y el piebaldismo

- c. El diagnóstico diferencial se debe hacer con enfermedades como el lupus eritematoso sistémico, la granulomatosis de Wegener y el síndrome de Cogan
- d. Con otras patologías que cursan con desprendimiento exudativo de retina, como las corioretinitis.
- e. Todas son correctas.

**5. ¿Cuál es el tratamiento de elección en el brote agudo de la enfermedad?**

- a. Pulsos de glucocorticoides por vía intravenosa, a dosis altas
- b. Antiinflamatorios y glucocorticoides tópicos
- c. El brote agudo es indicación de inicio inmediato de biológicos
- d. Glucocorticoides por vía oral a dosis de 20 mg/día, más antiinflamatorios
- e. El brote agudo es indicación de implantar corticoides intravitreos.

**¿Se deben tratar preventivamente los pacientes asintomáticos con anticuerpos antifosfolípidos?**

Paula Estrada, Carmen Gómez-Vaquero, Laura López Vives, Javier Narváez

**1. Cuando nos referimos a un «portador asintomático de antifosfolípido» queremos definir a:**

- a. Pacientes con anticuerpos antifosfolípidos que se encuentran sin ninguna queja sintomática, hayan o no presentado un evento trombótico
- b. Pacientes con una determinación única de antifosfolípidos positivos a títulos bajos
- c. Pacientes con presencia de antifosfolípidos en al menos 2 determinaciones espaciadas por 12 semanas que no han presentado nunca un evento trombótico arterial y/o venoso y/o evento obstétrico
- d. Pacientes con historia familiar de síndrome antifosfolípido que no presentan anticuerpos y que no han presentado eventos trombóticos
- e. Todas las anteriores

**2. Ante un paciente portador de antifosfolípido asintomático debemos de monitorizar:**

- a. La persistencia de la presencia de anticuerpos y títulos de los mismos
- b. Factores de riesgo asociados tales como la hipertensión arterial, colesterol, tabaco

- c. Presencia o no de enfermedades autoinmunitarias concomitantes
- d. Uso de anticonceptivos o terapia de reemplazo hormonal
- e. Todas las anteriores

**3. En los pacientes portadores asintomáticos de antifosfolípido a títulos bajos sin factores de riesgo añadidos y sin enfermedad autoinmunitaria asociada o estado de embarazo, las recomendaciones en cuanto a profilaxis primaria contra eventos trombóticos es:**

- a. Monitorización de los títulos de anticuerpos
- b. Monitorización de situaciones transitorias que puedan aumentar el riesgo de trombosis, tales como inmovilización prolongada o cirugía
- c. Aspirina a dosis bajas por tiempo indefinido
- d. Anticoagulación, ya sea con heparina de bajo peso molecular o anticumarínicos
- e. a y b son correctas

**4. En pacientes portadores asintomáticos de antifosfolípido a títulos altos, las recomendaciones en cuanto a la profilaxis primaria contra eventos trombóticos es:**

- a. Monitorización de los títulos de anticuerpos y de situaciones transitorias que puedan aumentar el riesgo de trombosis, tales como inmovilización prolongada o cirugía
- b. Aspirina a dosis bajas por tiempo indefinido
- c. Anticoagulación, ya sea con heparina de bajo peso molecular o anticumarínicos
- d. a y b son correctas
- e. a, b y c son correctas

**5. En pacientes portadores asintomáticos de antifosfolípido a títulos altos y lupus eritematoso sistémico, las recomendaciones en cuanto a profilaxis primaria contra eventos trombóticos es:**

- a. Monitorización de los títulos de anticuerpos y de situaciones transitorias que puedan aumentar el riesgo de trombosis, tales como embarazo, inmovilización prolongada o cirugía
- b. Aspirina a dosis bajas por tiempo indefinido
- c. Hidroxicloroquina a dosis estándar
- d. Anticoagulación, ya sea con heparina de bajo peso molecular o anticumarínicos
- e. a, b y c son correctas