



Formación Médica Continuada (www.doyma.es/semreuma)

SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD A FÁRMACOS

Jesús Fernández Herrera y Javier Pedraz

55-67

1. La definición de síndrome de hipersensibilidad a fármacos (SHF) incluye la tríada:

- a. Fiebre, hipertensión arterial y hepatoesplenomegalia.
- b. Fiebre, afectación cutánea y afectación multiorgánica.
- c. Esplenomegalia, linfadenopatía y fiebre.
- d. Afectación cutánea, eosinofilia y linfadenopatía.
- e. Neutrofilia, hipertensión arterial y fiebre.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a. A lo largo del tiempo, el SHF ha recibido múltiples denominaciones.
- b. En ocasiones se han descrito casos de síndrome de Stevens-Johnson o de necrólisis epidérmica tóxica que cumplen criterios de SHF.
- c. Es una entidad muy frecuente, con incidencias de 1 entre 10 a 1 entre 100.
- d. El SHF es una enfermedad potencialmente grave.
- e. La causa más frecuente del SHF son los antiepilépticos aromáticos.

3. ¿Cuál de estos fármacos es el más habitualmente implicado en el SHF?

- a. Difenilhidantoína.
- b. Ácido acetilsalicílico.
- c. Talidomida.
- d. Interferón.
- e. Bexaroteno.

4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a. En la patogenia del SHF se hallan implicados metabolitos reactivos, mecanismos inmunológicos y determinados virus.
- b. La clínica cutánea del SHF es muy variable, y se presentan desde exantemas generalizados hasta pseudolinfomas.
- c. La presencia de adenopatías y la eosinofilia son dos hallazgos relativamente habituales en este síndrome.
- d. La afectación hepática, generalmente con elevación transitoria de transaminasas, es muy infrecuente y se presenta en < 1% de los casos.
- e. El pronóstico puede ser fatal hasta en el 10% de los casos.

5. El tratamiento de elección del SHF es:

- a. Corticoides tópicos.
- b. Corticoides sistémicos.
- c. Antihistamínicos.
- d. Azatioprina.
- e. Interferón.





Formación Médica Continuada (www.doyma.es/semreuma)

ARTRITIS REUMATOIDE Y TROPISMO INFECCIOSO

Carolina Garcia-Vidal y Miguel Salavert Lletí

68-87

- 1. De entre los siguientes agentes infecciosos mencionados, ¿cuál no ha sido relacionado o implicado, por el momento, en la etiopatogenia de la artritis reumatoide (AR)?**
 - a. *Proteus mirabilis*.
 - b. *Mycoplasma* spp.
 - c. Virus de Epstein-Barr.
 - d. Proteínas priónicas (priones).
 - e. Retrovirus.

- 2. ¿Con cuál de los siguientes fármacos no biológicos utilizados en el tratamiento de la AR es mucho menor el riesgo de enfermedades infecciosas oportunistas o éste no se incrementa?**
 - a. Corticosteroides.
 - b. Metotrexato.
 - c. Leflunomida.
 - d. Ciclofosfamida.
 - e. Azatioprina.

- 3. Acerca de la artritis séptica espontánea en pacientes con AR, una de las siguientes afirmaciones es falsa:**
 - a. *Staphylococcus aureus* es el microorganismo individual hallado con más frecuencia.
 - b. La artrocentesis es la técnica de elección para el diagnóstico clínico y microbiológico.
 - c. Ocurre con más frecuencia en los que reciben tratamiento con corticosteroides o metotrexato.
 - d. En estos pacientes son habituales las demoras diagnósticas por las formas de presentación atípicas, insidiosas y poliarticulares.
 - e. La articulación más frecuentemente afectada es la del tobillo.

- 4. El riesgo de infecciones granulomatosas oportunistas causadas por las nuevas terapias biológicas, como la tuberculosis, es mayor con infliximab que con etanercept, y puede deberse a sólo una de las siguientes razones:**
 - a. Infliximab neutraliza fisiológicamente y de forma reversible la actividad del TNF- α .
 - b. Etanercept causa una gran inhibición de la producción celular de interferón gamma.
 - c. Etanercept no bloquea la síntesis y liberación de interleucina-10.
 - d. Infliximab tiene efectos favorecedores de la apoptosis por la vía de las caspasas.
 - e. Infliximab se asocia a corticoides y metotrexato, pero el etanercept no.





Formación Médica Continuada (www.doyma.es/semreuma)

ARTRITIS REUMATOIDE Y TROPISMO INFECCIOSO

Carolina Garcia-Vidal y Miguel Salavert Lletí

68-87

- 5. Acerca de la relación entre las terapias biológicas y los riesgos de procesos infecciosos, una de las siguientes afirmaciones no es correcta:**
- a. Muchas de las infecciones oportunistas aparecen más allá del año de tratamiento con terapias biológicas, debido a primoinfecciones o reinfecciones más que a reactivaciones de infecciones latentes.
 - b. Abatacept no parece incrementar el porcentaje de infecciones oportunistas respecto al causado por infliximab.
 - c. Las estrategias de profilaxis de las infecciones, como en el caso de la tuberculosis (prueba de Mantoux y radiografía de tórax), han conseguido disminuir drásticamente su incidencia en estos pacientes.
 - d. Ante un paciente con infección tuberculosa latente en que se ha iniciado profilaxis con isoniazida, podría comenzarse con terapias biológicas a partir de haber recibido al menos 4 semanas de la misma.
 - e. Se han descrito infecciones oportunistas no sólo por *Mycobacterium tuberculosis*, sino también por especies de *Listeria*, *Nocardia*, *Cryptococcus*, *Aspergillus*, *Leishmania*, *Pneumocystis* y otros patógenos, aunque en menor frecuencia.



Formación Médica Continuada (www.doyma.es/semreuma)

FACTORES DE PROGRESIÓN EN LAS ESCOLIOSIS IDIOPÁTICAS

*Koldobika Villeda Beitia Jaureguizar, Isidoro Arjona Carmona, Gloria Bermejo Fernández,
José Antonio Rodríguez Torres y Almudena Fernández Bravo*

88-97

1. ¿Cuál de estos tipos de escolióticos tiene mayor riesgo de progresión?

- a. Escoliosis lumbar de 30° con Risser 2.
- b. Escoliosis lumbar de 30° con Risser 4.
- c. Escoliosis toracolumbar de 30° con Risser 3.
- d. Escoliosis torácica de 30° con Risser 4.
- e. Escoliosis torácica de 30° con Risser 2.

2. ¿Cuál de estos factores no se considera un factor de progresión de la curva?

- a. Magnitud de la curva.
- b. Tipo de curva.
- c. Rotación vertebral.
- d. Ángulo de Metha.
- e. Todas son ciertas.

3. ¿Qué corsé sería el más indicado en una curva torácica de entre 25 y 35° con inmadurez ósea y vértebra ápex en T7?

- a. No estaría indicado el uso del corsé, sería una indicación quirúrgica.
- b. Corsé de Boston.
- c. Corsé de Milwaukee.
- d. Corsé nocturno tipo Charleston.
- e. Todas las opciones ortopédicas son correctas.

4. ¿Con qué está relacionado el índice de Risser?

- a. Con la graduación de la maduración ósea de la epífisis de la cresta ilíaca.
- b. Con la flexibilidad de la curva.
- c. Con la magnitud de la curva.
- d. Con el estadio de madurez sexual.
- e. Con la rotación de los cuerpos vertebrales.

5. ¿Cuál de estas opciones no es cierta?

- a. El tratamiento ortésico tiene como objetivo fundamental detener la progresión de la curva y mantener los resultados una vez retirado el corsé; rara vez se llega a la curación.
- b. Curvas estructuradas con poca flexibilidad y alta prominencia rotacional se han asociado a un mal pronóstico con tratamiento ortopédico.
- c. La reducción del valor angular junto a la del componente rotacional durante el tratamiento ortopédico es un indicador de buen pronóstico.
- d. El tiempo recomendado de uso del corsé es de entre 10 y 16 h al día para controlar mejor la curva.
- e. Pacientes que presentan curvas hasta de 25° pueden ser observados con controles radiológicos repetidos cada 4-6 meses.





Formación Médica Continuada (www.doyma.es/semreuma)

LESIONES CUTÁNEAS ASOCIADAS AL TRATAMIENTO ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA

Concepción Chalmeta Verdejo, José Ivorra Cortés, Lydia Abad Franch, Rosa Hortal Alonso, José Andrés Román Ivorra, Nagore Fernández-Llanio y Juan José Alegre Sancho

98-105

- 1. La manifestación cutánea más frecuente relacionada con la administración de tratamientos anti-TNF- α por vía subcutánea es:**
 - a. Psoriasis cutánea.
 - b. Reacciones en el punto de inyección.
 - c. Prurito.
 - d. Hipopigmentación.
 - e. Infecciones.

- 2. La nodulosis acelerada en pacientes con artritis reumatoide es un efecto secundario asociado al tratamiento con:**
 - a. Paracetamol.
 - b. Metotrexato.
 - c. Ibuprofeno.
 - d. Etanercept.
 - e. Son correctas b y d.

- 3. ¿Cuál de estas manifestaciones no se ha descrito en relación con el tratamiento con anti-TNF?**
 - a. Infecciones.
 - b. Tumores cutáneos.
 - c. Psoriasis.
 - d. Acné vulgar.
 - e. Vasculitis.

- 4. En relación a los tratamientos biológicos, ¿cuál de los siguientes no se considera un bloqueador del TNF?**
 - a. Infliximab.
 - b. Anakinra.
 - c. Adalimumab.
 - d. Etanercept.
 - e. Golimumab.

- 5. La vasculitis leucocitoclástica puede observarse en una de las siguientes circunstancias:**
 - a. Infecciones.
 - b. Neoplasias.
 - c. Crioglobulinemia.
 - d. Tratamiento con anti-TNF.
 - e. Todas las anteriores son correctas.



Formación Médica Continuada (www.doyma.es/semreuma)

BURSITIS TROCANTÉREA DE ORIGEN INFECCIOSO

Mónica Ibáñez Barceló y Santos Castañeda Sanz

106-12

- 1. El germen más frecuentemente detectado en la bursitis trocantérea de origen infeccioso es:**
 - a. *Staphylococcus aureus*.
 - b. *Escherichia coli*.
 - c. *Mycobacterium tuberculosis*.
 - d. Gérmenes anaerobios.
 - e. *Staphylococcus epidermidis*.

- 2. La causa más frecuente de bursitis trocantérea es:**
 - a. Traumática.
 - b. Postural.
 - c. Idiopática.
 - d. Tumoral.
 - e. Infecciosa.

- 3. El número de bursas que se encuentran a nivel pertrocantéreo es:**
 - a. Una sola bursa, la bursa trocantérea propiamente dicha.
 - b. Tres bursas: la bursa del glúteo mayor, menor y mediano.
 - c. Cuatro bursas: bursas del glúteo mayor, menor y mediano y la bursa del glúteo femoral.
 - d. Cinco: bursas del glúteo mayor, menor y mediano y la bursa del glúteo femoral + bursitis trocantérea propiamente dicha.
 - e. Todas son erróneas.

- 4. Ante un dolor en la cara lateral de la cadera hay que descartar:**
 - a. Coxartrosis o espondiloartrosis lumbar.
 - b. Fractura acetabular, del cuello femoral o de rama pubiana.
 - c. Artritis de cadera.
 - d. Necrosis ósea avascular de la cabeza femoral.
 - e. Todas son ciertas.

- 5. Ante una bursitis trocantérea de origen infeccioso hay que tener en cuenta los siguientes factores de riesgo salvo:**
 - a. Portadores de VIH.
 - b. Pacientes que reciben tratamiento inmunosupresor, incluyendo los anti-TNF- α .
 - c. Pacientes con tuberculosis previa que han sido correctamente tratados.
 - d. Adictos a drogas por vía parenteral.
 - e. Todas son válidas.

