



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

ARTROCENTESIS DE LA PRIMERA ARTICULACIÓN METATARSOFALENGICA

Francisca Sivera y Eliseo Pascual

127-9

- 1. El dolor o la inflamación en la primera metatarsofalángica (MTF) puede deberse a:**
 - a. Cristales de urato monosódico (UMS).
 - b. Infecciones.
 - c. Artropatía psoriásica.
 - d. Cristales de pirofosfato dihidratado.
 - e. Todos los anteriores.

- 2. Ante un paciente con episodio agudo de dolor y tumefacción en la primera MTF, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?**
 - a. La presencia de sinovitis en la primera MTF e hiperuricemia siempre traduce artritis gotosa.
 - b. La artrocentesis de la primera MTF es una técnica difícil y poco rentable.
 - c. La inyección intraarticular de corticoides no es eficaz en las podagras por cristales.
 - d. La artrocentesis permite obtener una muestra de líquido sinovial (LS) para buscar cristales de UMS al microscopio, y así confirmar o descartar el diagnóstico de gota.
 - e. En caso de estar afectadas otras articulaciones, la primera MTF es la más rentable para aspirar.

- 3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la técnica de la artrocentesis de la primera MTF es falsa?**
 - a. La artrocentesis con aguja fina (29 G) provoca poco dolor.
 - b. El diámetro de la aguja es demasiado pequeño para obtener una muestra de las células y cristales que se encuentran en el LS.
 - c. Si se coge el dedo por la punta y se flexiona levemente, la mayoría de articulaciones permiten palpar adecuadamente el espacio articular.
 - d. La artrocentesis con aguja fina permite obtener muestras de LS de la mayoría de articulaciones, tanto sintomáticas como asintomáticas.
 - e. Al ser una técnica poco cruenta, se puede practicar en pacientes anticoagulados.

- 4. Paciente varón de 56 años, actualmente asintomático pero con episodios previos recurrentes autolimitados de artritis en la primera MTF y en las rodillas e hiperuricemia en la analítica de sangre. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?**
 - a. El estudio de LS de articulaciones asintomáticas previamente inflamadas es poco rentable para el diagnóstico de artritis cristalinas.
 - b. La ecografía puede resultar útil para guiar las artrocentesis en el caso de articulaciones "difíciles".
 - c. El dolor provocado por la aspiración de la primera MTF es menor que en el caso de articulaciones inflamadas.
 - d. La aspiración de la rodilla o de la primera MTF permitiría el diagnóstico de gota en el caso de encontrar cristales de UMS en el análisis del LS.
 - e. Entre el 8 y el 10% de los varones presentan hiperuricemia.

- 5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?**
 - a. Las articulaciones que nunca han estado inflamadas raramente contienen cristales de UMS.
 - b. Los cristales de pirofosfato también persisten en las articulaciones en períodos intercríticos.
 - c. La presencia de cristales de UMS en una articulación descarta una artritis séptica.
 - d. La cantidad de LS obtenido de la primera articulación MTF suele ser pequeña.
 - e. La gota es una enfermedad frecuente, especialmente en varones mayores de 45 años.



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

SISTEMA SANITARIO PARA LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS: UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Recomendaciones de la Sección de Reumatología de la UEMS/Junta Europea de Reumatología 2006

130-44

1. En la Unión Europea el dolor reumático en el adulto afecta durante la vida:

- a. Al 50% de la población.
- b. Al 20-30% de la población.
- c. Al 15% de la población.
- d. Al 75% de la población.
- e. A menos del 10% de la población.

2. Un centro de reumatología:

- a. Debe centrarse en las enfermedades inflamatorias.
- b. Funciona como un servicio monodisciplinario.
- c. Es un servicio multidisciplinario y interprofesional.
- d. Debe centrarse en el estudio de la fibromialgia.
- e. No guarda relación con otros servicios.

3. El reumatólogo debe dirigir la asistencia de los pacientes ingresados con:

- a. Artritis reumatoide y enfermedades del tejido conectivo.
- b. Trombofilia.
- c. Ictus.
- d. Cardiopatía isquémica.
- e. Escoliosis.

4. La asistencia en reumatología (señale la respuesta falsa):

- a. Es fundamentalmente ambulatoria.
- b. Las relaciones con los médicos de familia son fundamentales.
- c. Las relaciones con otras especialidades médicas son muy importantes.
- d. La asistencia del paciente ingresado con una enfermedad debe ser regida por el reumatólogo.
- e. Debe impartirse en el centro de salud exclusivamente.

5. Las técnicas fundamentales de las que debe disponer un servicio de reumatología son:

- a. Microscopio óptico de luz polarizada.
- b. Densitometría ósea.
- c. Técnicas de imagen.
- d. Histopatología y bioquímica clínica.
- e. Todas las anteriores.





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

SINFISITIS PÚBLICA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Sergio A. Rodríguez Montero

145-53

- 1. La sínfisis púbica es una articulación cartilaginosa de tipo anfiartrodial, con una mínima capacidad de movimiento, gracias a la estabilidad que le confiere sobre todo:**
 - a. El ligamento púbico superior.
 - b. El ligamento púbico anterior.
 - c. El ligamento púbico inferior o arqueado.
 - d. El disco fibrocartilaginoso interpubiano.
 - e. La inserción de la musculatura recta del abdomen.

- 2. Cuando en 1924 Beer empleó por primera vez el término “osteítis pubis” para referirse al cuadro clínico consistente en dolor pélvico intenso y anomalía de la marcha con erosiones óseas de la sínfisis púbica, lo hizo en relación con:**
 - a. La práctica deportiva.
 - b. El embarazo.
 - c. Traumatismo con caída desde altura.
 - d. Una intervención quirúrgica urológica.
 - e. Pielonefritis aguda.

- 3. Si bien algunos investigadores sostienen que todos los casos de sinfisitis púbica son secundarios a infección, son muchas las especulaciones que se han hecho acerca de su origen. ¿Cuál de las siguientes situaciones no se ha relacionado con la patogenia de esta enfermedad?**
 - a. La distrofia simpático-refleja de pubis.
 - b. El tratamiento crónico con glucocorticoides.
 - c. La inoculación de algún patógeno mediante cirugía pélvica.
 - d. La trombosis de las venas parapúbicas.
 - e. La inflamación por sobreuso ligada a algunos deportes.

- 4. En cuanto al planteamiento diagnóstico de la osteítis pubis, sólo es cierta una de las siguientes afirmaciones:**
 - a. La ausencia de fiebre excluye la posibilidad de una infección ósea subyacente.
 - b. La radiología convencional es muy útil en fases iniciales, y casi desde el inicio del cuadro muestra la existencia de esclerosis y de erosiones óseas.
 - c. La identificación precoz del cuadro resulta sencilla, y sólo en un pequeño porcentaje de los casos se produce un retraso diagnóstico de semanas o meses.
 - d. Las técnicas de laboratorio son muy rentables en el diagnóstico de la sinfisitis púbica, ya que tanto la velocidad de sedimentación globular como la PCR suelen estar muy elevadas.
 - e. La presentación de un paciente con dolor púbico y hallazgos radiológicos de sinfisitis púbica tras un antecedente de cirugía pélvica exige la realización de una biopsia ósea guiada por tomografía computarizada y un aspirado de la sínfisis púbica para descartar una osteomielitis/artritis séptica de pubis.

- 5. Acerca del tratamiento de la sinfisitis púbica, es falso que:**
 - a. Se han empleado, entre otros, radiación, heparina o trasplante autólogo de hueso ilíaco.
 - b. Para la instauración del tratamiento correcto es imprescindible descartar la existencia de una base infecciosa.
 - c. La cirugía está indicada en un alto porcentaje de casos.
 - d. En los casos asociados a la práctica deportiva la base del tratamiento consiste en reposo deportivo durante unas 4-6 semanas, junto con tratamiento fisioterápico.
 - e. En los casos de sinfisitis de etiología infecciosa es obligado mantener el tratamiento antibiótico intravenoso al menos durante 4 semanas.



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

OSTEOPOROSIS E INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA

José Manuel Olmos Martínez y Jesús González-Macías

154-64

1. Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a. Los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) presentan una menor masa ósea y una mayor tasa de fracturas que las personas sanas.
- b. Los pacientes con infección por el VIH presentan una mayor prevalencia de osteopenia y de osteoporosis que las personas sanas.
- c. La pérdida de masa ósea afecta fundamentalmente a las mujeres.
- d. Las respuestas a y b son correctas.
- e. Ninguna es correcta.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

- a. La osteoprotegerina (OPG) se une al receptor-activador del factor nuclear kB (RANKL) impidiendo su acceso al (RANK).
- b. La OPG y el RANKL son sintetizados por los osteoclastos.
- c. La interleucina (IL-1) y el factor de necrosis tumoral (TNF- α) estimulan la secreción de OPG.
- d. El RANK es un receptor de la familia del TNF que está presente en la membrana de los osteocitos.
- e. El VIH inhibe la liberación de RANKL.

3. ¿Cuál de los siguientes trastornos de la remodelación se observa en los pacientes con infección por el VIH?

- a. Trastorno de la mineralización.
- b. Pérdida del acoplamiento.
- c. Equilibrio óseo normal y aumento del *turnover* óseo.
- d. Equilibrio óseo negativo y *turnover* óseo normal.
- e. Equilibrio óseo negativo y aumento del *turnover* óseo.

4. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es correcta?

- a. En la mayoría de los estudios se ha observado que los pacientes tratados con inhibidores de la proteasa presentan una menor masa ósea que los que no reciben estos fármacos.
- b. No se han observado cambios significativos en la evolución de la masa ósea en los pacientes tratados con antirretrovirales.
- c. El tratamiento antirretroviral resulta perjudicial para el hueso.
- d. Los efectos de los distintos antirretrovirales sobre las células óseas son bien conocidos.
- e. El tratamiento con inhibidores de la proteasa se asocia a una reducción en los marcadores de resorción.

5. ¿Qué actitud debe tomarse en los pacientes con infección por el VIH?

- a. No merece la pena plantearse el diagnóstico de la osteoporosis, dado que es una enfermedad propia de las personas de edad avanzada.
- b. Debe realizarse una densitometría ósea a todos los pacientes.
- c. Deben valorarse los marcadores bioquímicos de la remodelación en todos los pacientes mayores de 40 años.
- d. Conviene insistir en las medidas generales recomendadas al conjunto de la población.
- e. Los bifosfonatos no pueden utilizarse en los pacientes que reciben TARGA.





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

MANIFESTACIONES OSTEOARTICULARES DE LAS ENFERMEDADES POR DEPÓSITO LISOSÓMICO

Alberto Alonso Ruiz y Pilar Manrique Martínez

165-77

1. ¿Cuál de las siguientes enfermedades no es una mucopolisacaridosis?

- a. Enfermedad de Sanfilippo.
- b. Enfermedad de Sly.
- c. Enfermedad de Niemann-Pick.
- d. Enfermedad de Maroteaux-Lamy.
- e. Enfermedad de Hurler.

2. La enfermedad de Scheie es:

- a. La forma atenuada de la mucopolisacaridosis tipo I.
- b. La forma grave de la mucopolisacaridosis tipo I.
- c. La mucopolisacaridosis tipo IV.
- d. La forma leve de la enfermedad de Morquio.
- e. La forma atenuada de la enfermedad de Gaucher.

3. Una de las siguientes manifestaciones no es típica de las mucopolisacaridosis:

- a. Poliartrosis.
- b. Mano en garra.
- c. Disostosis múltiple.
- d. Síndrome del túnel carpiano.
- e. Hipoplasia de los huesos del carpo.

4. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones sobre la enfermedad de Gaucher es falsa?

- a. El tipo I es la forma más frecuente.
- b. La afectación muscular es típica.
- c. Puede ocasionar osteonecrosis.
- d. Los pacientes desarrollan esplenomegalia masiva.
- e. Puede desarrollarse hipertensión pulmonar.

5. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones no es sugestiva de la enfermedad de Fabry?

- a. Acroparestesias.
- b. Insuficiencia renal.
- c. Hipohidrosis.
- d. Coxa valga.
- e. Opacidades corneales (córnea *verticillata*).