



Formación Médica Continuada (www.formacion.doyma.es/seminariosreuma)

OSTEOPOROSIS EN LAS ESPONDILOARTROPATÍAS

N. Montalá y X. Juanola

3-9

1. Las tasas de fracturas vertebrales en los pacientes con espondilitis anquilosante (EA) descritas en la literatura están en un:

- a. 1-2%.
- b. 0,4-18%.
- c. 20-50%.
- d. 4-12%
- e. Los pacientes con EA no presentan fracturas vertebrales.

2. La densidad mineral ósea (DMO) en pacientes afectados de EA se ve alterada en (señale la falsa):

- a. En fases evolucionadas de la EA puede haber un aumento de la DMO medida mediante DEXA debido a la presencia de sindesmofitos.
- b. Se encuentra ya disminuida en fases iniciales de la EA.
- c. En mujeres premenopáusicas afectas de EA, los estrógenos y una mayor actividad inflamatoria tendrían un efecto protector en la DMO.
- d. Se produce una disminución de la DMO tanto en columna lumbar como en el cuello femoral.
- e. Las causas de la disminución de la DMO son multifactoriales y no bien conocidas.

3. ¿Cuál es en la actualidad la hipótesis en la que se tendrá que hacer más hincapié sobre la pérdida de DMO?

- a. El tratamiento con glucocorticoides.
- b. La inmovilidad.
- c. El sexo masculino.
- d. El uso de antiinflamatorios.
- e. Las citocinas inflamatorias.

4. Los individuos afectados de enfermedades inflamatorias intestinales en cuanto a la DMO y a la prevalencia de osteoporosis (señale la correcta):

- a. Los pacientes con colitis ulcerosa tienen más afectada la DMO que los pacientes con enfermedad de Crohn.
- b. El riesgo de fracturas vertebrales es mayor en individuos con enfermedad de Crohn.
- c. Las alteraciones en la DMO y el riesgo de fracturas son iguales en pacientes afectados de colitis ulcerosa y en pacientes con enfermedad de Crohn.
- d. La mayor variable asociada al riesgo de osteoporosis es el tratamiento con antiinflamatorios.
- e. Los pacientes con enfermedades inflamatorias intestinales tienen un aumento de la DMO y, por tanto, no tienen osteoporosis.

5. ¿Cuáles son las pautas de tratamiento para la osteoporosis en los pacientes afectados de espondiloartropatías? (señale la falsa):

- a. Disminuir el aporte diario de calcio.
- b. Educación de los hábitos de vida: abstinencia de tabaco y alcohol.
- c. Realización de ejercicio físico.
- d. Uso de bisfosfonatos.
- e. Aumentar el aporte de calcio y vitamina D.





Formación Médica Continuada (www.formacion.doyma.es/seminariosreuma)

PATOGENIA DE LAS ESPONDILODISCITIS

T.R. Vázquez Rodríguez y A.D. Atanes Sandoval

10-4

1. La llegada de los agentes patógenos a la región del disco o de los platinos discales adyacentes, en la inmensa mayoría de los casos, se debe a:

- a. Diseminación hemática de foco remoto.
- b. Traumatismo penetrante próximo.
- c. Abscesos retroperitoneales o intraabdominales.
- d. Complicación posquirúrgica de la cirugía de los discos intervertebrales.
- e. Complicación de un proceso infeccioso meníngeo.

2. El germen más frecuentemente aislado en la espondilodiscitis infecciosa es:

- a. *Mycobacterium tuberculosis*.
- b. *Brucella melitensis*.
- c. *Staphylococcus aureus*.
- d. *Staphylococcus epidermidis*.
- e. *Escherichia coli*.

3. La localización característica de la espondilodiscitis causada por micobacterias está en:

- a. Disco intervertebral.
- b. Ligamento longitudinal anterior.
- c. Apófisis transversa del cuerpo vertebral.
- d. Ángulo anterosuperior o anteroinferior del cuerpo vertebral.
- e. Articulaciones interapofisarias.

4. ¿Cuál de las siguientes no se considera un factor de riesgo que favorezca la aparición de espondilodiscitis infecciosa?

- a. Diabetes mellitus.
- b. Artritis reumatoide.
- c. Edad pediátrica.
- d. Anemia falciforme.
- e. Neoplasia activa.

5. Las espondilodiscitis infecciosas se localizan con mayor frecuencia en los segmentos vertebrales de:

- a. C2-C7.
- b. D1-D6.
- c. D7-D12.
- d. L1-L5.
- e. Es igualmente frecuente en todos los segmentos de la columna.



Formación Médica Continuada (www.formacion.doyma.es/seminariosreuma)

ARTRITIS REUMATOIDE: ¿CUÁN CARA ES?

R. Ariza-Ariza y B. Hernández-Cruz

15-27

- 1. La pensión por invalidez que cobra un paciente con artritis reumatoide debe considerarse en un estudio de costes:**
 - a. Como un coste directo no médico.
 - b. Como un coste indirecto.
 - c. No debe ser contabilizada como coste, ya que se trata de una transferencia.
 - d. Como un coste de oportunidad.
 - e. Como un coste indirecto no médico.
- 2. Una paciente con artritis reumatoide no ha podido realizar sus tareas domésticas habituales porque ha estado ingresada a causa de un brote. Durante el tiempo del ingreso contrató a una persona para el cuidado de los niños y su marido perdió varios días de trabajo porque estuvo acompañándola en el hospital. En un estudio de costes debería contabilizarse:**
 - a. Únicamente el coste directo médico del ingreso hospitalario, ya que la paciente no realiza actividad laboral remunerada.
 - b. El coste directo médico del ingreso hospitalario y el coste indirecto de la pérdida de horas de trabajo del marido.
 - c. Sólo el coste de la persona contratada para el cuidado de niños, ya que la paciente y el marido cotizan a la Seguridad Social.
 - d. El coste directo médico del ingreso, el coste directo no médico de la persona contratada para el cuidado de los niños, el coste de la pérdida de productividad laboral del marido y el coste indirecto de las actividades domésticas dejadas de hacer por la paciente.
 - e. No debe contabilizarse ningún coste.
- 3. Señale la afirmación correcta:**
 - a. En la mayoría de los estudios los factores que más contribuyen al coste directo de la artritis reumatoide son los ingresos hospitalarios y los medicamentos.
 - b. Los costes generados por la artritis reumatoide son claramente menores cuando se comparan con los de controles sin artritis.
 - c. En los estudios de costes de la artritis reumatoide realizados en España los costes indirectos fueron mayores que los directos.
 - d. La introducción de los biológicos en el tratamiento de la artritis reumatoide supone un ahorro de costes a corto plazo.
 - e. Los costes de la consulta externa por artritis reumatoide son los más elevados.
- 4. En una evaluación económica en artritis reumatoide:**
 - a. Se divide el coste de cada intervención entre su beneficio y se comparan los resultados.
 - b. Se elige siempre el tratamiento más barato.
 - c. Se divide la diferencia de costes de las intervenciones que se comparan entre la diferencia de efectividad y se obtiene una razón de coste-efectividad incremental.
 - d. La mayoría de agencias de salud consideran que si un tratamiento nuevo tiene un coste por QALY adicional superior 50.000 euros, ese tratamiento es coste-efectivo y, por tanto, financiable.
 - e. Las respuestas a y b son correctas.
- 5. Señale la afirmación correcta:**
 - a. OMERACT recomienda que las evaluaciones económicas en artritis reumatoide tengan un horizonte temporal de 5-10 años cuando están basadas en modelos.
 - b. En una evaluación económica en artritis reumatoide se recomienda comparar opciones que no han sido comparadas en ensayos clínicos.
 - c. La evaluación económica basada en el estudio TEMPO y modelada a 10 años indica que cada QALY adicional ganado con etanercept + metotrexato tiene un coste superior a los 100.000 euros respecto a metotrexato solo.
En el análisis de coste-utilidad, el beneficio se mide como unidades monetarias.
 - e. Todas las anteriores son correctas.





Formación Médica Continuada (www.formacion.doyma.es/seminariosreuma)

SÍNDROME ANTISINTETASA

I. Macías Fernández, J.J. Pérez Venegas y S. García Pérez

28-33

- 1. Con qué frecuencia aparecen los anticuerpos anti-Jo-1 en las miopatías inflamatorias idiopáticas?**
 - a. En un 10-15%.
 - b. En un 20-30%.
 - c. En un 30-35%.
 - d. En un 35-40%.
 - e. En más de un 50%.

- 2. ¿Cuál es el hallazgo clínico más relevante del síndrome antisintetasa?**
 - a. La afección articular no erosiva.
 - b. Las denominadas “manos de mecánico”.
 - c. La afección pulmonar.
 - d. Los nódulos reumatoides.
 - e. El signo del heliotropo.

- 3. Las denominadas “manos de mecánico” (señale la correcta):**
 - a. Son un síntoma de esclerodermia.
 - b. Sólo aparecen en el síndrome antisintetasa.
 - c. Son un síntoma típico del síndrome antisintetasa, aunque también aparecen en otras enfermedades.
 - d. Son un síntoma típico de la triquinosis.
 - e. Aparecen también en la sarcoidosis muscular.

- 4. Las oscilaciones en los títulos de los anticuerpos anti-Jo-1 son útiles para monitorizar la actividad clínica del síndrome antisintetasa. Señale la respuesta verdadera:**
 - a. Se correlacionan con las CPK.
 - b. Se correlacionan con debilidad clínica.
 - c. No sirven para la monitorización clínica.
 - d. Todas las anteriores son ciertas.
 - e. Ninguna de las anteriores son ciertas.

- 5. Los agentes inmunosupresores se utilizan en el síndrome antisintetasa en:**
 - a. La afección pulmonar.
 - b. La afección cutánea.
 - c. La afección articular.
 - d. Como ahorrador de corticoides.
 - e. En todas las anteriores.



Formación Médica Continuada (www.formacion.doyma.es/seminariosreuma)

¿QUÉ ES LO QUE HOY DEBO SABER SOBRE LOS SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS?

C. Modesto, J.I. Aróstegui, J. Yagüe y C. Arnal

34-44

1. Acude a la consulta una niña de 5 años que viene padeciendo episodios de dolor y tumefacción en rodilla derecha desde los 3. Los episodios son autolimitados y ceden en 3-5 días, a veces acompañados de fiebre. La madre explica que, además, desde casi la época de lactante, tiene un exantema urticarial ya estudiado, con pruebas alérgicas negativas, y catalogado de urticaria crónica. En esta paciente pensaríamos que:

- Podría ser realmente una urticaria crónica y los episodios recortados de artritis pueden estar relacionados con su fondo atópico.
- La artritis tan limitada en el tiempo, y a veces acompañada de fiebre, hace pensar en artritis viral o posviral.
- En la analítica los ANA son positivos, pero el tiempo de duración de la artritis no permite diagnosticarla de artritis idiopática juvenil (AIJ) oligoarticular.
- Siempre aparece el dolor en la misma articulación, de forma que podría tener una causa estructural.
- Todas las respuestas podrían ser ciertas.

2. La niña se ingresa un mes más tarde porque acude a urgencias durante el fin de semana con artritis y fiebre. Durante los primeros días de ingreso aparece el exantema urticarial, y en el estudio de artritis monoarticular la exploración oftalmológica pone en evidencia un papiledema bilateral. Estos hallazgos nos llevarían a pensar que:

- Dado que es niña, sabemos que es ANA+, y ahora nos comunican la afección ocular: quizá sí sea una AIJ oligoarticular.
- Esta evolución nos obliga a instaurar tratamiento con corticoides.
- Si tiene papiledema bilateral, éste es el signo guía en ese momento, pero no tenemos que buscar su causa.
- El papiledema es un signo de hipertensión intracraneal frecuente en el síndrome CINCA/NOMID.
- El hallazgo de la afección ocular debe interpretarse como secundario a otra enfermedad y no ligado a la presencia de artritis con fiebre y exantema.

3. Ingresamos un paciente de 5 años de edad, derivado desde un hospital de segundo nivel, por presentar fiebre alta, dolor abdominal acompañante, dolor y tumefacción de tobillos, leucocitosis franca (40.000), elevación de la VSG y de la PCR. Se instaura tratamiento antibiótico y analgésico. Los padres refieren que ya había tenido un episodio similar pero de menor intensidad que cedió en 4-5 días. Durante este ingreso el curso de la enfermedad es similar, y queda asintomático a los 5 días. En ese momento se produce una normalización de todos los datos analíticos. Pensando que quizá pudiera ser un síndrome autoinflamatorio, ¿qué propondríamos?

- Realizar ya estudio genético.
- Esperar para ver si hay más episodios.
- Esperar para ver si hay más episodios y pedir a los padres que nos hagan un calendario de los brotes; que apunten también si hay pródromos o si en algún caso la fiebre es atribuible a una infección concreta.
- Si hay un nuevo brote, volver a ingresarlo para realizar pruebas de imagen.
- Iniciar tratamiento con anti-IL-1.



Formación Médica Continuada (www.formacion.doyma.es/seminariosreuma)

¿QUÉ ES LO QUE HOY DEBO SABER SOBRE LOS SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS?

C. Modesto, J.I. Aróstegui, J. Yagüe y C. Arnal

34-44

- 4.** Supongamos que en el caso anterior se comprueba la periodicidad de los brotes, se inicia tratamiento con colchicina, que resulta ser efectivo, y se confirma la existencia de una mutación causante de enfermedad en el gen MEFV. Al hacer estudio familiar, se ve que la madre y la hermana de la niña llevan la misma mutación, pero hasta el momento no han presentado síntomas. ¿Qué les diríamos en cuanto a su posibilidad de que se desarrolle la enfermedad?
- Dado que llevan el gen mutado, es seguro que en algún momento de su vida tendrán síntomas.
 - Esto es cierto para la niña, pero la madre, que ya tiene 38 años, no tendrá la enfermedad.
 - Ninguna de las dos tendrán síntomas si no los han tenido ya.
 - Pueden aparecer síntomas en cualquiera de las dos si se dan las circunstancias ambientales necesarias (y hoy desconocidas) que activen otros genes moduladores del gen MEFV.
 - Nada de lo anterior es cierto.

- 5.** El inflammasoma se sitúa en el centro de la patogenia de los síndromes autoinflamatorios. Es cierto que:
- Está constituido por una serie de proteínas que, una vez ensambladas, modulan la producción de citocinas inflamatorias y no inflamatorias como IL-1, IL-8 e IL-33.
 - Está bien delimitado, pero se localiza próximo a la pared celular, cerca de los receptores para las diversas citocinas.
 - Está constituido por una serie de proteínas delimitadas por una membrana simple y localizado cerca del aparato de Golgi.
 - El inflammasoma realmente no existe, es sólo una forma de explicar la posible patogenia de los síndromes autoinflamatorios.
 - El inflammasoma es otra forma de denominar a los distintos procesos que tienen lugar intracelularmente en la unión del TNF α con su receptor de membrana p55.