

**OFERTA DE EMPLEO PÚBLICO DE PERSONAL ESTATUTARIO DE
INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE
CANTABRIA**

CATEGORÍA:

FEA Reumatología

Orden SAL/52/2023, de 26 de diciembre, por la que se convocan pruebas selectivas para el acceso, mediante el sistema de concurso oposición, a plazas de la categoría estatutaria de Facultativa/Facultativo Especialista de Área de Reumatología de Instituciones Sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

**EJERCICIO ÚNICO
CUESTIONARIO TIPO TEST**

ADVERTENCIA:

NO ABRA ESTE CUESTIONARIO HASTA QUE SE LE INDIQUE

- 1.- **La salud laboral tiene por objeto, según el artículo 32 de la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública:**
- A Prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la población.
 - B Promover aspectos preventivos, de diagnóstico, de tratamiento, de adaptación y rehabilitación de la patología producida o relacionada con el trabajo.
 - C El control y vigilancia higiénico-sanitaria del centro de trabajo.
 - D La coordinación y colaboración con las autoridades competentes de otros países y con los organismos sanitarios internacionales.
- 2.- **¿Cuál de los siguientes NO es un principio general informado por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud?**
- A El aseguramiento universal y público por parte del Estado.
 - B La financiación pública del Sistema Nacional de Salud.
 - C La colaboración entre los servicios sanitarios públicos y privados.
 - D La prestación de una atención unidimensional a la salud.
- 3.- **Entre las garantías exigibles a los medicamentos de uso humano, contenidas en el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, NO se encuentra:**
- A Garantías de información.
 - B Garantías de identificación.
 - C Garantías de seguridad.
 - D Garantías de seguimiento de la relación beneficio/coste.
- 4.- **La formación especializada en Ciencias de la Salud, regulada en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, es una formación:**
- A Reglada y de carácter oficial.
 - B Propia y de carácter oficial.
 - C Reglada y de carácter no oficial.
 - D No reglada y de carácter no oficial.
- 5.- **De acuerdo con el Decreto 139/2004, de 15 de diciembre, por el que se crea y regula el Registro de Voluntades Previas de Cantabria, ¿a qué organismo está adscrito el Registro de Voluntades Previas de Cantabria?**
- A Consejería competente en materia de sanidad.
 - B Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.
 - C Dirección Gerencia del Servicio Cántabro de Salud.
 - D Consejería competente en materia de servicios sociales.

- 6.- **¿De qué año es la actual Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria?**
- A 1998.
 - B 1999.
 - C 2001.
 - D 2002.
- 7.- **Según el Anexo del Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria, ¿cuántas Zonas Básicas de Salud existen en el Área de Salud III Reinosa?**
- A Dos.
 - B Tres.
 - C Una.
 - D Cuatro.
- 8.- **¿Qué Zona Básica de Salud NO corresponde al Área de Salud II Laredo, según el Anexo del Decreto 27/2011, de 31 de marzo, por el que se establece el mapa sanitario autonómico de Cantabria?**
- A Colindres.
 - B Alto Pas.
 - C Miera.
 - D Las respuestas B y C son correctas.
- 9.- **Según el artículo 7 de la Ley 9/2010, de 23 de diciembre, de personal estatutario de instituciones sanitarias de la Comunidad Autónoma de Cantabria, es personal estatutario fijo del Servicio Cántabro de Salud:**
- A El personal funcionario que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven.
 - B El personal estatutario que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter temporal de las funciones que de tal nombramiento se deriven.
 - C El personal estatutario que, una vez superado el correspondiente concurso abierto y permanente, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven.
 - D El personal estatutario que, una vez superado el correspondiente proceso selectivo, obtiene un nombramiento para el desempeño con carácter permanente de las funciones que de tal nombramiento se deriven.
- 10.- **Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, contiene en su artículo 15 los principios de la acción preventiva, ¿cuál de los siguientes es FALSO?**
- A Combatir los riesgos en sus efectos.
 - B Adaptar el trabajo a la persona.
 - C Evaluar los riesgos que no se puedan evitar.
 - D Dar las debidas instrucciones a los trabajadores.

- 11 .- ¿Cuál de las siguientes entidades se clasifica habitualmente como enfermedad autoinflamatoria más que como enfermedad autoinmune clásica?**
- A Fiebre mediterránea familiar.
 - B Lupus eritematoso sistémico.
 - C Síndrome de Sjögren.
 - D Esclerosis sistémica.
- 12 .- ¿Cuál de las siguientes estructuras caracteriza a una articulación sinovial o diartrodial?**
- A Presencia de un disco fibrocartilaginoso sin cavidad articular.
 - B Membrana sinovial que recubre la cavidad y líquido sinovial.
 - C Separación de los huesos adyacentes por cartílago articular o por un disco de fibrocartílago
 - D Ausencia de revestimiento sinovial y de movimiento libre.
- 13 .- ¿Cuál es el componente principal responsable de la resistencia a la compresión del cartílago articular?**
- A Colágeno de tipo I.
 - B Proteoglucanos.
 - C Decorina.
 - D Lubricina.
- 14 .- En relación con la osificación, ¿cuál es la opción CORRECTA?**
- A Los huesos planos se forman por osificación endocondral.
 - B Los huesos largos se forman exclusivamente por osificación intramembranosa.
 - C La osificación intramembranosa deriva de células mesenquimatosas que se diferencian directamente en osteoblastos.
 - D La osificación endocondral no interviene en el crecimiento longitudinal.
- 15 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la vía JAK/STAT es correcta?**
- A La familia JAK consta de cinco tirosina cinasas.
 - B La vía JAK3 interviene en la eritropoyesis.
 - C Con la unión al receptor de citocina, las JAK se activan recíprocamente mediante fosforilación.
 - D La citocina proinflamatoria IL-6 activa la vía JAK1-JAK3.
- 16 .- En estudios de gemelos, una mayor concordancia de enfermedad en gemelos monocigóticos que en dicigóticos:**
- A Apoya un origen ambiental.
 - B Apoya un origen genético.
 - C Se puede utilizar para calcular la heredabilidad de la enfermedad.
 - D b y c son ciertas.

- 17 .- Sobre la susceptibilidad genética de las enfermedades reumáticas, señala la opción INCORRECTA:**
- A Los principales factores contribuyentes al riesgo de AR en el locus DRB1 son DRB1*0401, *0404, *0405, *0101 y *1001.
 - B La region HLA confiere hasta el 13% de la susceptibilidad genética total de la artritis idiopática juvenil
 - C La espondilitis anquilosante se desarrolla en el 20% de todos los individuos HLA B27.
 - D Genes de las vías del interferon están involucrados en la susceptibilidad al lupus eritematoso sistémico.
- 18 .- Señala en cual de las siguientes enfermedades NO esperarías encontrar rigidez matutina:**
- A Trastornos relacionados con el sueño.
 - B Enfermedad de Parkinson
 - C Fibromialgia
 - D Polineuropatía diabética.
- 19 .- Sobre las deformidades articulares en las artropatías inflamatorias, señale la CORRECTA:**
- A La deformidad en cuello de cisne consiste en una contractura de flexión de la articulación interfalángica proximal asociada con hiperextensión de la articulación interfalángica distal.
 - B La deformidad en cuello de cisne es específica de la artritis reumatoide.
 - C La deformidad en ojal consiste en una contractura de flexión de la articulación metacarpofalángica, hiperextensión de la articulación interfalángica proximal y flexión de la articulación interfalángica distal.
 - D El tirón anómalo de los tendones desplazados al margen cubital de las articulaciones metacarpofalángicas es uno de los factores que produce la desviación cubital.
- 20 .- Señale la respuesta CORRECTA:**
- A El SF-36 es un instrumento generico validado para la medición del estado general de salud con alta capacidad para detectar cambios específicos en enfermos reumáticos.
 - B WOMAC es una escala utilizada principalmente para evaluar la función física en la artrosis de manos.
 - C El HAQ Disability Index es una escala genérica de discapacidad diseñado para población general ampliamente utilizado en enfermedades reumáticas.
 - D Todas las anteriores son falsas.
- 21 .- Sobre los reactantes de fase aguda (RFA), señale la respuesta INCORRECTA:**
- A Se considera una proteína de fase aguda aquella cuya concentración plasmática se ve alterada respecto del valor de referencia en más de un 50% durante la inflamación.
 - B En los procesos infecciosos, la concentración máxima de Proteína C reactiva (PCR) se alcanza transcurridos 2-3 días.
 - C Los valores de VSG se pueden ver afectados por factores como la morfología de los eritrocitos, la presencia de anemia o policitemia o diversos fármacos.
 - D Los valores de PCR pueden experimentar aumentos moderados (1-10 mg/dL) en enfermedades como el infarto de miocardio o neoplasias malignas.

- 22 .- Señala la opción incorrecta sobre la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG) en las enfermedades reumáticas:**
- A Hasta el 45% de los pacientes con artritis reumatoide pueden tener reactantes de fase aguda (RFA) normales en el debut.
 - B Característicamente en el lupus la VSG se relaciona con la actividad de la enfermedad mejor que la PCR.
 - C Hasta un 20% de los pacientes con polimialgia reumática (PMR) pueden tener VSG en valores normales.
 - D En los pacientes con arteritis de células gigantes con afectación ocular la VSG es significativamente mayor que en el resto.
- 23 .- En personas sanas, ¿qué rango aproximado de positividad de anticuerpos antinucleares (ANA) puede encontrarse con un título de 1:160?**
- A 5%
 - B 5-10%
 - C 10-15%
 - D 15-20%
- 24 .- ¿Cuál de las siguientes combinaciones entre enfermedad y frecuencia de anticuerpos antinucleares (ANA) es CORRECTA?**
- A Esclerosis sistémica: 40-80%
 - B Polimiositis/dermatomiositis: 97%
 - C Síndrome de Sjögren: 48-96%
 - D Artritis reumatoide: 10-20%
- 25 .- Sobre los anticuerpos en las artritis reumatoide (AR), señala la respuesta INCORRECTA:**
- A Los autoanticuerpos preceden al diagnóstico de la enfermedad en muchas personas que desarrollarán una AR seropositiva, con frecuencia tras 2 a 6 años.
 - B Los anti-CCP/ACPA se asocian a enfermedades cardiovasculares.
 - C Un 5% de personas sanas mayores de 70 años pueden tener factor reumatoide positivo.
 - D El factor reumatoide es habitualmente una IgG que reconoce la porción FC de la IgM.
- 26 .- En condiciones normales, el volumen de líquido sinovial en una rodilla sana es aproximadamente:**
- A Inferior a 5 ml.
 - B Entre 5-10 ml.
 - C Alrededor de 50 ml.
 - D Más de 100 ml.
- 27 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las características del líquido sinovial es INCORRECTA?**
- A El líquido normal se caracteriza por una alta viscosidad y < 200 células/mm³.
 - B En la artrosis suele tener hasta 2000 células/mm³ y puede contener cristales de pirofosfato cálcico e hidroxapatita.
 - C En gota y pseudogota suele tener > 90 % de neutrófilos polimorfonucleares.
 - D En la artritis reactiva suele tener > 50.000 células/mm³.

- 28 .- En la artritis reumatoide, las erosiones óseas radiográficas aparecen primero con más frecuencia en:**
- A El centro de la superficie articular cubierta por cartílago.
 - B Las áreas desnudas marginales.
 - C La cara cubital de las cabezas metacarpianas.
 - D El hueso subcondral de las articulaciones del carpo.
- 29 .- Sobre las técnicas de imagen en las espondiloartritis, señale la INCORRECTA:**
- A Según los criterios de Nueva York modificados, la sacroileítis de grado 2 se corresponde con una sacroileítis mínima: pérdida de definición de los bordes articulares, esclerosis mínima, estrechamiento del espacio articular y erosiones.
 - B En la columna, la resonancia magnética indica claramente una predilección por la afectación temprana de la columna mediodorsal.
 - C Hasta un 75% de los pacientes con artritis psoriásica puede presentar sacroileítis.
 - D La cuadratura vertebral característica de la espondilitis es debida a la proliferación perióstica de hueso nuevo que llena la concavidad normal o a la erosión de los márgenes vertebrales y se aprecia mejor en la columna dorsal.
- 30 .- Sobre el uso de la ecografía en las enfermedades reumáticas, señala la respuesta INCORRECTA:**
- A La señal doppler y los entesofitos no son por sí solos hallazgos definitorios de entesopatía.
 - B La localización donde se encuentran con mayor frecuencia las erosiones ecográficas en la artritis reumatoide temprana es en la 2º articulación metacarpofalángica.
 - C La actividad ecográfica es un factor predictivo independiente de progresión radiográfica en pacientes con artritis reumatoide en remisión.
 - D Los canales óseos y los osteofitos tipo forceps pueden actuar como falsos positivos a la hora de identificar erosiones mediante ecografía.
- 31 .- Respecto a la morbilidad de la biopsia sinovial guiada por artroscopia, ¿cuál es la afirmación más CORRECTA?**
- A Su elevada morbilidad limita su uso fuera del quirófano.
 - B Los riesgos de hemartrosis e infección son superiores a los de la biopsia percutánea con aguja.
 - C Es la misma a la de la artrocentesis simple.
 - D La complicación predominante es la lesión neurológica.
- 32 .- En pacientes con espondiloartritis axial y sindesmofitos en la columna lumbar visibles en radiografía, ¿qué estrategia se recomienda para evaluar la osteoporosis?**
- A DXA de cadera exclusivamente.
 - B DXA de cadera y, además, DXA lateral de columna vertebral.
 - C DXA de cadera y antebrazo
 - D SPECT/TC de sacroilíacas.

- 33 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las pruebas electrodiagnósticas en neuropatías por compresión de la extremidad superior es CORRECTA?**
- A Siempre debe realizarse electromiografía completa antes de solicitar estudios de conducción.
 - B En sospecha de compresión nerviosa como túnel carpiano o cubital, los estudios de conducción pueden ser suficientes.
 - C Los estudios de conducción nerviosa valoran solo fibras motoras.
 - D La compresión localizada de un nervio se asocia típicamente a disminución de latencia.
- 34 .- Un paciente presenta clínica sensitiva semejante a síndrome del túnel carpiano. ¿Qué radiculopatía cervical puede simular este componente sensitivo?**
- A C5.
 - B C6.
 - C C7.
 - D C8.
- 35 .- ¿Qué prueba de imagen se considera de elección antes de la biopsia cuando se sospecha sinovitis villonodular pigmentada en un contexto de hemartros recidivante?**
- A Radiografía simple.
 - B TAC.
 - C Resonancia magnética.
 - D PET.
- 36 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones diferencia mejor la enfermedad de Lyme de la artritis reactiva en una monoartritis aguda?**
- A En Lyme el líquido sinovial no contiene polimorfonucleares.
 - B En Lyme la erupción cutánea típica está siempre presente.
 - C En Lyme los anticuerpos IgG específicos detectados a partir de 4 semanas son diagnósticos.
 - D En Lyme la PCR en líquido sinovial es inferior al cultivo de Borrelia .
- 37 .- Cual de las siguientes infecciones se incluye en el diagnostico diferencial de las poliartritis:**
- A Rubéola.
 - B Chikungunya.
 - C Clamidia.
 - D Todas las anteriores.
- 38 .- En pacientes con artritis reumatoide y dolor cervical, ¿qué estudio radiológico se considera especialmente importante para detectar inestabilidad atloaxoidea?**
- A Radiografía AP simple de cuello.
 - B Radiografías laterales en flexión y extensión.
 - C Gammagrafía ósea.
 - D RM cervical.

39 .- Sobre el dolor lumbar, indica la opción CORRECTA:

- A El dolor esclerotómico no neurógeno suele ser sordo, no dermatómico y suele irradiarse por debajo de la rodilla.
- B En algunos pacientes con artrosis facetaria lumbar, el dolor puede reagudizarse con la inclinación contralateral hacia la articulación afectada y aliviarse con la flexión hacia delante.
- C Las infiltraciones epidurales con corticoides no han demostrado eficacia en el dolor lumbar sin radiculopatía.
- D La presencia de espondilosis radiográfica se correlaciona de forma estrecha con la intensidad del dolor.

40 .- En relación con la enfermedad de De Quervain, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

- A Es una inflamación de los tendones abductor corto y extensor largo del pulgar.
- B Se relaciona con actividades manuales repetitivas, como el cuidado de un lactante.
- C El diagnóstico diferencial incluye el síndrome de intersección.
- D El tratamiento inicial consiste en reposo con férulas.

41 .- Sobre el dedo en gatillo señale la INCORRECTA:

- A El más frecuentemente afectado es el 3er dedo.
- B Se produce por engrosamiento de la polea A1 retinacular de la palma.
- C El tipo primario es el más frecuente y aparece más a menudo en personas de mediana edad.
- D Cuando fracasa el tratamiento conservador esta indicada la división longitudinal de la polea A1 a la altura de la cabeza del metacarpiano.

42 .- En los criterios preliminares ACR 2010, ¿cuál de las siguientes combinaciones permite el diagnóstico de fibromialgia?

- A Índice de dolor generalizado (WPI) ≥ 7 y severidad del dolor (SSS) ≥ 5 , o WPI 3-6 y SSS ≥ 9 , con síntomas durante al menos 3 meses y sin otro trastorno que explique mejor el dolor.
- B WPI ≥ 5 con síntomas durante al menos 3 meses y sin otro trastorno que explique mejor el dolor.
- C WPI 3-6 y SSS ≥ 9 , o WPI ≥ 7 y SSS ≥ 5 , con síntomas durante al menos 3 meses y sin otro trastorno que explique mejor el dolor.
- D Dolor generalizado de >3 meses y dolor a la presión en al menos 11 de 18 puntos específicos

43 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tratamiento farmacológico de la fibromialgia es CORRECTA?

- A La duloxetina ha sido aprobado por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para el tratamiento de la fibromialgia.
- B Citalopram y escitalopram son inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) no eficaces como analgésicos.
- C Los ISRS tienen mejor evidencia que los gabapentinoides para dolor.
- D Los ISRS están contraindicados si existe alteración del sueño.

- 44 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la compresión del nervio cubital en el conducto de Guyon es CORRECTA?**
- A Suele tener un inicio peor definido que el síndrome del túnel carpiano.
 - B Se manifiesta solo con síntomas motores.
 - C Puede asociarse a traumatismos contusos repetitivos, fractura del ganchoso o masas ocupantes de espacio.
 - D Responde habitualmente mejor al tratamiento conservador que el túnel carpiano.
- 45 .- ¿Cuál de las siguientes asociaciones entre profesiones y enfermedades reumáticas es INCORRECTA?**
- A Vibración-fenómeno de Raynaud.
 - B Esclerodermia-disolventes orgánicos
 - C Lupus eritematoso - aceite de colza.
 - D Artritis reumatoide-sílice e insecticidas.
- 46 .- Los artistas escénicos, cantantes, bailarines y músicos presentan un riesgo de lesión articular y de tejidos blandos:**
- A Inferior al de la población sedentaria.
 - B Similar al de los deportistas.
 - C Con afectación predominante de la columna cervical.
 - D Principalmente consistente en cuadros neuropáticos por compresión.
- 47 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la ciclooxigenasa (COX) es CORRECTA?**
- A La COX-2 es principalmente constitutiva.
 - B La COX-1 participa sobre todo en funciones homeostáticas.
 - C La COX-2 solo existe en plaquetas.
 - D Los AINE inhiben la fosfolipasa A2 y no la COX.
- 48 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre farmacocinética de los AINE es CORRECTA?**
- A La clasificación por semivida plasmática predice de forma precisa la duración del efecto articular.
 - B El naproxeno tiene una semivida de 8 horas.
 - C La dosis máxima del diclofenaco son 225 mg/día.
 - D Los AINE con semivida larga tienen menor toxicidad que los de semivida corta.
- 49 .- En la artritis reumatoide inicial, los glucocorticoides han demostrado:**
- A Minimizar el daño articular cuando son infiltrados como máximo 3 veces en un año.
 - B Propiedades modificadoras de la enfermedad y preservación articular.
 - C Ausencia de beneficio cuando se combinan con FAME.
 - D Mantener la misma eficacia cuando su administración se mantiene durante más de 6 meses.

- 50.- **¿Qué glucocorticoides sintéticos tienen una actividad mineralocorticoide prácticamente nula?**
- A Cortisol y prednisolona.
 - B Triamcinolona y dexametasona.
 - C Cortisona y aldosterona.
 - D Metilprednisolona y cortisol.
- 51.- **¿Cuál de los siguientes mecanismos se considera especialmente importante para explicar el efecto antiinflamatorio del metotrexato en artritis reumatoide?**
- A Inhibición irreversible de la ciclooxigenasa 1 plaquetaria.
 - B Aumento de la liberación extracelular de adenosina tras inhibición de la aminoimidazol carboxamida ribonucleótido transformilasa.
 - C Bloqueo selectivo de la dihidroorotato deshidrogenasa.
 - D Neutralización del factor de necrosis tumoral alfa.
- 52.- **¿Qué combinación farmacológica debe evitarse por el riesgo de mielodepresión mortal?**
- A Micofenolato y paracetamol.
 - B Azatioprina y alopurinol.
 - C Ciclofosfamida y paracetamol.
 - D Sulfasalazina y metotrexato.
- 53.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el canakinumab es CORRECTA?**
- A Es un anticuerpo monoclonal humano dirigido selectivamente a la interleucina 1 beta.
 - B Bloquea la forma soluble y la unida a membrana del receptor de interleucina 6.
 - C Es un antagonista recombinante del receptor de interleucina 1 de administración diaria.
 - D Es una proteína de fusión compuesta por dominios extracelulares del receptor de interleucina 1 y la porción Fc de inmunoglobulina G1 humana.
- 54.- **¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tocilizumab es INCORRECTA?**
- A La perforación intestinal ha sido descrita como efecto adverso.
 - B Con su uso puede observarse un incremento de parámetros lipídicos séricos.
 - C Su farmacocinética es lineal en todo el rango de dosis.
 - D Se une tanto al receptor soluble como al receptor de membrana de la interleucina 6.
- 55.- **¿Cuál de las siguientes secuencias de cambio en marcadores de recambio óseo es la más característica tras iniciar un antirresortivo?**
- A Descienden primero los marcadores de formación y luego los de resorción.
 - B Aumentan de forma paralela los marcadores de formación y de resorción.
 - C Descienden primero los marcadores de resorción y después los de formación.
 - D No cambian hasta que aumenta la densidad mineral ósea.

56 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre estrógenos y raloxifeno como antirresortivos es CORRECTA?

- A El raloxifeno ha demostrado disminuir la incidencia de cáncer de mama y de eventos cardiovasculares.
- B Los estrógenos inhiben la resorción ósea, aumentan la densidad ósea y en estudios observacionales retrospectivos redujeron aproximadamente un 50% el riesgo de fractura.
- C El raloxifeno ha demostrado aumentar la densidad mineral ósea lumbar y reducir la incidencia de fracturas vertebrales en torno a un 40%, pero no modificó significativamente la densidad mineral ósea total de cadera.
- D Todas las opciones son ciertas.

57 .- Señale la respuesta INCORRECTA acerca de las infiltraciones en reumatología:

- A La presencia de psoriasis o eccema en el punto de inyección supone una contraindicación para las infiltraciones.
- B La hidrocortisona reduce el riesgo de despigmentación cutánea y atrofia grasa con respecto a la triamcinolona.
- C No se recomiendan las infiltraciones frecuentes de la fascia plantar por el riesgo de atrofia de la almohadilla grasa.
- D En los pacientes anticoagulados con INR > 2,5 es recomendable evitar infiltraciones y, en caso de realizarse, usar guía ecográfica para minimizar el riesgo de hemorragia.

58 .- ¿Cuál de las las siguientes opciones es la INCORRECTA?

- A Los ejercicios isotónicos se realizan sin cambio de longitud de la fibra muscular.
- B Los ejercicios isocinéticos implican velocidad fija con resistencia variable.
- C La tromboflebitis constituye una contraindicación para el masaje.
- D Tras la terapia manual deben realizarse ejercicios de flexibilidad y fortalecimiento para obtener el beneficio completo.

59 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre rehabilitación en espondilitis anquilosante es CORRECTA?

- A El principal objetivo rehabilitador es promover la flexión del tronco, mantener la columna en posición neutra y preservar movilidad torácica.
- B Deben evitarse los ejercicios de flexibilidad por riesgo de empeorar la rigidez.
- C La movilidad torácica tiene escasa relevancia funcional, por lo que no debe ser un objetivo principal.
- D Todas las respuestas son falsas.

60 .- ¿Qué afirmación es CORRECTA sobre la comparación entre discectomía abierta y microdiscectomía?

- A La microdiscectomía es claramente superior en resultados funcionales a largo plazo.
- B No existen diferencias claras en el resultado entre ambas.
- C La discectomía abierta reduce más el dolor lumbar que el radicular.
- D La microdiscectomía solo está indicada si existe síndrome de cola de caballo.

- 61 .- Acerca de la cirugía en las enfermedades reumáticas, señale la opción INCORRECTA:**
- A En la hernia discal con radiculopatía solo alrededor del 10% presenta dolor suficiente tras 6 semanas de tratamiento conservador como para considerar cirugía.
 - B La porción herniada del disco suele regresar con el tiempo, con resolución parcial o completa en dos tercios de los casos después de 6 meses.
 - C Las infiltraciones epidurales pueden ofrecer una pequeña ventaja para el alivio a corto plazo del dolor radicular, pero no reducen la necesidad de cirugía.
 - D La laminectomía con discectomía simple se reserva en general para pacientes con estenosis de canal lumbar asociada a espondilolistesis.
- 62 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor la secuencia temporal inmunológica en la artritis reumatoide preclínica?**
- A Primero aparece la sinovitis clínica, y años después se detectan autoanticuerpos circulantes.
 - B Autoanticuerpos frente a proteínas modificadas (ACPA, anti-CarP, anti-PAD4, anti-MAA) pueden detectarse años antes de la artritis clínica y preceden al aumento de citocinas proinflamatorias séricas.
 - C El aumento de citocinas inflamatorias (TNF, IL-6, IL-12p70, IFN- γ) es el primer hallazgo, y solo posteriormente aparecen ACPA.
 - D La aparición de autoanticuerpos y de citocinas inflamatorias ocurre simultáneamente en la mayoría de los pacientes.
- 63 .- La artritis reumatoide (AR) de inicio en personas ancianas, ¿cuál de los siguientes escenarios clínicos obliga más a sospechar una AR frente a polimialgia reumática, síndrome de sinovitis simétrica seronegativa remitente con edema con fovea o neoplasia oculta?**
- A Varón de 74 años con dolor en cinturas escapular y pelviana, rigidez matutina prolongada, velocidad de sedimentación muy elevada, sin sinovitis periférica ni edema distal, con respuesta completa y sostenida a dosis bajas de glucocorticoides durante 6 meses.
 - B Mujer de 76 años con poliartralgias de pequeñas articulaciones, sin tumefacción objetiva, reactantes discretamente elevados y radiología con cambios degenerativos generalizados.
 - C Varón de 69 años con síndrome constitucional, anemia normocítica, lactato deshidrogenasa elevada y ausencia de artritis en exploraciones repetidas, con técnicas de imagen sinoviales normales.
 - D Mujer de 71 años con fiebre, pérdida de peso, elevación marcada de reactantes de fase aguda, dolor en cinturas proximales, edema con fovea en dorso de manos y sinovitis simétrica de muñecas y articulaciones metacarpofalángicas, con factor reumatoide y anticuerpos antiproteínas citrulinadas positivos.
- 64 .- Respecto al reumatismo palindrómico como forma de inicio de la artritis reumatoide, todos los siguientes elementos pueden observarse clínicamente, pero ¿cuál refleja mejor su patrón?**
- A Episodios de artritis de varias semanas de duración, con inflamación discreta y persistencia de sinovitis entre crisis, predominantemente en articulaciones de carga.
 - B Ataques breves (horas o pocos días), muy inflamatorios, a menudo monoarticulares, que en el pico del episodio son clínicamente indistinguibles de una artropatía por cristales o de una artritis séptica aguda, con periodos asintomáticos completos entre brotes.
 - C Brotes oligoarticulares de curso subagudo en manos y pies, con progresión lenta hacia poliartritis simétrica crónica sin intervalos libres.
 - D Episodios recurrentes de tenosinovitis leve de extensores de la mano, sin artritis franca y con reactantes normales de forma constante.

- 65 .- En artritis reumatoide, cuando se usan combinaciones de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencionales frente a metotrexato en monoterapia, ¿qué incremento relativo aproximado en la probabilidad de respuesta clínica significativa (por ejemplo, respuesta del Colegio Americano de Reumatología del 50 por ciento o superior) se observa en los primeros meses?**
- A La combinación aporta un incremento relativo cercano al 10 por ciento sobre la monoterapia.
 - B La combinación aporta un incremento relativo cercano al 25 por ciento sobre la monoterapia.
 - C La combinación aporta un incremento relativo cercano al 40 por ciento sobre la monoterapia.
 - D La combinación aporta un incremento relativo superior al 70 por ciento sobre la monoterapia.
- 66 .- En el ensayo escocés Tight Intensive Control of Rheumatoid Arthritis (TICORA), que comparó un tratamiento habitual frente a un tratamiento intensivo guiado por objetivos, ¿aproximadamente qué porcentaje de pacientes del grupo de control habitual alcanzó remisión de la actividad de la enfermedad frente al grupo tratado de forma intensiva?**
- A Alrededor del 20 por ciento en el grupo habitual y 50 por ciento en el grupo intensivo.
 - B Alrededor del 10 por ciento en el grupo habitual y 25 por ciento en el grupo intensivo.
 - C Alrededor del 30 por ciento en el grupo habitual y 60 por ciento en el grupo intensivo.
 - D Alrededor del 40 por ciento en el grupo habitual y 80 por ciento en el grupo intensivo.
- 67 .- ¿Cuál de las siguientes combinaciones de mecanismos inmunitarios resume de forma más fiel el eje central de la etiopatogenia del lupus eritematoso sistémico?**
- A Predominio de respuestas de linfocitos T citotóxicos frente a antígenos musculares, con mínima participación de autoanticuerpos y del interferón tipo I.
 - B Activación crónica del sistema inmunitario con formación de complejos inmunes que contienen ácido nucleico, estimulación de receptores endosómicos tipo Toll, producción mantenida de interferón tipo I y expresión aumentada de genes inducibles por interferón tipo I.
 - C Activación predominantemente local del complemento en articulaciones, sin participación relevante de linfocitos B ni neutrófilos.
 - D Respuestas inmunitarias limitadas a la piel y articulaciones, con autoanticuerpos dirigidos casi exclusivamente contra proteínas citoplasmáticas no asociadas a ácidos nucleicos.
- 68 .- Respecto a la participación de neutrófilos y estructuras extracelulares en la patogenia del lupus eritematoso sistémico, ¿cuál de las siguientes opciones refleja mejor lo descrito?**
- A Los neutrófilos tienen un papel mínimo y su depleción agrava experimentalmente la enfermedad.
 - B Las trampas extracelulares de neutrófilos son relevantes solo en vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo, pero no en lupus.
 - C El papel de los neutrófilos se limita a la fagocitosis de complejos inmunes circulantes, sin liberación significativa de mediadores.
 - D Las trampas extracelulares de neutrófilos, junto con ADN mitocondrial oxidado liberado, actúan como importantes estímulos para la activación del sistema inmunitario.

- 69 .- Respecto a la comparación entre micofenolato de mofetilo y ciclofosfamida intravenosa en nefritis lúpica proliferativa de gravedad moderada, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**
- A** La ciclofosfamida es superior en eficacia en todos los subgrupos, por lo que el micofenolato queda reservado a pacientes con contraindicaciones formales para ciclofosfamida.
 - B** El micofenolato de mofetilo y la ciclofosfamida intravenosa muestran una eficacia comparable en nefritis proliferativa moderadamente grave, con un perfil de toxicidad global más favorable para el micofenolato, lo que hace que se considere una alternativa preferente en muchos pacientes, especialmente en ciertos grupos étnicos.
 - C** El micofenolato de mofetilo solo ha demostrado eficacia en nefritis membranosa y no se recomienda en nefritis proliferativa.
 - D** La elección entre micofenolato y ciclofosfamida se basa exclusivamente en el coste y disponibilidad, ya que los perfiles de toxicidad son superponibles.
- 70 .- Respecto a la prevalencia de anticuerpos antifosfolípido en la población general y en determinadas enfermedades autoinmunes, señale la afirmación CORRECTA:**
- A** Hasta un 10 por ciento de donantes sanos pueden presentar títulos bajos transitorios de anticuerpos anticardiolipina, mientras que títulos moderados o altos persistentes de anticuerpos anticardiolipina o anti beta dos glucoproteína I, o una prueba de anticoagulante lúpico positiva, se observan en menos del 1 por ciento.
 - B** Hasta un 20 por ciento de donantes sanos presentan títulos bajos transitorios de anticuerpos anticardiolipina y aproximadamente un 5 por ciento tiene títulos persistentes moderados o altos.
 - C** Menos del 1 por ciento de pacientes con lupus eritematoso sistémico presentan anticuerpos antifosfolípido positivos de forma persistente.
 - D** La prevalencia de anticuerpos antifosfolípido en artritis reumatoide es similar a la de la población general y rara vez supera el 1 por ciento.
- 71 .- En cuanto a la carga atribuible al síndrome antifosfolípido en la población general, ¿qué proporción aproximada de casos de determinados eventos clínicos se ha estimado que se asocia a anticuerpos antifosfolípido en metaanálisis, y qué impacto anual se calcula en Estados Unidos?**
- A** Aproximadamente 2 por ciento de la morbilidad del embarazo, 5 por ciento de los ictus y 3 por ciento de las trombosis venosas profundas; menos de 10.000 eventos anuales en total.
 - B** Aproximadamente 6 por ciento de la morbilidad del embarazo, 14 por ciento de todos los ictus, 17 por ciento de los ictus en menores de 50 años, 11 por ciento de los infartos de miocardio y 10 por ciento de las trombosis venosas profundas; con unas 50.000 pérdidas gestacionales, 110.000 ictus, 100.000 infartos de miocardio y 30.000 trombosis venosas profundas al año en Estados Unidos.
 - C** Aproximadamente 20 por ciento de todos los ictus y 30 por ciento de los infartos de miocardio en la población general; más de 500.000 eventos vasculares mayores anuales atribuibles al síndrome antifosfolípido.
 - D** Aproximadamente 1 por ciento de todos los eventos trombóticos mayores; impacto clínico global considerado marginal.

72 .- Acerca de la biopsia de glándula salival labial y los sistemas de puntuación, todas las siguientes afirmaciones contienen elementos plausibles, pero ¿cuál es más CORRECTA?

- A** El sistema de Chisholm y Mason (0–4) se centraba en la intensidad del infiltrado mononuclear; trabajos posteriores ampliaron la escala de focos hasta 12 por 4 milímetros cuadrados para capturar focos confluentes, confirmando que una puntuación de focos igual o superior a 1 por 4 milímetros cuadrados es fuertemente sugestiva de síndrome de Sjögren primario, mientras que la cuantificación adicional de destrucción acinar no añadió valor diagnóstico independiente.
- B** Los sistemas posteriores sustituyeron el recuento de focos por una valoración exclusiva de la destrucción acinar, que mostró mejor correlación con los autoanticuerpos anti Ro y anti La.
- C** La presencia de centros germinales en la biopsia se considera el único criterio histológico relevante, y el recuento de focos ha quedado relegado a fines de investigación.
- D** Los criterios actuales se basan en un umbral de al menos 3 focos por 4 milímetros cuadrados, ya que puntuaciones más bajas se consideran inespecíficas y se observan con igual frecuencia en controles sanos.

73 .- Respecto a la afectación pulmonar en el síndrome de Sjögren primario, todas las siguientes descripciones podrían verse en práctica clínica, pero ¿cuál es más CORRECTA?

- A** En torno al 10–12 por ciento de los pacientes presenta síntomas respiratorios y/o alteración funcional, con tomografía computarizada que muestra principalmente neumonía intersticial no específica, patrón restrictivo en las pruebas de función respiratoria y disminución de la capacidad de difusión de monóxido de carbono; la neumonía intersticial linfocítica y la neumonía intersticial usual son menos frecuentes pero también descritas.
- B** Aproximadamente un 20 por ciento de los pacientes presenta afectación pulmonar clínicamente relevante, con predominio de neumonía intersticial usual, patrón restrictivo y opacidades en vidrio esmerilado como hallazgo radiológico principal.
- C** Menos del 10 por ciento de los pacientes presenta afectación pulmonar, siendo la neumonía intersticial linfocítica el patrón dominante, con patrón mixto restrictivo-obstructivo en las pruebas de función respiratoria y quistes de pared fina como hallazgo radiológico principal.
- D** En torno al 15 por ciento de los pacientes muestra afectación de vías respiratorias pequeñas aisladas, con pruebas de función respiratoria predominantemente obstructivas y tomografía computarizada normal en la mayoría de los casos, sin patrones intersticiales definidos.

74 .- En relación con el fenotipo de alto riesgo de enfermedad extraglandular moderada o grave en síndrome de Sjögren primario, ¿cuál de estos perfiles integra de forma más acorde las asociaciones clínico-analíticas descritas?

- A** Paciente con síndrome seco, vasculitis cutánea tipo púrpura palpable recurrente, artritis no erosiva, neuropatía periférica, fenómeno de Raynaud y livedo; en la analítica, anemia, velocidad de sedimentación elevada, hipergammaglobulinemia, complemento bajo, factor reumatoide alto, anticuerpos anti Ro y anti La positivos y crioglobulinas séricas detectables.
- B** Paciente con síndrome seco aislado sin manifestaciones sistémicas, anticuerpos antinucleares de bajo título y complemento sérico normal, sin crioglobulinas ni factor reumatoide.
- C** Paciente con síndrome de Raynaud de larga evolución, anticuerpos antinucleares de alto título pero sin autoanticuerpos específicos anti Ro ni anti La, sin hipergammaglobulinemia ni hipocomplementemia.
- D** Paciente con artralgiyas mecánicas y xerostomía leve, gammaglobulinas bajas, complemento normal, factor reumatoide negativo y ausencia de autoanticuerpos extractables.

- 75 .- En relación con la crisis renal esclerodérmica, todas las siguientes afirmaciones recogen rasgos plausibles, pero ¿cuál se ajusta mejor al perfil de riesgo y frecuencia?**
- A Afecta aproximadamente al 1–2 por ciento de todos los pacientes con esclerosis sistémica, sin clara relación con el subtipo cutáneo ni con autoanticuerpos específicos.
 - B Se observa en torno al 5–10 por ciento de los pacientes, con mayor riesgo en la esclerosis sistémica cutánea difusa, especialmente en los primeros 2–4 años desde el inicio, y puede alcanzar cifras cercanas al 20–25 por ciento en quienes presentan anticuerpos frente a la ARN polimerasa III; es excepcional en la forma cutánea limitada, donde la frecuencia se sitúa alrededor del 1–2 por ciento.
 - C Es una complicación casi exclusiva de la esclerosis sistémica limitada, con una frecuencia del 15–20 por ciento, y se relaciona sobre todo con anticuerpos anticentrómero.
 - D Su aparición es independiente del tiempo de evolución y se distribuye de forma uniforme a lo largo de toda la historia natural de la enfermedad, sin pico inicial.
- 76 .- En cuanto a la patogenia de la esclerosis sistémica y la contribución relativa de la genética, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sintetiza mejor los datos de estudios familiares y poblacionales?**
- A La enfermedad muestra una fuerte agregación familiar, con una prevalencia en parientes de primer grado cercana al 5 por ciento, lo que apunta a una herencia mendeliana clara.
 - B No se ha demostrado incremento de riesgo en familiares de primer grado, por lo que la genética se considera irrelevante.
 - C El riesgo familiar se explica casi exclusivamente por variantes de un solo locus de alta penetrancia, sin participación relevante de factores ambientales.
 - D La prevalencia en parientes de primer grado se aproxima al 1,6 por ciento frente a alrededor de 0,026 por ciento en la población general, con un riesgo relativo cercano a 13, lo que indica una predisposición genética significativa pero no determinante, compatible con un papel importante de factores ambientales y epigenéticos.
- 77 .- Señale la respuesta CORRECTA, en relación con la definición clínica y serológica clásica de la enfermedad mixta del tejido conectivo:**
- A Se trata de un lupus eritematoso sistémico atípico con nefritis proliferativa predominante y anticuerpos específicos frente al ADN bicatenario como requisito serológico principal.
 - B Se describió inicialmente en pacientes con lupus eritematoso sistémico atípico con solapamiento de rasgos de dermatomiositis y esclerosis sistémica, caracterizados por autoanticuerpos frente a la proteína ribonuclear U1 (anticuerpos anti RNP) dirigidos contra las proteínas A, C y 70K de la partícula U1, a diferencia de los anticuerpos anti Smith típicos del lupus eritematoso sistémico clásico.
 - C Es una forma de esclerosis sistémica limitada definida por anticuerpos anticentrómero sin otros autoanticuerpos extractables.
 - D Se caracteriza fundamentalmente por autoanticuerpos frente a la topoisomerasa 1 (Scl 70), asociados casi exclusivamente a enfermedad intersticial pulmonar rápidamente progresiva.
- 78 .- Respecto a la complicación vascular pulmonar en la enfermedad mixta del tejido conectivo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**
- A La hipertensión arterial pulmonar se destaca como una de las complicaciones más graves de la enfermedad mixta del tejido conectivo, con morbilidad relevante, lo que justifica una vigilancia y cribado sistemáticos similares a los que se aplican en esclerosis sistémica.
 - B La hipertensión arterial pulmonar es una complicación rara y clínicamente poco relevante, por lo que no se considera una fuente importante de morbilidad.
 - C La enfermedad pulmonar intersticial es la única manifestación respiratoria relevante, sin papel significativo de la hipertensión arterial pulmonar.
 - D Las complicaciones pulmonares en enfermedad mixta del tejido conectivo se limitan prácticamente a infecciones respiratorias recurrentes secundarias al tratamiento inmunosupresor.

- 79 .- En cuanto a la asociación con neoplasias malignas en las miopatías inflamatorias idiopáticas, ¿cuál es el enunciado CORRECTO?**
- A** La asociación con neoplasias malignas es anecdótica y se limita a la miositis por cuerpos de inclusión, sin incremento de riesgo en dermatomiositis o polimiositis.
 - B** En un estudio retrospectivo de 20 años se observó asociación con neoplasias malignas en aproximadamente el 12 por ciento de los pacientes con miositis, de los cuales la mayoría (81 por ciento) presentaban dermatomiositis y el resto polimiositis; globalmente, la frecuencia de neoplasias comunicada varía del 4 al 42 por ciento en distintas series, pero la incidencia es habitualmente mayor en dermatomiositis que en miositis por cuerpos de inclusión o polimiositis.
 - C** El riesgo de neoplasia se considera similar al de la población general y no se ha documentado aumento de incidencia en ninguna serie.
 - D** La neoplasia asociada a miositis se limita a cáncer de ovario y mama, sin otros tipos tumorales implicados.
- 80 .- En relación con la epidemiología de las miopatías inflamatorias idiopáticas, ¿cuál de las siguientes combinaciones refleja mejor las cifras globales de incidencia y prevalencia?**
- A** Incidencia global de 1–2 casos por millón de personas y año, con prevalencia inferior a 5 por millón en los estudios escandinavos.
 - B** Incidencia global aproximada de 11 casos por millón de personas y año (13 en mujeres y 9,7 en hombres) en un registro poblacional sueco, con prevalencia global de las miopatías inflamatorias idiopáticas en torno a 12–14 por millón en dos estudios escandinavos.
 - C** Incidencia global superior a 50 casos por millón de personas y año, con prevalencias superiores a 100 por millón en todos los países estudiados.
 - D** Incidencia similar entre todas las formas de miopatías inflamatorias idiopáticas, sin variación geográfica.
- 81 .- Respecto a las características histopatológicas diferenciadoras de dermatomiositis, polimiositis y miositis por cuerpos de inclusión, ¿cuál de las siguientes opciones sintetiza mejor los hallazgos clave?**
- A** La dermatomiositis se caracteriza por pérdida y alteración de capilares, necrosis capilar con depósito de complejo de ataque de membrana y atrofia perifascicular como rasgo distintivo (aunque puede ser tardío), con infiltrados predominantemente de linfocitos T CD4+ y macrófagos; la polimiositis muestra infiltrados endomisiales con linfocitos T CD8+ y CD4+ y macrófagos, con invasión de fibras no necrosadas y expresión difusa de moléculas del complejo mayor de histocompatibilidad de clase I en fibras musculares; la miositis por cuerpos de inclusión comparte infiltrado endomisial, pero añade vacuolas con borde rojo, inclusiones citoplásmicas.
 - B** En dermatomiositis predominan la invasión endomisial de fibras no necrosadas por linfocitos T CD8+ y las vacuolas con borde rojo, mientras que en miositis por cuerpos de inclusión el rasgo más específico es la atrofia perifascicular; la polimiositis se caracteriza por depósitos de complemento en capilares y pérdida de éstos.
 - C** Las tres entidades comparten un patrón histológico idéntico, siendo imposibles de distinguir por biopsia muscular.
 - D** La miositis por cuerpos de inclusión se define exclusivamente por infiltrado de linfocitos B perivasculares, sin afectación endomisial ni inclusiones específicas.

- 82 .- En relación con la nomenclatura consensuada de Chapel Hill y su impacto en la clasificación de las vasculitis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la más precisa?**
- A** Las conferencias de Chapel Hill de 1994 y 2012 se centraron en definir criterios diagnósticos y no modificaron la terminología de las vasculitis.
 - B** Las conferencias de Chapel Hill establecieron un sistema de nomenclatura con términos y definiciones uniformes para las vasculitis, sustituyendo epónimos por nombres descriptivos o etiológicos (como granulomatosis con poliangitis en lugar de granulomatosis de Wegener y vasculitis por inmunoglobulina A en lugar de púrpura de Schönlein-Henoch), proporcionando un marco sobre el que se construyen los criterios de clasificación, sin que estas definiciones deban usarse como criterios diagnósticos en la práctica clínica.
 - C** Chapel Hill recomendó mantener todos los epónimos clásicos para evitar confusión, sin proponer cambios de nombre.
 - D** La nomenclatura de Chapel Hill solo aborda vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos y excluye el resto.
- 83 .- En cuanto a las dosis de glucocorticoides y terapias biológicas para arteritis de células gigantes y polimialgia reumática, ¿cuál de las siguientes opciones es mas CORRECTA?**
- A** Tanto la arteritis de células gigantes como la polimialgia reumática se tratan inicialmente con dosis similares de prednisona (alrededor de 10–20 mg/día), y no existe indicación aprobada para el uso de anticuerpos frente a interleucina 6.
 - B** La arteritis de células gigantes se maneja preferentemente sin glucocorticoides, reservados solo para recaídas, mientras que la polimialgia reumática exige dosis iniciales de al menos 1 mg/kg/día.
 - C** En ambas entidades se recomienda iniciar con bolos de metilprednisolona intravenosa siempre, seguido de suspensión rápida de glucocorticoides en menos de 4 semanas, sin papel para terapias biológicas.
 - D** La polimialgia reumática suele responder a dosis de 10–20 mg/día de prednisona, mientras que la arteritis de células gigantes requiere dosis iniciales mucho más altas, alrededor de 60 mg/día; el tocilizumab (anti interleucina 6) está aprobado en Estados Unidos como tratamiento inicial de la arteritis de células gigantes en combinación con prednisona, y el sarilumab se ha aprobado en Estados Unidos para la polimialgia reumática refractaria.
- 84 .- Respecto a la arteritis de Takayasu, ¿cuál de las siguientes descripciones se ajusta mejor al fenotipo epidemiológico y anatómico?**
- A** Vasculitis que aparece sobre todo en varones ancianos y afecta preferentemente a las arterias temporales, con clínica superponible a la arteritis de células gigantes.
 - B** Vasculitis de grandes vasos que suele afectar a la aorta y a sus ramas principales en mujeres jóvenes, con cambios histopatológicos muy similares a los de la arteritis de células gigantes, lo que justifica que ambas se estudien juntas pese a su diferente perfil de edad.
 - C** Vasculitis limitada a arterias de mediano calibre viscerales (por ejemplo, mesentéricas y renales), sin participación aórtica ni solapamiento histológico con otras vasculitis.
 - D** Vasculitis cutánea superficial con afectación casi exclusiva de pequeños vasos dérmicos, sin repercusión sistémica.

- 85 .- Un adulto de 45 años consulta por cefalea intensa tipo trueno, de inicio brusco, con varios episodios recurrentes en días, sin déficit neurológico focal, sin fiebre, con resonancia magnética cerebral inicial normal y angiografía que muestra estrechamientos segmentarios y difusos reversibles a las tres semanas. El líquido cefalorraquídeo es normal ¿Qué interpretación es la más razonable?**
- A** Presentación mucho más compatible con síndrome de vasoconstricción cerebral reversible, por la cefalea en trueno, la normalidad del líquido cefalorraquídeo y la reversibilidad angiográfica, por lo que debe extremarse la precaución antes de etiquetarla como vasculitis primaria del sistema nervioso central.
 - B** Cuadro típico de vasculitis primaria del sistema nervioso central, que requiere biopsia cerebral e inmunosupresión agresiva con ciclofosfamida.
 - C** Probable migraña con aura complicada, sin necesidad de más estudios.
 - D** Evento isquémico transitorio en el contexto de ateromatosis intracraneal.
- 86 .- ¿En cuál de las siguientes situaciones de enfermedad de Behçet estaría mejor justificada la introducción precoz de un anti-factor de necrosis tumoral frente a seguir escalando inmunosupresores convencionales?**
- A** Enfermedad exclusivamente mucocutánea con aftas orales recurrentes, sin úlceras genitales ni cicatrices, que no ha recibido colchicina ni dapsona.
 - B** Enfermedad mucocutánea grave y refractaria a colchicina, dapsona, corticoides sistémicos y al menos un ahorrador (como azatioprina o ciclosporina), con impacto claro en calidad de vida, sin afectación ocular ni neurológica.
 - C** Paciente con afectación ocular inflamatoria activa (uveítis) pese a corticoides sistémicos y azatioprina, en el que se desea un ahorrador de corticoides de primera o segunda línea con evidencia reciente de eficacia.
 - D** Enfermedad gastrointestinal leve, controlada con mesalazina, sin criterios claros de afectación por Behçet.
- 87 .- En un paciente adulto con panarteritis nudosa grave, activa, sin infección por virus de la hepatitis B ni deficiencia de adenosina-desaminasa 2, ¿qué recomendación de las guías ACR/Vasculitis Foundation 2021 refleja mejor el tratamiento de elección?**
- A** Iniciar únicamente glucocorticoides orales a dosis altas, posponiendo la inmunosupresión citotóxica hasta valorar la respuesta.
 - B** Iniciar de forma precoz pulsos de glucocorticoides intravenosos seguidos de dosis altas orales más ciclofosfamida (oral o intravenosa) como fármaco de inducción preferente, en lugar de rituximab + glucocorticoides, cuya eficacia en panarteritis nudosa sigue siendo incierta.
 - C** Iniciar rituximab y glucocorticoides, reservando la ciclofosfamida solo para recaídas o intolerancia.
 - D** Comenzar con plasmaféresis sistemática asociada a glucocorticoides y ciclofosfamida en todos los pacientes.

- 88 .- Un varón de 28 años presenta dolor lumbar inflamatorio de 2 años de evolución, mejor con ejercicio, sacroileitis bilateral grado 2 en radiografía simple, limitación de movilidad lumbar en el plano sagital y expansión torácica reducida; es HLA-B*27 positivo. Respecto a su clasificación según los distintos sistemas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es más CORRECTA?**
- A** Cumple criterios de espondilitis anquilosante por Nueva York modificados (criterio radiológico obligatorio más al menos uno clínico) y, simultáneamente, cumple la rama radiográfica de los criterios ASAS para espondiloartritis axial (sacroileitis radiográfica más al menos una característica de espondiloartritis), ilustrando cómo la espondilitis anquilosante queda subsumida dentro del espectro de espondiloartritis axial.
 - B** Cumple criterios de espondilitis anquilosante por los criterios de Nueva York modificados, pero no puede clasificarse como espondiloartritis axial en los criterios ASAS porque estos exigen resonancia magnética positiva.
 - C** Solo puede clasificarse como espondiloartritis periférica porque no hay resonancia magnética.
 - D** No cumple criterios de espondiloartritis al no disponer de resonancia magnética ni de psoriasis, uveítis o enfermedad inflamatoria intestinal.
- 89 .- Respecto a la relación entre inflamación en resonancia magnética y formación de nuevo hueso en espondilitis anquilosante/espondiloartritis axial, ¿Cuál es la afirmación CORRECTA?**
- A** Toda lesión inflamatoria en resonancia magnética progresa inevitablemente a sindesmofito en el mismo nivel.
 - B** La asociación entre inflamación en resonancia magnética y formación de sindesmofitos es estadísticamente significativa a nivel de cohorte (las esquinas vertebrales inflamadas tienen más probabilidad de desarrollar nuevo hueso), pero no es determinista a nivel individual, y puede existir progresión estructural en ausencia de inflamación visible, lo que sugiere mecanismos parcialmente disociados.
 - C** La formación de nuevo hueso solo se observa cuando la resonancia magnética muestra edema óseo intenso y continuo durante más de 5 años.
 - D** La progresión estructural solo se produce en pacientes tratados con anti-factor de necrosis tumoral.
- 90 .- En cuanto al tratamiento biológico secuencial en espondilitis anquilosante/ espondiloartritis axial, ¿cuál de las siguientes opciones refleja mejor la evidencia?**
- A** El fracaso de un primer inhibidor del factor de necrosis tumoral, ya sea por ineficacia primaria o secundaria, contraindica el uso posterior de otros inhibidores del factor de necrosis tumoral y obliga a pasar directamente a inhibidores de interleucina 17.
 - B** Los inhibidores de interleucina 17 se reservan exclusivamente para pacientes con espondiloartritis axial no radiográfica.
 - C** Se desaconseja cualquier cambio de biológico, recomendando mantener el primero independientemente de la respuesta clínica.
 - D** Tras el fracaso a un primer inhibidor del factor de necrosis tumoral, tanto el cambio a un segundo inhibidor del factor de necrosis tumoral como el cambio de diana a inhibidor de interleucina 17 son estrategias razonables; la elección se individualiza en función del patrón (axial puro vs periférico), comorbilidades (p. ej., enfermedad inflamatoria intestinal, psoriasis severa) y causas del fracaso, sin recomendar una única secuencia obligatoria.

- 91 .- En relación con las lesiones estructurales y patrón de sindesmofitos en artritis psoriásica axial frente a espondilitis anquilosante, ¿qué es más CORRECTO?**
- A** En artritis psoriásica axial predominan sindesmofitos marginales finos, verticales y simétricos en “caña de bambú”, mientras que en espondilitis anquilosante son típicos los sindesmofitos gruesos y no marginales.
 - B** En artritis psoriásica axial son característicos sindesmofitos más gruesos, irregulares y frecuentemente no marginales, a menudo asimétricos y con distribución salteada, pudiendo coexistir lesiones erosivas y proliferativas; en espondilitis anquilosante predominan sindesmofitos delgados, marginados y relativamente simétricos, lo que ayuda a distinguir ambos patrones radiológicos cuando la clínica es solapante.
 - C** Se consideran indistinguibles los patrones radiológicos de columna y no atribuye valor diferencial a la morfología de los sindesmofitos.
 - D** Solo la resonancia magnética, y no la radiografía, permite diferenciar artritis psoriásica axial de espondilitis anquilosante.
- 92 .- En el síndrome SAPHO ¿cuál es el matiz más CORRECTO sobre su posición dentro del espectro de espondiloartritis y artritis psoriásica?**
- A** Se trata de un síndrome caracterizado por sinovitis, acné, pustulosis palmoplantar, hiperostosis y osteítis, con afectación preferente de esqueleto axial anterior y esternoclavicular, que comparte rasgos con espondiloartritis y artritis psoriásica (entesitis, dactilitis, lesiones pustulosas/psoriasiformes).
 - B** Es una simple variante de artritis reumatoide seronegativa con acné.
 - C** Se define estrictamente como una espondiloartritis HLA-B27 positiva con uveítis recurrente.
 - D** Se considera actualmente sin relevancia clínica y se desaconseja su uso como diagnóstico.
- 93 .- Varón de 30 años, HLA-B27 positivo, oligoartritis de miembros inferiores y entesitis aquilea 4 semanas después de una uretritis por Chlamydia trachomatis documentada. Líquido sinovial estéril en cultivo, pero la biopsia sinovial muestra ADN bacteriano mediante PCR ¿cuál es la interpretación patogénica más acorde?**
- A** Se trata de una artritis séptica directa, pues la detección de ADN bacteriano equivale a bacterias viables en la articulación.
 - B** Los hallazgos son típicos de artritis reactiva, en la que la infección es extraarticular y, aunque no se aislen bacterias viables en el líquido sinovial, la demostración de fragmentos bacterianos o material genético en sinovial apoya un modelo de respuesta inmunitaria mantenida por antígenos persistentes, sin cumplir criterios de artritis séptica clásica.
 - C** La presencia de ADN bacteriano obliga a reclasificarla como artritis reumatoide seronegativa.
 - D** Se considera la PCR sinovial irrelevante en este contexto y no aporta información patogénica.
- 94 .- En cuanto a la nomenclatura “síndrome de Reiter” frente a “artritis reactiva”, ¿qué posicionamiento se prefiere?**
- A** El “síndrome de Reiter clásico” (tríada artritis, uretritis, conjuntivitis/uveítis) es un fenotipo dentro del espectro de artritis reactiva asociada a HLA-B27, y enfatiza que la mayoría de pacientes no presentan la tríada completa, por lo que se prefiere el término “artritis reactiva” tanto por precisión clínica como por evitar la carga histórica del epónimo.
 - B** Se prefiere mantener el término “síndrome de Reiter” como denominación principal de cualquier artritis asociada a infección genitourinaria.
 - C** Reservar “artritis reactiva” solo para casos sin evidencia de infección previa.
 - D** Utilizar “síndrome de Reiter” exclusivamente cuando hay psoriasis cutánea concomitante.

- 95 .- Varón con enfermedad de Crohn ileocólica y colitis extensa, actividad intestinal alta. Consulta por oligoartritis de rodillas y tobillos ¿Qué combinación de características define mejor la artritis periférica tipo 1 asociada a enfermedad inflamatoria intestinal?**
- A Oligoartritis de grandes articulaciones de miembros inferiores con curso agudo y claramente paralelo a los brotes intestinales, limitada en el tiempo, con baja probabilidad de daño articular estructural y débil relación con HLA-B27.
 - B Poliartropatía simétrica de pequeñas articulaciones de manos, independiente de la actividad intestinal, muy asociada a HLA-B27.
 - C Artritis erosiva mutilante con curso progresivo que precede siempre al diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal.
 - D Artritis exclusivamente axial con sacroilitis y sindesmofitos.
- 96 .- En la Artritis idopática Juvenil (AIJ) oligoarticular de inicio precoz, ¿Qué combinación de rasgos patogénicos y clínicos es más CORRECTA?**
- A Inicio tardío en adolescencia, predominio masculino, factor reumatoide positivo y ausencia de uveítis.
 - B Inicio típico en la primera infancia, predominio femenino, articulaciones grandes de miembros inferiores, alta frecuencia de anticuerpos antinucleares positivos y riesgo particular de uveítis anterior crónica asintomática, cuya patogenia se asocia a mecanismos mediados por TNF, coherente con la respuesta al bloqueo de TNF en esta manifestación.
 - C Inicio neonatal con afectación preferente de columna y entesis, sin autoanticuerpos ni uveítis.
 - D Es el único subtipo de AIJ sin base genética ni peculiaridades inmunológicas.
- 97 .- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones refleja mejor la visión actual de la heterogeneidad biológica de la AIJ y las discrepancias entre la clasificación ILAR clásica y los nuevos intentos de reclasificación?**
- A La clasificación ILAR en siete subtipos se basa principalmente en biomarcadores moleculares y perfiles de citocinas, por lo que apenas ha sufrido críticas en la era de los biológicos.
 - B La AIJ se considera actualmente una única entidad patogénica y la estratificación en subtipos se mantiene solo por motivos históricos.
 - C Aunque la clasificación ILAR sigue siendo la referencia operativa (definida por artritis ≥ 6 semanas antes de los 16 años y subdivisión en oligoarticular, poliarticular FR-/FR+, sistémica, psoriásica, relacionada con entesitis e indiferenciada), se subraya que los avances en genética, expresión génica y biología de citocinas muestran que cada subtipo tiene mediadores patógenos y factores de riesgo genético propios, y que se están proponiendo esquemas alternativos.
 - D La ILAR ya ha sido reemplazada universalmente por la clasificación PRINTO y no se usa en investigación ni en clínica.
- 98 .- ¿Cuál es el objetivo terapéutico global en Artritis idopática Juvenil (AIJ) y cómo se inserta en la tendencia actual hacia la medicina personalizada?**
- A Alcanzar, idealmente, inhibición completa de la actividad inflamatoria y remisión clínica, utilizando estrategias de tratamiento dirigido a objetivo (treat-to-target) con monitorización estrecha, y aprovechar el creciente conocimiento de genética, biología y perfiles de citocinas para avanzar hacia una terapia más personalizada según subtipo y firma biológica.
 - B Reducir ligeramente el dolor, aceptando actividad articular persistente a largo plazo, dado el riesgo de toxicidad de los fármacos modificadores.
 - C Limitarse al control de la fiebre y no tratar la artritis en los subtipos sistémicos, para evitar corticoides.
 - D Reservar los biológicos solo como último recurso, tras al menos 10 años de evolución con metotrexato.

- 99 .- En la Artritis idopática Juvenil (AIJ) sistémica, ¿qué opción describe mejor la posición de los bloqueadores de IL-1 y IL-6 frente a otras terapias y sus implicaciones en complicaciones graves?**
- A** Los inhibidores de IL-1 y IL-6 se consideran fármacos de tercera línea, por detrás de altas dosis de corticoides prolongados y metotrexato, y no han modificado el pronóstico.
 - B** Se destaca que los bloqueadores de IL-1 y IL-6 se han convertido en pilares del tratamiento de la AIJ sistémica por su alta eficacia en controlar fiebre, rash y artritis, permitiendo reducir notablemente el uso crónico de corticoides y el daño articular; sin embargo, pese a este control, el Síndrome de Activación Macrofágico (SAM) sigue ocurriendo en un porcentaje relevante de pacientes y no parece prevenirse por completo con estos agentes, y se describen nuevas complicaciones como la enfermedad pulmonar grave (AIJS-LD), lo que ha impulsado el desarrollo de terapias dirigidas al interferón y (p. ej., emapalumab) en el contexto de SAM.
 - C** Los anti-TNF son claramente superiores a IL-1 e IL-6 en AIJ sistémica y han sustituido completamente a estos.
 - D** El uso de inhibidores de IL-1 y IL-6 ha eliminado prácticamente la mortalidad asociada al SAM, que desciende a cero.
- 100 .- En relación con el lupus eritematoso sistémico pediátrico (LESp) comparado con el LES del adulto, ¿cuál de las siguientes opciones es más CORRECTA?**
- A** El LESp y el LES del adulto comparten gravedad y mortalidad similares; la diferencia se limita a la frecuencia de exantema.
 - B** El LESp es en general más leve que el LES del adulto, y rara vez produce nefritis o daño orgánico permanente.
 - C** El LESp no utiliza criterios de clasificación adultos (ACR 1997, SLICC 2012, EULAR/ACR 2019) porque no han sido validados en población pediátrica.
 - D** El LESp se asocia con inicio más temprano, mayor carga genética presumible, mayor frecuencia de afectación orgánica grave (sobre todo renal y del sistema nervioso central), mayor riesgo acumulado de daño (cataratas, necrosis avascular, daño renal, aterosclerosis prematura) y mayor mortalidad que el LES del adulto, lo que obliga a un tratamiento más intensivo y a una vigilancia estrecha de complicaciones tanto de la enfermedad como de la terapia.
- 101 .- Sobre la dermatomiositis juvenil (DMJ) en comparación con la dermatomiositis del adulto, ¿qué opción resume mejor las particularidades clínicas?**
- A** DMJ y dermatomiositis del adulto son esencialmente equivalentes; las diferencias se limitan a la edad de presentación.
 - B** La DMJ se asocia casi siempre a neoplasias sólidas ocultas, lo que justifica un cribado oncológico agresivo similar al del adulto.
 - C** La DMJ es la miopatía inflamatoria idiopática más frecuente en niños, con lesiones cutáneas típicas (heliotropo, pápulas de Gottron) y debilidad proximal simétrica, pero difiere del adulto en que la asociación con neoplasias malignas es extremadamente rara en la edad pediátrica, mientras que son mucho más frecuentes complicaciones como calcinosis, úlceras cutáneas y vasculitis; con tratamiento inmunomodulador adecuado, el pronóstico a largo plazo y la supervivencia global en DMJ son mejores que en la dermatomiositis del adulto.
 - D** La calcinosis es excepcional en DMJ y se observa casi exclusivamente en adultos con dermatomiositis paraneoplásica.

102 .- Considerando los factores de riesgo de artrosis, ¿qué combinación refleja mejor la interacción cuantitativa de los principales factores en el umbral de aparición de artrosis?

- A** La edad avanzada explica prácticamente el 100% del riesgo de artrosis y los demás factores tienen impacto despreciable.
- B** La obesidad solo actúa en rodilla y exclusivamente por sobrecarga mecánica, sin componente sistémico ni efecto sobre otras articulaciones.
- C** Edad y sexo condicionan un riesgo basal creciente (con aumento marcado de prevalencia a partir de la 5.^a–6.^a décadas y mayor frecuencia en mujeres en varias localizaciones), mientras que la obesidad y el síndrome metabólico aportan un componente tanto mecánico como inflamatorio sistémico que incrementa significativamente el riesgo relativo de artrosis (especialmente de rodilla) y adelanta su inicio; a esto se suman variantes genéticas que explican un porcentaje sustancial, aunque no exclusivo, de la susceptibilidad (con heredabilidad relevante en ciertos fenotipos de mano/cadera), de modo que el riesgo individual resulta de la suma e interacción de estos factores más que de uno solo.
- D** La genética se describe como irrelevante en artrosis, dado que es una enfermedad puramente ambiental.

103 .- Respecto a los criterios del American College of Rheumatology (ACR) para artrosis de mano, rodilla y cadera, ¿qué enunciado sintetiza mejor su rendimiento y finalidad?

- A** Son criterios diagnósticos diseñados para la práctica clínica individual, con máxima sensibilidad a costa de baja especificidad, adecuados para cribado poblacional.
- B** Se consideran criterios de clasificación, no estrictamente diagnósticos, con alta especificidad para artrosis (al restringir la inclusión a sujetos con combinación de dolor y hallazgos estructurales/analíticos concretos), pero sensibilidad limitada para formas incipientes; por ello, tienden a infraestimar la prevalencia frente a definiciones puramente radiográficas y están pensados sobre todo para crear cohortes homogéneas en investigación y ensayos clínicos, más que como herramientas de cribado clínico.
- C** Solo contemplan criterios radiográficos y excluyen cualquier dato clínico, por lo que son poco útiles en estudios clínicos.
- D** Se desaconseja su uso en investigación debido a su baja especificidad.

104 .- Respecto a la situación actual de tratamientos modificadores de la enfermedad (DMOAD) y al objetivo terapéutico, ¿qué formulación es más CORRECTA en artrosis?

- A** Existen varios fármacos aprobados que han demostrado reducir de forma consistente la velocidad de estrechamiento del espacio articular en más del 50% y revertir la artrosis estructural, por lo que el objetivo principal es la curación.
- B** A pesar de décadas de investigación traslacional y ensayos sobre múltiples dianas estructurales (anabólicas, anticatabólicas, antiinflamatorias locales, moduladores de hueso subcondral), actualmente no hay tratamientos aprobados que demuestren de forma robusta modificar la progresión estructural de la artrosis en humanos.
- C** La evidencia disponible indica que los glucocorticoides orales a dosis bajas son los únicos fármacos capaces de modificar permanentemente el curso estructural de la artrosis.
- D** Se recomienda no tratar la artrosis salvo en el contexto de ensayos clínicos, dada la ausencia de dianas estructurales validadas.

105 .- Respecto al tratamiento hipouricemiante, señale la respuesta INCORRECTA:

- A** La presencia de tofos es indicación de tratamiento hipouricemiante.
- B** El alopurinol es el fármaco hipouricemiante de primera línea.
- C** El objetivo del tratamiento es alcanzar niveles de urato sérico inferiores a 6 mg/dl de por vida siendo recomendables niveles inferiores a 5mg/dl en pacientes con tofos.
- D** Se recomiendan fármacos uricosúricos en pacientes con nefrolitiasis.

- 106 .- Señale la respuesta CORRECTA respecto a la enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato cálcico (ECPP):**
- A En la artritis asociada a enfermedad metabólica, el tratamiento de la causa subyacente rara vez mejora la artritis.
 - B Existe una asociación inversa entre la gota y la ECPP.
 - C Los cristales de pirofosfato cálcico tienen birrefringencia negativa.
 - D La ECPP no produce afectación axial.
- 107 .- En la enfermedad debida al depósito de cristales de fosfato de calcio básico (BCP), señale la respuesta INCORRECTA:**
- A Los agregados de cristales se pueden identificar en el microscopio óptico.
 - B La tinción con rojo de Alizarina S es específica para identificar cristales de BCP.
 - C La diabetes mellitus tipo 2 se asocia a mayor frecuencia de periartritis calcificante del hombro.
 - D El síndrome del hombro de Milwaukee se asocia a depósitos intraarticulares de cristales de BCP.
- 108 .- Ante la sospecha de una artritis bacteriana, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A El procedimiento diagnóstico más importante es la artrocentesis con análisis del líquido sinovial.
 - B La sensibilidad de los cultivos se mejora inoculando los frascos de hemocultivo con líquido sinovial.
 - C Los pacientes inmunodeprimidos tienden a tener un recuento de leucocitos superior en el líquido sinovial.
 - D La glucosa, las proteínas y la lactato deshidrogenasa del líquido sinovial ofrecen un valor diagnóstico limitado para la artritis bacteriana.
- 109 .- En un paciente con prótesis de rodilla y sospecha de infección articular periprotésica, NO se consideran criterios de infección confirmada según la European Bone and Joint Society (EBJIS) de 2021:**
- A El recuento de leucocitos en el líquido sinovial de >3.000 células/mm³.
 - B Comunicación del tracto sinusal con la articulación.
 - C Alfa defensina positiva en líquido sinovial.
 - D Purulencia alrededor de la prótesis.
- 110 .- ¿Cuál de estas características nos hará sospechar una espondilodiscitis piógena frente a una tuberculosa?**
- A Afectación del segmento cervical.
 - B Déficit neurológico.
 - C Masas vertebrales o epidurales.
 - D Afectación de varios cuerpos vertebrales.
- 111 .- La neumonía por P. jiroveci (NPJ) se ha asociado a varios factores EXCEPTO:**
- A Metotrexato
 - B Rituximab
 - C Linfocitosis
 - D Anemia

- 112 .- Respecto a la detección de infección tuberculosa en pacientes candidatos a terapia biológica, señale la opción INCORRECTA:**
- A Se observan falsos positivos en la prueba de la tuberculina (PT) en pacientes con infección por micobacterias no tuberculosas.
 - B El tratamiento con dosis superiores a 15 mg/día de prednisona puede producir falsos negativos en la PT.
 - C La extracción de sangre para la realización de las pruebas de IGRA se debe realizar tras objetivar una PT negativa.
 - D Los resultados indeterminados en las pruebas de IGRA siempre deberán confirmarse con una segunda determinación, que suele ser negativa en la mayoría de los casos.
- 113 .- La enfermedad de Poncet se caracteriza por los siguientes hallazgos, SALVO:**
- A La afectación articular puede simular una artritis reumatoide con factor reumatoide positivo.
 - B Su mecanismo es similar a otras formas de artritis reactiva.
 - C Los cultivos articulares son positivos para M. tuberculosis.
 - D Ausencia de daño articular tras tratamiento.
- 114 .- Respecto a las manifestaciones osteoarticulares de la enfermedad de Lyme, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A Los síntomas osteoarticulares son frecuentes en todas las fases de la enfermedad.
 - B La artritis de Lyme suele ser intermitente.
 - C El tratamiento inicial de la artritis es similar al del eritema migratorio.
 - D El tratamiento antibiótico completo permite erradicar las formas de artritis postinfecciosas.
- 115 .- Indique que infección viral NO suele presentar un cuadro clínico que simula una artritis reumatoide:**
- A Virus del Sarampión.
 - B Parvovirus B19.
 - C Virus de la Hepatitis C.
 - D Virus Chikungunya.
- 116 .- Respecto a las posibles complicaciones del tratamiento para el VIH, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A La osteomielitis por el complejo M. avium-intracellulare se asocia al síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria (SIRI) después de iniciar el TARGA.
 - B La zidovudina puede causar de forma habitual una miopatía proximal.
 - C La lamivudina está implicada en casos de rbdomiólisis.
 - D Existe una correlación directa entre los niveles de linfocitos T CD4+ y el riesgo de SIRI.
- 117 .- Respecto a los hallazgos radiológicos de la Osteomielitis, señale la opción CORRECTA:**
- A Una cloaca es un defecto en la medular que ayuda a que el pus drene hacia el espacio subperióstico.
 - B El secuestro y el involucrum son hallazgos claves en la RMN de pacientes con osteomielitis crónica.
 - C Los cambios en la radiología simple son visibles desde el inicio de los síntomas.
 - D Se denomina absceso de Brodie al absceso de parte blanda adyacente a la cortical.

- 118 .- Ante un niño de 9 años con sospecha de Fiebre Reumática Aguda (FRA), señale la respuesta CORRECTA:**
- A La presencia de un eritema marginado en cara es una manifestación muy específica de la FRA.
 - B Es habitual objetivar nódulos subcutáneos similares a los nódulos reumatoides.
 - C La insuficiencia mitral por edema de la válvula es la lesión valvular aguda más frecuente.
 - D La artritis puede seguir un patrón migratorio o aditivo con pobre respuesta a la toma de AINEs.
- 119 .- Señale el hallazgo clínico o de laboratorio incluido en los Criterios de Jones modificados para Fiebre Reumática Aguda:**
- A Los niveles de ASLO elevados en al menos 2 determinaciones son un criterio menor.
 - B La febrícula es un criterio menor en poblaciones de alto riesgo.
 - C La carditis subclínica por valvulitis ecocardiográfica es un criterio mayor.
 - D Presencia en ECG de complejos QRS anchos.
- 120 .- El tumor maligno primario más frecuente de las articulaciones es el:**
- A Sarcoma sinovial.
 - B Quiste sinovial.
 - C Osteosarcoma.
 - D Condromatosis sinovial.
- 121 .- ¿Cuál de estos tumores óseos afecta preferentemente a las diáfisis?**
- A Osteosarcoma.
 - B Sarcoma de Ewing.
 - C Condrosarcoma.
 - D Osteoclastoma o tumor de células gigantes.
- 122 .- El síndrome RS3PE (sinovitis remitente seronegativa con edema con fovea) presenta las siguientes características, SALVO:**
- A Afectación de los pies.
 - B Pobre respuesta a corticoides.
 - C Presencia de erosiones en menos de un 10% de los casos.
 - D Inicio en edad adulta / avanzada.
- 123 .- Ante la presencia de un paciente con dedos en palillo de tambor, nos hará sospechar una osteoartropatía hipertrófica los siguientes hallazgos, SALVO:**
- A Radiografías con periostosis simétrica.
 - B Uñas en vidrio de reloj o "pico de loro".
 - C Afectación axial.
 - D Paquidermia en el cuero cabelludo.

124 .- En la osteoporosis esteroidea es FALSA una de estas afirmaciones:

- A El tratamiento con esteroides a días alternos no previene la pérdida ósea.
- B El tratamiento con esteroides inhalados no aumenta el riesgo de osteoporosis.
- C Dosis de 5 mg/día de prednisona durante 3 meses se asocian a pérdida ósea acelerada.
- D El tratamiento con esteroides disminuye la absorción intestinal de calcio.

125 .- Señale la asociación FALSA respecto al mecanismo de acción de estos fármacos:

- A Romosozumab – Inhibición de la esclerostina.
- B Abaloparatida – agonista del receptor de PTH.
- C Denosumab – agonista del RANKL.
- D Bifosfonatos – análogos del pirofosfato.

126 .- Respecto al tratamiento con romosozumab, señale la respuesta INCORRECTA:

- A No puede utilizarse en pacientes que han recibido previamente teriparatida.
- B Dentro de los efectos adversos graves se incluyen las fracturas atípicas de fémur y la osteonecrosis mandibular.
- C Es un fármaco de primera línea en pacientes con osteoporosis grave con alto riesgo de fractura.
- D Estimula activamente la formación ósea e inhibe la resorción de forma simultánea.

127 .- En el tratamiento inicial de la osteoporosis postmenopáusica se consideran factores de riesgo muy alto de fractura los siguientes, EXCEPTO:

- A Presencia de 2 fracturas vertebrales.
- B DMO con T-score = -3.7.
- C Fractura por fragilidad y DMO < -2.5T.
- D Fractura de cadera y DMO < -3.0T.

128 .- Señale la opción CORRECTA respecto a la enfermedad de Paget ósea:

- A La consolidación de las fracturas en el hueso pagético suele ser normal.
- B Es frecuente la degeneración sarcomatosa.
- C Se observa una fase lítica en la etapa avanzada.
- D Respeta los pares craneales.

129 .- Son indicaciones de tratamiento en la enfermedad de Paget las siguientes, EXCEPTO:

- A Hipercalcemia.
- B Dolor.
- C Previo a cirugía para prevenir riesgo de sangrado.
- D Formas poliestóticas.

130 .- Señale cuál de estas condiciones NO es causa de osteomalacia:

- A Hipofosfatasa.
- B Cirrosis biliar primaria.
- C Resección intestinal.
- D Sarcoidosis.

131 .- Señale la respuesta CORRECTA respecto a las líneas de Looser que se objetivan en pacientes con osteomalacia:

- A Son patognomónicas de osteomalacia.
- B Permiten distinguir las fracturas pagéticas de las ocasionadas por osteomalacia.
- C Son líneas transversas de pérdida de densidad a través de las corticales.
- D No son visibles en costillas.

132 .- Ante la sospecha de un síndrome de dolor regional complejo (SDRC) se debe tener en cuenta una de las siguientes consideraciones:

- A Existe una correlación entre la gravedad de la lesión inicial y la severidad de los síntomas de SDRC.
- B Es frecuente la atrofia ungueal.
- C Dentro de los criterios diagnósticos no se incluyen los estudios radiológicos como la radiografía simple o la gammagrafía.
- D El tratamiento rehabilitador precoz no mejora el pronóstico del cuadro.

133 .- Tras la valoración de un paciente de 71 años con una coxalgia derecha de larga duración sin antecedente traumático, se solicita un estudio radiológico simple. Según el sistema de estadificación de Steinberg modificado de la osteonecrosis, señale la opción CORRECTA:

- A El hallazgo del signo de la media luna es un signo tardío de osteonecrosis.
- B La presencia una fractura subcondral sin aplanamiento implica una lesión reversible.
- C El signo radiográfico más precoz de la osteonecrosis es el pinzamiento del espacio articular.
- D La imagen en cuarto creciente radiotransparente en la región subcondral es un signo radiográfico de osteonecrosis irreversible.

134 .- Señale la asociación INCORRECTA en este grupo de Osteocondrosis:

- A Enfermedad de Kienböck – necrosis semilunar.
- B Enfermedad de Osgood-Schlatter – necrosis tuberosidad tibial anterior.
- C Enfermedad de Panner – necrosis del capitellum humeral.
- D Enfermedad de Freiberg – necrosis de la cabeza de un metatarsiano (2º).

135 .- Señale la característica que NO se asocia con la hiperostosis esquelética idiopática difusa (DISH):

- A Osteofitos en cascada en el lado derecho de la columna dorsal.
- B Osificación del ligamento longitudinal anterior.
- C Afectación del espacio discal intervertebral.
- D Ausencia de fusión ósea en sacroilíacas.

136 .- Señale un hallazgo frecuente de la hiperostosis esquelética idiopática difusa:

- A Osificación de las entesis en regiones extraarticulares.
- B Anquilosis en articulaciones facetarias.
- C Afectación de interfalángicas distales.
- D Erosiones en articulaciones sacroilíacas.

137 .- La queiroartropatía diabética presenta una de estas características:

- A Los AINEs y las inyecciones de corticoides no son efectivos para controlar los síntomas.
- B Es una artropatía que puede afectar a más de un 50% de los pacientes con diabetes mellitus de larga evolución.
- C Implica un síndrome fibrosante que predomina en la cara palmar de metacarpofalángicas e interfalángicas proximales.
- D Afecta únicamente a manos y muñecas.

138 .- Indique cuál de estas manifestaciones musculoesqueléticas NO se asocian con el hipotiroidismo:

- A Neuropatía como el Síndrome del túnel del carpo.
- B Acropaquias.
- C Artritis simétrica en manos.
- D Artritis por cristales de pirofosfato cálcico.

139 .- El síndrome de Heerfordt presenta una triada clásica de síntomas. Indique el INCORRECTO:

- A Parotiditis.
- B Parálisis facial periférica.
- C Uveitis anterior.
- D Artritis aguda.

140 .- El lupus pernio:

- A Es una manifestación cutánea del lupus eritematoso sistémico
- B Es una perniosis asociada al síndrome antifosfolípido.
- C La afectación ósea nasal es similar a la observada en la granulomatosis con poliangeitis.
- D Se asocia a parálisis del nervio facial.

141 .- Señale la respuesta INCORRECTA ante la sospecha de Amiloidosis:

- A La amiloidosis AA puede aparecer a cualquier edad.
- B La correlación entre la SAA y la proteína C reactiva (PCR) permiten utilizar, en determinados pacientes, la PCR como marcador indirecto de actividad en la amiloidosis AA.
- C La claudicación mandibular, la artropatía por depósito de amiloide en la membrana sinovial y el síndrome del túnel del carpo es una triada característica de la amiloidosis AA.
- D La presencia de complejos de bajo voltaje en el ECG sugiere afectación cardíaca avanzada por la amiloidosis.

142 .- Señale la respuesta INCORRECTA en el estudio de un paciente con Amiloidosis:

- A Cualquier enfermedad que provoque inflamación persistente, puede complicarse como amiloidosis AA.
- B No es recomendable realizar biopsias de cribado dada la baja sensibilidad de la biopsia rectal o la aspiración de grasa subcutánea.
- C En la amiloidosis AA es habitual objetivar proteinuria sin hematuria, síndrome nefrótico e insuficiencia renal.
- D La gammagrafía con amiloide sérico P (SAP) es útil en todo tipo de amiloidosis porque permite valorar la afectación de órganos viscerales.

143 .- Todas las formas de osteogénesis imperfecta comparten estas características, SALVO:

- A Talla baja.
- B Baja masa ósea.
- C Propensión a las fracturas.
- D Herencia autosómica recesiva.

144 .- Varón de 20 años con dolicoestenomelia, tórax en quilla, neumotórax de repetición y signo de la muñeca y el pulgar positivos. Fallece de forma súbita subiendo escaleras. ¿Cuál es la causa más probable?

- A Embolia pulmonar.
- B Cardiopatía isquémica por dislipemia familiar.
- C Disección aórtica.
- D ACVA por ectasia dural.

145 .- La hemocromatosis presenta una variedad de manifestaciones articulares. Señale la opción INCORRECTA:

- A La artralgia/artritis afecta a cerca de un 80% de los pacientes.
- B Es típica la afectación de la 2ª y 3ª metacarpofalángica.
- C Se asocia con condrocalcinosis y osteofitos en gancho.
- D Es característico que el factor reumatoide sea positivo.

146 .- En la sinovitis de cuerpo extraño, señale la opción CORRECTA:

- A La biopsia sinovial es de escasa utilidad dados los hallazgos anatomopatológicos inespecíficos.
- B El estudio de líquido sinovial con MOLP permite la visualización del cuerpo extraño en la mayoría de los casos.
- C No se asocia con sobreinfección bacteriana.
- D En más de un 70% de los casos sigue un curso crónico remitente o intermitente.

147 .- Indique que fármaco NO está contraindicado en una mujer embarazada con lupus eritematoso sistémico:

- A IECA.
- B Micofenolato mofetil.
- C Tacrolimus.
- D Bosentan.

148 .- Señale la respuesta CORRECTA respecto a la farmacología de los opioides:

- A La morfina tiene una biodisponibilidad oral alta.
- B La morfina penetra escasamente en el SNC.
- C La hidromorfona carece de efecto de primer paso.
- D A diferencia del tapentadol, el tramadol no inhibe la recaptación de serotonina.

149 .- Señale la patología cuya lesión cutánea NO suele ulcerarse ni dejar cicatriz:

- A Eritema crónico migrans.
- B Eritema nodoso.
- C Panarteritis nodosa.
- D Fiebre mediterránea familiar.

150 .- La paniculitis lúpica se clasifica como una:

- A Paniculitis septal con vasculitis.
- B Paniculitis septal sin vasculitis.
- C Paniculitis lobulillar con vasculitis.
- D Paniculitis lobulillar sin vasculitis.

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

PREGUNTAS DE RESERVA

151 .- Las hiperlipidemias primarias pueden producir una artropatía por depósito. Indique cuál de ellas NO se asocia típicamente con la gota:

- A Tipo IIa.
- B Tipo I.
- C Tipo IV.
- D Tipo V.

152 .- El estudio Behandel-Strategieën (BeSt), evaluó distintas estrategias como combinaciones con fármacos biológicos y combinaciones solo con fármacos convencionales, ¿qué proporción aproximada de pacientes alcanzó una baja actividad de la enfermedad o remisión a los dos años, independientemente del brazo inicial asignado?

- A En torno al 30 por ciento de los pacientes.
- B En torno al 50 por ciento de los pacientes.
- C En torno al 70–80 por ciento de los pacientes.
- D Más del 90 por ciento de los pacientes.

- 153 .- En el ensayo aleatorizado de Ceccarelli y colaboradores (Ceccarelli F, et al. Arthritis Rheumatol 2020); que comparó la retirada completa de prednisona frente al mantenimiento de 5 miligramos diarios en pacientes con lupus eritematoso sistémico clínicamente inactivo durante más de un año, ¿qué efecto cuantitativo se observó sobre el riesgo de reagudización en el grupo que continuó con 5 miligramos diarios?**
- A** El mantenimiento con 5 miligramos diarios de prednisona se asoció a un riesgo relativo de reagudización cercano a 0,2 en comparación con la retirada, es decir, una reducción de aproximadamente el 80 por ciento del riesgo.
 - B** No hubo diferencias significativas en el riesgo de reagudización entre ambos grupos.
 - C** El mantenimiento con 5 miligramos diarios de prednisona duplicó aproximadamente el riesgo de reagudización en comparación con la retirada completa.
 - D** El riesgo relativo de reagudización fue cercano a 1,5 en el grupo que continuó con prednisona, indicando un aumento moderado del riesgo.
- 154 .- ¿Cuál de las siguientes asociaciones refleja mejor la intersección entre inmunopatología y fenotipo clínico de estas dos entidades: enfermedad relacionada con inmunoglobulina G4 con vasculitis y vasculitis urticarial hipocomplementémica?**
- A** Enfermedad relacionada con inmunoglobulina G4: vasculitis exclusivamente de grandes vasos sin depósitos de inmunocomplejos; vasculitis urticarial hipocomplementémica: urticaria típica de menos de 24 horas, sin hipocomplementemia ni depósitos inmunes en piel.
 - B** Enfermedad relacionada con inmunoglobulina G4: puede afectar vasos de cualquier tamaño (desde aorta a pequeños vasos cutáneos) y cuando produce vasculitis de pequeños vasos se asocia a concentraciones muy elevadas de inmunoglobulina G4, hipocomplementemia C3/C4 y púrpura palpable indistinguible de otras vasculitis por inmunocomplejos; vasculitis urticarial hipocomplementémica: cursan con lesiones urticariales dolorosas/quemantes de varios días de duración, hipocomplementemia, autoanticuerpos y depósitos de complemento e inmunoglobulinas en la unión dermoepidérmica en patrón de banda lúpica, con afectación extracutánea (uveítis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, angioedema).
 - C** En ambas entidades, el complemento sérico es sistemáticamente normal y no se observan depósitos inmunes.
 - D** La afectación cutánea en enfermedad relacionada con inmunoglobulina G4 se limita a livedo reticular sin púrpura.
- 155 .- Al aplicar los criterios ACR/EULAR 2022 para granulomatosis eosinófila con poliangeítis, un paciente presenta: asma de años de evolución, pólipos nasales, mononeuritis múltiple, eosinófilos $1,3 \times 10^9/l$, hematuria microscópica, y anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos con patrón citoplasmático positivos frente a la proteinasa 3. ¿Cuál de las siguientes interpretaciones es la más ajustada al sistema de puntuación descrito?**
- A** La suma de puntuaciones clínicas (asma, pólipos, mononeuritis) y analíticas (eosinofilia, hematuria y anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos frente a la proteinasa 3 con puntuación negativa) puede seguir siendo ≥ 6 , por lo que el paciente podría clasificarse como granulomatosis eosinófila con poliangeítis a pesar de la positividad de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos frente a la proteinasa 3, siempre que ya se haya establecido el diagnóstico de vasculitis de vaso pequeño.
 - B** La positividad de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos frente a la proteinasa 3 descarta la granulomatosis eosinófila con poliangeítis en estos criterios.
 - C** Cualquier anticuerpo anticitoplasma de neutrófilos positivo obliga a reclasificar al paciente como granulomatosis con poliangeítis.
 - D** La hematuria excluye la granulomatosis eosinófila con poliangeítis en estos criterios.

- 156 .- En el tratamiento de la artritis enteropática con afectación axial moderada y enfermedad inflamatoria intestinal activa, ¿cuál de las siguientes opciones refleja mejor el equilibrio propuesto entre control articular e intestinal?**
- A Elegir inhibidores de interleucina 17 como primera línea porque son muy eficaces en afectación axial, sin tener en cuenta el posible impacto sobre la enfermedad inflamatoria intestinal.
 - B Priorizar fármacos biológicos con eficacia probada tanto en enfermedad inflamatoria intestinal como en espondiloartritis (por ejemplo, algunos inhibidores del factor de necrosis tumoral como infliximab o adalimumab), evitando o usando con gran cautela dianas que pueden exacerbar la enfermedad inflamatoria intestinal (ciertos inhibidores de interleucina 17), y seleccionando la molécula concreta según predominio axial/periférico y fenotipo intestinal.
 - C Tratar únicamente la enfermedad inflamatoria intestinal con mesalazina y evitar cualquier biológico por riesgo articular.
 - D Utilizar exclusivamente inhibidores de interleucina 12/23, ya que todos han demostrado eficacia equivalente en esqueleto axial y en intestino.
- 157 .- Respecto al dolor en artrosis y sus mecanismos ¿cuál de las siguientes afirmaciones integra mejor las implicaciones terapéuticas?**
- A El dolor se correlaciona casi linealmente con el grado de estrechamiento radiográfico del espacio articular, por lo que basta con tratar la patología estructural para controlar los síntomas.
 - B El dolor en artrosis es el resultado de una interacción compleja entre patología estructural (lesiones de cartílago, osteofitos, esclerosis del hueso subcondral, sinovitis, derrame, fibrosis sinovial) y mecanismos neurofisiológicos, incluyendo activación de fibras nociceptivas en múltiples tejidos articulares y sensibilización periférica y central; se describen fenómenos de hiperalgesia, alodinia, dolor irradiado y persistencia de dolor tras artroplastia de rodilla en aproximadamente el 20–30% de pacientes, lo que indica que la simple corrección estructural no garantiza la desaparición del dolor y justifica un abordaje multimodal que incluya estrategias dirigidas tanto a la articulación como al sistema nervioso central.
 - C La presencia de dolor tras artroplastia en un pequeño porcentaje de pacientes se considera anecdótica y no tiene implicaciones sobre la elección de tratamiento.
 - D La sensibilización al dolor, en la artrosis, no se relaciona con la variabilidad de la respuesta a las intervenciones.
- 158 .- Respecto a la etiopatogenia de la gota, señale la respuesta INCORRECTA:**
- A El urato soluble no induce crisis de gota.
 - B La reducción de la excreción de urato parece ser el principal responsable de la mayor parte de los casos de hiperuricemia en el ser humano.
 - C Los diuréticos ahorradores de potasio como la espironolactona no aumentan el urato.
 - D En pacientes neutropénicos, el tratamiento con factor estimulante de colonias de granulocitos induce una hipouricemia transitoria.
- 159 .- La artritis séptica poliarticular se observa en un 10-15% de los casos. Señale el factor de riesgo más importante para su desarrollo:**
- A Artritis reumatoide.
 - B Gota.
 - C Insuficiencia cardíaca.
 - D EPOC

160 .- En el tratamiento farmacológico del dolor crónico, señale la opción CORRECTA:

- A Los analgésicos primarios surten más efecto frente al dolor funcional.
- B El dolor está mediado por mecanismos periféricos y centrales.
- C El uso de fármacos con mecanismos diferentes, no aumenta la probabilidad de aliviar el dolor.
- D Los fármacos adyuvantes son más eficaces frente al dolor nociceptivo.