



Seminarios de la Fundación Española de Reumatología

www.elsevier.es/semreuma



Formación Médica Continuada

Los fitos de la columna

Beatriz Tejera Segura, Ann Vallés Arvonen

1. **Los sindesmofitos típicos, exostosis verticales y finas que se originan por o sificación del anillo fibroso, son característicos de la espondilitis anquilosante. ¿En qué otra enfermedad los podemos encontrar?**
 - a. Artritis reactiva o síndrome de Reiter.
 - b. Artritis reumatoide del anciano.
 - c. Artritis psoriásica.
 - d. Artropatía de la enfermedad inflamatoria intestinal.
 - e. Artritis por microcristales.
2. **Los sindesmofitos característicos de la artritis psoriásica son:**
 - a. Simétricos y horizontales.
 - b. Finos y verticales.
 - c. Gruesos, unilaterales y asimétricos.
 - d. Asimétricos, emergiendo desde los vértices de los cuerpos vertebrales.
 - e. En la artritis psoriásica no hay sindesmofitos.
3. **Decimos que se ha formado el osteofito cuando:**
 - a. Se produce una osificación del cuerpo vertebral.
 - b. Se produce una deshidratación del disco.
 - c. Tienen lugar las respuestas a) y b).
 - d. Hay degeneración de la unión entre el cuerpo y el disco vertebral.
 - e. Se produce una hernia de Schmorl.
4. **Dentro de los criterios diagnósticos que propone el Dr. Resnick para la hiperostosis esquelética difusa idiopática se encuentran:**
 - a. Calcificación del ligamento vertebral común anterior de al menos dos vértebras contiguas.
 - b. Calcificación del ligamento vertebral posterior.
 - c. Calcificación del ligamento vertebral común anterior de al menos 4 vértebras contiguas.
 - d. Calcificación intradiscal.
 - e. Calcificación en el canal lumbar.
5. **Señala la opción correcta:**
 - a. Los sindesmofitos típicos sólo se observan en pacientes con espondilitis anquilosante.
 - b. Los sindesmofitos que se observan en la radiografía siempre aparecen cuando la espondiloartropatía está avanzada.
 - c. En el síndrome SAPHO no se observan exostosis de la columna vertebral.
 - d. Sólo se observan imágenes sugestivas de osteofitos a partir de los 50 años.
 - e. El sindesmofito característico, pero no exclusivo de la artritis reactiva (síndrome de Reiter), se denomina también atípico.

La base de datos PubMed y la búsqueda de información científica

Rosa Trueba-Gómez, José-Manuel Estrada-Lorenzo

1. **Un recurso bibliográfico como PubMed es:**
 - a. Una biblioteca perteneciente a los National Health Institutes de los Estados Unidos.
 - b. Una base de datos anglosajona con referencias bibliográficas de artículos científicos.
 - c. Un catálogo de revistas biomédicas en inglés.
 - d. Una página web desarrollada y promovida por la World Health Organization.
 - e. Una base de datos con libros y capítulos de libros, especializada en ciencias de la salud.
2. **Si está buscando artículos en PubMed sobre el «uso del ejercicio en pacientes ancianos con fibromialgia» (exercise, aged, fibromyalgia), ¿cuál sería la estrategia de búsqueda más conveniente?**
 - a. Exercise OR aged OR fibromyalgia.
 - b. Exercise NOT aged NOT fibromyalgia.
 - c. Exercise AND aged AND fibromyalgia.
 - d. (Exercise OR aged) AND fibromyalgia.
 - e. Exercise AND (aged NOT fibromyalgia).
3. **La función “Search History”, en “Advanced Search” permite:**
 - a. Archivar la estrategia de búsqueda y crear alertas.
 - b. Elegir el formato de visualización de las referencias en pantalla.
 - c. Reagrupar las referencias en un máximo de 200 por página.
 - d. Utilizar un menú desplegable con operadores booleanos para combinar con facilidad los términos de búsqueda.
 - e. Limitar los resultados por tipo de publicación y edad.
4. **Una referencia bibliográfica de PubMed en formato “Summary” contiene, entre otros, los siguientes elementos:**
 - a. Título del artículo, autores y nombre de la revista donde se publicó.
 - b. Título del artículo, resumen, autores y año de publicación.
 - c. Título del artículo, revista donde se publicó y términos MeSH.
 - d. Título y resumen del artículo, lugar de trabajo de los autores y revista donde se publicó.
 - e. Términos MeSH, resumen del artículo y revista donde se publicó.
5. **Si se quieren acotar los resultados de una búsqueda sobre osteoartritis a «los ensayos clínicos publicados en inglés y español en la población anciana» debe elegirse la siguiente opción:**
 - a. Escribir directamente en la ventana de búsqueda los términos “clinical trial”, “english”, “spanish” y “older”, separados por comas.

- b. En la función Limits seleccionar "clinical trial" en Type of Article, "english" y "spanish" en Languages y "aged +65 years" en Ages.
- c. En la función Limits seleccionar "ensayo clínico" en Type of Article, "inglés" y "español" en Languages y "anciano" en Ages.
- d. En la función Limits seleccionar "clinical trial" en Subsets "english" y "spanish" en Type of Article y "aged +65 years" en Ages.
- e. En la función Display Settings seleccionar los límites de idioma, tipo de documento y edad correspondientes.

Dermatitis granulomatosa intersticial

Clara Rodríguez-Caruncho e Isabel Bielsa Marsol

1. **Respecto de la asociación de la dermatitis granulomatosa intersticial con diversas enfermedades sistémicas señale la respuesta correcta:**
 - a. La asociación a una enfermedad sistémica es excepcional.
 - b. La artritis reumatoide fue la enfermedad asociada en los primeros casos descritos, sin embargo no es la más frecuente.
 - c. La dermatitis granulomatosa intersticial siempre precede al desarrollo de la enfermedad sistémica.
 - d. Los casos de dermatitis granulomatosa intersticial en relación con fármacos han mostrado en ocasiones algunos hallazgos microscópicos peculiares, pero en ningún caso específicos.
 - e. La dermatitis granulomatosa intersticial confiere un peor pronóstico a la enfermedad de base.
2. **Señale la respuesta falsa en relación con la microscopía de la dermatitis granulomatosa intersticial:**
 - a. Los histiocitos son la célula predominante en el infiltrado inflamatorio.
 - b. Los histiocitos pueden mostrar cierta atipia citológica, con núcleos grandes y pleomórficos.
 - c. Los histiocitos de la dermatitis granulomatosa intersticial se disponen siempre en empalizada.
 - d. Además del infiltrado histiocitario es posible observar neutrófilos, eosinófilos y linfocitos.
 - e. En ocasiones es posible observar una vasculitis leucocito-clástica acompañada de degeneración del colágeno y neutrófilos.
3. **Respecto a la clínica de la dermatitis granulomatosa intersticial señale la respuesta correcta:**
 - a. La artritis reumatoide se asocia únicamente a las lesiones tipo «cuerda» o bandas subcutáneas lineales.
 - b. Las lesiones de la dermatitis granulomatosa intersticial tienden a resolverse en pocos días.
 - c. Aunque las lesiones lineales o «cuerdas» en las caras laterales del tronco se consideran patognomónicas, no son el tipo de lesión más frecuente.
 - d. La disposición de las lesiones tiende a ser asimétrica.
 - e. La formación de costras o úlceras es un hecho habitual en las lesiones de la dermatitis granulomatosa intersticial.
4. **Respecto al diagnóstico diferencial de la dermatitis granulomatosa intersticial con el granuloma anular señale la respuesta falsa:**
 - a. La clínica en ocasiones puede ser prácticamente indistinguible.
 - b. El granuloma anular no se asocia generalmente a ninguna enfermedad sistémica.
 - c. Los histiocitos que se observan en las biopsias del granuloma anular no presentan núcleos pleomórficos ni mitosis.
 - d. Una diferencia de lo que ocurre en la dermatitis granulomatosa intersticial, en el granuloma anular el infiltrado

inflamatorio es muy denso y se dispone en la dermis profunda.

- e. El depósito de mucina en el granuloma anular suele ser abundante.
5. **Respecto de las siguientes afirmaciones sobre el pronóstico y el tratamiento de la dermatitis granulomatosa intersticial señale la falsa:**
 - a. El desarrollo de la dermatitis granulomatosa intersticial coincide con frecuencia con una exacerbación de la enfermedad sistémica de base.
 - b. En algunos casos las lesiones se autolimitan, aunque esto suele ocurrir de una forma muy lenta.
 - c. La dermatitis granulomatosa intersticial asociada a fármacos tiende a persistir en el tiempo, a pesar de retirarse el medicamento causante.
 - d. Los glucocorticoides tópicos parecen ser poco efectivos en el tratamiento de la dermatitis granulomatosa intersticial, no obstante se trata de la primera opción terapéutica en lesiones localizadas.
 - e. Se ha observado mejoría de las lesiones en varios casos tratados con glucocorticoides sistémicos, aunque son frecuentes las recaídas.

Aspectos actuales del síndrome de Sjögren: etiopatogenia, manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento

Carolina Díez Morrondo, José Manuel Lema Gontad, Noelia Álvarez Rivas, Antonio Atanes Sandoval, Francisco Javier de Toro Santos, José Antonio Pinto Tasende, Fausto Galdo.

1. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?**
 - a. La tumefacción parotídea ocurre en el 30-50% pacientes con síndrome de Sjögren.
 - b. Ante una tumefacción parotídea crónica de consistencia dura, junto con la presencia de adenopatías, debemos descartar un linfoma.
 - c. Ante un paciente que presente una tumefacción parotídea unilateral habría que pensar entre las posibles causas en una infección, en un tumor o en una sialoadenitis.
 - d. Ante una hinchazón bilateral de ambas parótidas podríamos pensar en enfermedades granulomatosas como sarcoidosis, enfermedades víricas como virus de Epstein-Barr o citomegalovirus y síndrome de Sjögren.
 - e. Ante una tumefacción parotídea aguda que se resuelva en dos a tres semanas lo primero que hay que descartar es un linfoma.
2. **¿Cuál es la respuesta correcta?**
 - a. La enfermedad intersticial pulmonar en el síndrome de Sjögren se caracteriza porque los pacientes presentan disnea importante y tos con expectoración abundante desde el comienzo de la enfermedad, además de un patrón obstructivo en las PFR.
 - b. Las manifestaciones musculoesqueléticas son poco frecuentes en estos pacientes y el factor reumatoide es raramente positivo en ellos.
 - c. Entre los factores de riesgo aumentado de desarrollar linfoma en pacientes con síndrome de Sjögren se encuentran la crioglobulinemia II, el descenso del complemento y la presencia de anticuerpos anti Ro/La.
 - d. Los linfomas que se desarrollan en un paciente con síndrome de Sjögren suelen ser de alto grado y de afectación extranodal (parótidas, pulmón, tracto digestivo, etc.).
 - e. La frecuencia de aparición de linfomas en un paciente con síndrome de es similar a la de la población general.
3. **¿Cuál es la afirmación correcta?**
 - a. Una paciente que refiera sequedad bucal, sensación de arenillas en los ojos y prueba de Schirmer positiva puede

ser diagnosticada de síndrome de Sjögren según los criterios modificados europeo-americanos de 2002.

- b. La prueba de Schirmer se realiza colocando un papel de filtro en el saco inferior conjuntival, sin anestesia. Se dice que es positiva si el papel se más de 5 mm en 5 min, con los ojos cerrados.
 - c. La sialografía es una técnica incruenta que nos permite visualizar en los conductos de la parótida, sialectasias y destrucción del glandular.
 - d. Dentro de las alteraciones analíticas que podemos encontrar en el síndrome Sjögren están la leucopenia y la anemia normocítica normocrómica.
 - e. Uno de los criterios americano-europeos modificados consiste en tener una de glándula salivar menor donde se objeive una sialoadenitis con un focus score mayor o igual a 1, siendo un focus score una de 10 linfocitos por 4 mm² de tejido glandular.
4. **¿Cuál de las siguientes respuestas no formaría parte del diagnóstico del síndrome de Sjögren?**
- a. Fármacos como mirtazapina y clorazepato dipotásico.
 - b. La hernia de hiato.
 - c. El síndrome ansioso-depresivo.
 - d. La hepatitis C crónica.
 - e. Fármacos empleados para la rinitis alérgica (cetirizina+ pseudoefedrina).
5. **¿Cuándo hay que sospechar que detrás de un síndrome seco puede haber infección por el virus de la hepatitis C?**
- a. En hombres de mayor edad que en el síndrome de Sjögren, con un factor positivo y anti Ro/La negativos.
 - b. En un paciente con una vasculitis cutánea y una neuropatía.
 - c. En un paciente con un linfoma o un hepatocarcinoma.
 - d. En un paciente con elevación de transaminasas y crioglobulinas positivas.
 - e. Todas las anteriores son correct.

ABC del líquido pleural

José Manuel Porcel Pérez

1. **Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los trasudados pleurales es?**
 - a. La causa más frecuente de trasudado pleural es la insuficiencia cardíaca.
 - b. La medición simultánea de proteínas y lactato deshidrogenasa en el suero y líquido pleural puede ayudar en su identificación.
 - c. El líquido pleural trasudativo habitualmente tiene un aspecto acuoso.
 - d. La adenosina desaminasa en el trasudado es inferior a 35 U/l.
 - e. El recuento diferencial de leucocitos en un trasudado puede mostrar un de neutrófilos.
2. **Respecto a los pacientes con artritis reumatoide que desarrollan un derrame pleural señale la afirmación falsa:**
 - a. Se debe pensar en la posibilidad de una tuberculosis.
 - b. La causa del derrame puede ser una infección bacteriana.
 - c. Ocasionalmente los fármacos que toma el paciente para su enfermedad reumática pueden ser los responsables del derrame pleural.
 - d. En el líquido pleural de un derrame reumatoide se pueden observar alteraciones citológicas características.
 - e. El líquido pleural reumatoide tiene típicamente un pH pleural entre 7,30 y 7,35.
3. **Si al realizar una toracocentesis se extrae un líquido hemático, ¿cuál de las siguientes etiologías del derrame puede descartar?**
 - a. Cáncer.
 - b. Embolia pulmonar.
 - c. Traumatismo torácico.
 - d. Insuficiencia cardíaca.
 - e. Ninguna de las anteriores.
4. **Si un líquido pleural de aspecto no purulento muestra unas concentraciones de adenosina desaminasa de 350 U/l se deberá sospechar:**
 - a. Tuberculosis.
 - b. Linfoma.
 - c. Empiema.
 - d. Lupus eritematoso sistémico.
 - e. Todas las anteriores.
5. **¿Ante la sospecha de qué tipo de derrame solicitaría una medición de amilasa en el líquido pleural?**
 - a. Derrame maligno.
 - b. Derrame tuberculoso.
 - c. Derrame paraneumónico.
 - d. Derrame después de una dilatación esofágica endoscópica.
 - e. Ninguna de las anteriores.