OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 111/2018 de 7 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de febrero de 2018)

KATEGORIA:

FAK. ESP. ERREUMATOLOGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO REUMATOLOGÍA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 27a**
Fecha prueba: **27 de mayo de 2018**

1. ariketa */ 1er. ejercicio*
A *Eredua / Modelo* ***A***

1 CON RESPECTO A LA PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES DATOS ES CIERTO?

1a) Según el estudio EPISER la prevalencia de artritis reumatoide en España es del 1%.
1b) La prevalencia de la gota es de 1-2% en los paises occidentales.
1c) Según el estudio EPISER la prevalencia de personas con lumbalgia de características inflamatorias es del 0,5%.
1d) La incidencia de la artritis idiopática juvenil es aproximadamente de 1-3 casos nuevos por cada 100.000 niños.

2 EN EL ESTUDIO DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MEDIANTE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA, ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES AUTOANTICUERPOS PUEDEN MOSTRAR UN PATRÓN FINAMENTE GRANULADO?

2a) Anticuerpos anti Scl-70.
2b) Anticuerpos anti SSA(Ro).
2c) Anticuerpos anti Jo-1.
2d) AnticuerposantiSm y anti DNA.

3 EN EL ESTUDIO DE ANTICUERPOS ANTINUCLEARES MEDIANTE INMUNOFLUORESCENCIA INDIRECTA, ¿CUÁL ES EL UNICO PATRON ESPECÍFICO DE UNA DETERMINADA ENFERMEDAD?

3a) El patrón de los anticuerpos anti SSB (La).
3b) El patrón de los anticuerpos anti centromero.
3c) El patrón de los anticuerpos anti DNA.
3d) Ninguno de los anteriores es especifico.

4 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA CON RESPECTO A LOS CRISTALES DE CORTICOIDES EN LIQUIDO SINOVIAL?

4a) Pueden tener una alta birrefringencia y simular cristales de urato o de pirofosfato cálcico.
4b) Para detectarlos es necesario microscopia electrónica.
4c) Son siempre intracelulares.
4d) Se suelen detectar en el líquido sinovial de los pacientes hipotiroideos.

5 EL LÍQUIDO SINOVIAL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS SÉPTICA PRESENTA USUALMENTE UNA DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

5a) Se detectan siempre microorganismos.
5b) pH alto.
5c) Altos niveles de lactato.
5d) Las respuesta b y c son ciertas.

6 EN LA HIPOFOSFATEMIA LIGADA AL CROMOSOMA X SE APRECIAN LAS SIGUIENTES ALTERACIONES DE LABORATORIO:

6a) Calcemia normal, fosfatasa alcalina elevada y fosfaturia elevada.
6b) Calcemia normal, fosfatasa alcalina elevada y fosfaturia normal.
6c) 25-OH vitamina D baja, fosfatemia baja y fosfaturia elevada.
6d) Calcemia baja, fosfatasa alcalina elevada y fosfaturia elevada.

7 EN LOS PACIENTES CON OSTEOMALACIA POR DÉFICIT DE VITAMINA D SE APRECIAN LAS SIGUIENTES ALTERACIONES DE LABORATORIO:

7a) 25-OH-vit D baja, fosfaturia elevada y calciuria baja.
7b) 25-OH-vit D baja, fosfaturia baja y calciuria normal.
7c) 25-OH-vit D baja, fosfaturia baja y fosfatasa alcalina normal.
7d) 25-OH-vit D baja, calciuria baja y fosfaturia normal.

8 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES AFIRMACIONES NO ES CIERTA CON RESPECTO A LA CONDROMATOSIS SINOVIAL?

8a) Las localizaciones habituales son cadera, codo, rodilla y hombro.
8b) No existe afectación extraarticular.
8c) La histología muestra múltiples nódulos de cartílago en la membrana sinovial.
8d) La membrana sinovial adyacente puede mostrar edema e hiperplasia.

9 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL SARCOMA SINOVIAL NO ES CIERTA?

9a) En más del 80% de los casos son intraarticulares, pero existen casos extraarticulares.
9b) Generalmente se diagnostica en adolescentes y adultos jóvenes.
9c) El patrón microscópico más típico es la presencia de dos poblaciones de células neoplásicas:epitelioides y fusiformes.
9d) La localización más frecuente es en extremidades inferiores.

10 EN LA HIPOVITAMINOSIS C INFANTIL, ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SIGNOS RADIOGRÁFICOS ES TÍPICO?

10a) Líneas diafisarias de incremento de densidad.
10b) Esclerosis metafisaria.
10c) Incremento de densidad ósea epifisaria con un área radiolucida central (signo de Wimberger).
10d) Las tres contestaciones anteriores son correctas.

11 ¿CUÁL ES LA LOCALIZACIÓN ANATÓMICA MÁS FRECUENTE DE LA NEUROARTROPATÍA QUE SE PUEDE PRESENTAR EN PACIENTES CON ALCOHOLISMO?

11a) Articulaciones metatarsofalangicas y tarso.
11b) Rodilla.
11c) Coxofemoral.
11d) Articulación tibioperoneo- astragalina.

12 ¿A CUÁL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES O SÍNDROMES NO SE ASOCIA LA MELOREOSTOSIS?

12a) Síndrome de Gardner.
12b) Esclerodermia lineal.
12c) Neurofibromatosis.
12d) Hemangiomas.

13 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA OSTEOARTROPATÍA HIPERTRÓFICA PRIMARIA (PAQUIDERMOPERIOSTOSIS) ES FALSA?

13a) Es autosómica recesiva.
13b) El cutis verticis gyrata es una característica típica.
13c) Los pacientes presentan acropaquias y aposición perióstica.
13d) Es autosómica dominante.

14 EN UN ESTUDIO ECÓGRAFICO, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTE AFIRMACIONES ES CIERTA?

14a) La entesopatía se define como un tendón engrosado y anormalmente hipoecoico.
14b) Los ultrasonidos se propagan bien a través del hueso.
14c) El cartílago articular se ve como una imagen hiperecogénica.
14d) El derrame articular es muy difícil de valorar y delimitar mediante ecografía.

15 LA INTENSIDAD DE LA SEÑAL EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA DEL LÍQUIDO SINOVIAL ES:

15a) Isointensa en T1 e hipointensa en T2.
15b) Hiperintensa en T1 e hipointensa en STIR.
15c) Isointensa en T1 e hiperintensa en T2.
15d) Hiperintensa en T1 y en T2.

16 ¿EN CUÁL DE LAS SIGUIENTES ESTRUCTURAS ANATÓMICAS LA INTENSIDAD DE LA SEÑAL EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA ES HIPOINTENSA EN T1 Y EN T2?

16a) Tendón.
16b) Grasa.
16c) Cartílago.
16d) Músculo.

17 ¿EN CUÁL DE LOS SIGUIENTES PROCESOS LA GAMMAGRAFÍA NO ES LA TÉCNICA RECOMENDADA?

17a) Extensión de la enfermedad de Paget.
17b) Sospecha de sacroilitis.
17c) Metástasis óseas.
17d) En los tres casos enunciados es la técnica recomendada.

18 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ES EL MECANISMO POR EL QUE ACTÚAN LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS:?

18a) Inhibiendo la liberación de ácido araquidónico de los fosfolípidos de la membrana plasmática.
18b) Inhibiendo la oxidación del ácido araquidónico a eicosanoides.
18c) Actuando sobre la vía de la P450 epoxigenasa y sobre la prostaglandina-endoperoxidosintetasa.
18d) Inhibiendo la fosfolipasa A.

19 CON RESPECTO A LOS GLUCOCORTICOIDES, ¿CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA?

19a) La vida media plasmática de la prednisonaes 4-6 horas.
19b) La vida media plasmática de la dexametasona es superior a 6 horas.
19c) El deflazacort es un derivado esteroideo oxazolínico.
19d) El mecanismo de acción fundamental de la dexametasona es la inhibición la lipooxigenasa.

20 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FÁRMACOS SE PUEDE UTILIZAR DURANTE EL EMBARAZO?

20a) Micofenolato.
20b) Azatioprina.
20c) Ciclofosfamida.
20d) Ninguno de los tres fármacos se puede utilizar durante el embarazo.

21 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FÁRMACOS ACTÚA MEDIANTE LA INHIBICIÓN DE LA CALCINEURINA?

21a) Leflunomida.
21b) Ciclofosfamida.
21c) Micofenolato.
21d) Ciclosporina.

22 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

22a) La dosis de abatacept IV es 5 mg/Kg cada 4 semanas.
22b) La dosis de abatacept IV es 10 mg/Kg cada 4 semanas.
22c) La dosis de certolizumab es 200 mg sc cada 2 semanas.
22d) En ocasiones se puede realizar una pauta de inducción con certolizumab con 400 mg la semana 0, 2 y 4.

23 CON RESPECTO AL BELIMUMAB ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

23a) Se utiliza por vía IV en una dosis 10 mg/Kg los días 0, 14, 28 y después cada 4 semanas.
23b) Se utiliza por vía IV en una dosis 5 mg/Kg los días 0, 14, 28 y después cada 4 semanas.
23c) Es un anticuerpo monoclonal humano Ig2.
23d) Se utiliza por vía IV en una dosis 20 mg/Kg cada 4 semanas.

24 ¿CUÁL ES LA DOSIS DEL ETIDRONATO PARA LA ENFERMEDAD DE PAGET?

24a) 400 mg/día durante 3 meses.
24b) 400 mg/día 15 días al trimestre.
24c) 400 mg/día durante 6 meses.
24d) 400 mg/día de forma continuada.

25 LOS BISFOSFONATOS PUEDEN SER AMINADOS (CON UN GRUPO AMINO AL FINAL DE LA CADENA) Y NO AMINADOS. EL ETIDRONATO TIENE UN ÍNDICE TERAPÉUTICO DE 1. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

25a) El tiludronato es un bisfosfonato aminado.
25b) El índice terapéutico del alendronato es 100.
25c) El etidronato es un bisfosfonato no aminado.
25d) El índice terapéutico del pamidronato es 100.

26 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA OXICODONA ES CIERTA?

26a) La vida media es de 2-3 horas.
26b) Se administra en dosis de 30 a 60 mg cada 6 horas.
26c) La vida media es de 6-8 horas.
26d) Se administra en dosis de 30 a 60 mg cada 8 horas.

27 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL TRAMADOL ES FALSA?

27a) En formas de liberación prolongada se puede administrar 100 mg v.o. 1 vez al dia
27b) 150-300 mg de tramadol v.o. equivalen a 5-10 mg de morfina v.o.
27c) El tramadol tiene un efecto mixto de agonista opiáceo muy débil e inhibidor de la recaptación de noradrenalina y serotonina
27d) 150-300 mg de tramadolv.o. equivalen a 30-60 mg de morfina v.o.

28 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA RADIOSINOVECTOMIA Y SOBRE LA INYECCION INTRAARTICULAR CON ÁCIDO HIALURONICO ES FALSA?

28a) El erbio 169 se utiliza para articulaciones MCFs e IPs
28b) El ácido hialuronico de bajo peso molecular tiene 0,5-1,2 millones de Dalton.
28c) El renio 186 es un beta emisor puro.
28d) El renio 186 se utiliza para las articulaciones del codo, tobillo y muñeca.

29 CON RESPECTO A MEDIOS FÍSICOS UTILIZADOS EN REHABILITACIÓN, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

29a) El TENS es una electroterapia.
29b) Las ondas de choque están constituidas por radiaciones electromagnéticas de alta frecuencia.
29c) El láser que se utiliza en aparato locomotor es de alta intensidad.
29d) La onda corta y las microondas son radiaciones electromagnéticas de baja frecuencia.

30 CON RESPECTO A LA CIRUGÍA DE LAS LESIONES CONDRALES, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

30a) El trasplante autólogo se realiza según la técnica de mosaicoplastia.
30b) Para el trasplante de lesiones muy extensas se utilizan los aloinjertos.
30c) Los trasplantes autólogos se realizan cuando la extensión no es superior a 2-3 cm2.
30d) El trasplante autólogo se realiza en lesiones no superiores a los 10 cm2.

31 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FÁRMACOS NO ES UN ANTI IL-1?

31a) Canakinumab.
31b) Clazakizumab.
31c) Anakinra.
31d) Rilonacept.

32 PARA CLASIFICAR A UN PACIENTE COMO ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN LOS CRITERIOS ACR/EULAR DE 2010, ADEMÁS DE SINOVITIS EN UNA ARTICULACIÓN NO EXPLICADA POR OTRA ENFERMEDAD, ES NECESARIO UNA PUNTUACIÓN IGUAL O SUPERIOR A 6. ¿CUÁL DE ESTAS PUNTUACIONES ES INCORECTA?

32a) ACPA y FR positivos a titulo alto: 2 puntos.
32b) PCR o VSG elevados: 1 punto.
32c) Duración de los síntomas igual o superior a 6 semanas: 1 punto.
32d) 2-10 articulaciones grandes: 1 punto.

33 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES MECANISMOS DE LOS SIGUIENTES FÁRMACOS NO ES CORRECTO?

33a) El tofacitinib es un antagonista de las tirosincinasas de la familia Jak/STAT.
33b) El denosumab es un antagonista del RANKL.
33c) El abatacept actúa interfiriendo la unión de los ligandos al receptor CD20.
33d) El tocilizumab se une de forma específica a los receptores de IL-6 tanto solubles como de membrana.

34 PARA CLASIFICAR A UN PACIENTE COMO ESPONDILOARTRITIS PERIFERICA SEGÚN LOS CRITERIOS ASAS ES NECESARIO QUE EL PACIENTE INICIE LOS SÍNTOMAS ANTES DE LOS 45 AÑOSY QUE TENGA ARTRITIS O ENTESITIS O DACTILITIS JUNTO CON AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS:

34a) Historia familiar de espondiloartritis.
34b) Elevación de PCR.
34c) Dolor lumbar inflamatorio.
34d) Uveítis.

35 EL MSASSS ES UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL DAÑO RADIOGRÁFICO EN LAS ESPONDILOARTRITIS QUE SE CARACTERIZA POR:

35a) Valorar la columna cervical desde la porción inferior de C2 hasta la parte superior de T1 y la columna lumbar desde la parte inferior de T12 al platillo superior de S1.
35b) Valora la columna cervical desde la porción inferior de C2 hasta la parte superior de C6 y la columna lumbar desde la parte inferior de T12 al platillo superior de L5.
35c) Se asigna una puntuación de acuerdo con la siguiente escala: 0 (normal), 1 (erosión, cuadratura, sindesmofito).
35d) Se asigna una puntuación de 0 a 10 según el grado de daño radiográfico.

36 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO ES FALSA?

36a) La valvulopatía cardiaca es muy frecuente y puede presentarse hasta en el 50% de los pacientes.
36b) La asociación de accidente cerebrovascular isquémico y livedo reticularis recibe el nombre síndrome de Sneddon.
36c) La manifestación cutánea más frecuente es el fenómeno de Raynaud.
36d) La localización de trombosis arterial más frecuente son las arterias intracraneales.

37 PARA CLASIFICAR A UN PACIENTE COMO SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO CATASTRÓFICO ES NECESARIO REUNIR 4 CRITERIOS. ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO ES UNO DE LOS 4 CRITERIOS?

37a) Evidencia clínica de afectación de 3 o más órganos, sistemas y/o tejidos.
37b) Desarrollo de trombosis venosa masiva.
37c) Desarrollo de manifestaciones de forma simultánea o en menos de 1 semana.
37d) Confirmación histopatológica de la oclusión de pequeño vaso en al menos 1 órgano o tejido.

38 EL SÍNDROME POR ACEITE TÓXICO (TOXIC OIL SYNDRME) ES UN SÍNDROME ESCLERODERMIFORME INDUCIDO. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

38a) Su característica fundamental fue un síndrome esclerodermiforme como forma de inicio de la enfermedad.
38b) El estudio histopatológico mostraba una infiltración eosinofílica en dermis y fascia así como inflamación perineural indistinguible del síndrome de mialgia-eosinofilia.
38c) Algunos pacientes desarrollaron una neumonitis atípica en los 6-12 meses después del inicio de la enfermedad.
38d) La enfermedad se presentó de forma simultánea en varios países y siempre relacionada con intoxicación por aceite adulterado con anilinas.

39 SE HAN DESCRITO SÍNDROMES ESCLERODERMIFORMES ASOCIADOS A DIFERENTES AGENTES, PERO NO A ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES?

39a) Claritromicina.
39b) Pentazocina.
39c) Tricloroetileno.
39d) Bleomicina.

40 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS NO ES SUGESTIVO DE LA MIOSITIS POR CUERPOS DE INCLUSIÓN?

40a) Debilidad muscular distal y proximal.
40b) Afectación de los flexores de los dedos, muñecas y cuádriceps.
40c) Presentación en adolescentes.
40d) Evolución lentamente progresiva.

41 CON RESPECTO A LA HISTOPATOLOGÍA DE LA POLIMIOSITIS Y DERMATOMIOSITIS, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

41a) El infiltrado inflamatorio en la polimiositis es de predominio perivascular.
41b) El infiltrado inflamatorio de la polimiositis está constituido predominantemente de linfocitos CD8.
41c) El infiltrado inflamatorio de la dermatomiositis está constituido predominantemente de linfocitos B.
41d) Los linfocitos CD4 se pueden encontrar tanto en la dermatomiositis como en la polimiositis.

42 CON RESPECTO A LAS MANIFESTACIONES EXTRAGLANDULARES DEL SÍNDROME DE SJOGREN (SS), ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

42a) La afectación renal más frecuente es la nefritis intersticial o la acidosis tubular.
42b) La vasculitis se presenta en torno al 10% de los casos y generalmente es una vasculitis leucocitoclástica.
42c) La afectación del sistema nervioso más frecuente es una neuropatía periférica.
42d) La afectación pulmonar más frecuente es la neumopatia intersticial linfocítica.

43 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA RESPECTO DE LOS SÍNDROMES DE SUPERPOSICIÓN DEL TEJIDO CONECTIVO?

43a) En el síndrome de Reynolds se detectan anticuerpos antimitocondriales y en la capilaroscopia alteraciones de esclerodermia.
43b) Un aspecto típico del síndrome antisintetasa en la presencia de esclerodermia.
43c) En el síndrome antisintetasa se puede apreciar miopatía inflamatoria y fibrosis pulmonar.
43d) Los anticuerpos anti Jo-1 se detectan en el síndrome antisintetasa.

44 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES MANIFESTACIONES NO ES SUGESTIVA DE LA ENFERMEDAD INDIFERENCIADA DEL TEJIDO CONECTIVO?

44a) Aftosis oral recurrente.
44b) Trombocitosis.
44c) Neuropatía periférica.
44d) Exantema malar.

45 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO ES UN CRITERIO PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD DE TAKAYASU (ACR 1990)?

45a) Inicio de la enfermedad después de los 40 años.
45b) Pulso braquial disminuido.
45c) Soplo audible en la auscultación de las arterias subclavias o de la aorta abdominal.
45d) Discrepancia de la presión arterial diastólica en ambos brazos superior a 10 mmHg.

46 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA HISTOPATOLOGÍA DE LA ARTERITIS DE LA TEMPORAL ES FALSA?

46a) Existe un infiltrado inflamatorio que ocupa la pared vascular.
46b) En el infiltrado inflamatorio se observan frecuentemente macrófagos y células multinucleadas.
46c) El infiltrado de células T está constituido fundamentalmente por CD8.
46d) Es característica la rotura de la lámina elástica interna de la pared vascular.

47 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES ASPECTOS DIFERENCIALES ENTRE LA POLIARTERITIS NODOSA Y LA POLIANGEITIS MICROSCÓPICA ES FALSO?

47a) La glomerulonefritis rápidamente progresiva se presenta solo en la poliangeítis microscópica.
47b) La hemorragia pulmonar se presenta fundamentalmente en la poliangeítis microscópica.
47c) La neuropatía periférica se presenta solo en la poliarteritis nodosa.
47d) La vasculitis renal se presenta solo en la poliarteritis nodosa.

48 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO ES UN CRITERIO PARA LA CLASIFICACIÓN DE UN PACIENTE COMO PÚRPURA DE HENOCH-SCHONLEIN?

48a) No haber recibido una medicación antes del comienzo de la enfermedad que pudiera ser un factor precipitante.
48b) Edad de comienzo inferior a los 50 años.
48c) Isquemia intestinal incluyendo diarrea con sangre.
48d) Hematuria.

49 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL SÍNDROME DE ACTIVIDAD MACROFÁGICA ES FALSA?

49a) Una característica típica es la poliartritis.
49b) Es característica la fiebre alta y continua, no controlable con antitérmicos.
49c) En la hematimetría se aprecia leucopenia y trombocitopenia.
49d) Los síntomas del sistema nervioso central (desorientación, convulsiones y coma) son muy típicos.

50 CON RESPECTO A LA UVEÍTIS CRÓNICA ASOCIADA A LAS FORMAS OLIGOARTICULARES CON ANA POSITIVO DE LA ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

50a) Afecta fundamentalmente a la cámara anterior del ojo (iris y cuerpo ciliar).
50b) Tiene un comienzo insidioso con pocos o ningún síntoma.
50c) Puede presentar complicaciones: calcificaciones corneales, cataratas, glaucoma y ceguera.
50d) Se presenta habitualmente en niños con más de 5 años de evolución.

51 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME ASOCIADO AL RECEPTOR DEL TNF ALFA (SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS) NO ES CIERTA?

51a) Se caracteriza por episodios recurrentes de fiebre y dolor abdominal que se pueden acompañar de mialgias, pleuritis o artritis.
51b) La amiloidosis es la complicación más importante de la enfermedad.
51c) La herencia autosómica recesiva.
51d) Las mialgias se corresponden con focos de fascitis monocítica identificable mediante resonancia magnética.

52 DENTRO DE LOS SÍNDROMES ASOCIADOS A LA CRIOPIRINA, ¿CUÁL ES LA CARACTERÍSTICA FUNDAMENTAL QUE DIFERENCIA EL SÍNDROME DE MUCKLE-WELLS DEL SÍNDROME AUTOINFLAMATORIO INDUCIDO POR EL FRIO?

52a) La uveítis es el aspecto más específico del síndrome autoinflamatorio inducido por el frio.
52b) La hipoacusia neurosensorial es el aspecto más específico del síndrome de Muckle-Wells.
52c) La meningitis crónica aséptica neutrofilica es el aspecto más específico del síndrome de Muckle-Wells.
52d) Entre 30-40% de los pacientes con síndrome autoinflamatorio inducido por el frio desarrolla deformidad articular.

53 ¿CUÁLES SON LAS CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DEL SÍNDROME DE BLAU?

53a) Trastorno autosómico dominante caracterizado por episodios recurrentes de artritis, lesiones cutáneas purulentas y acné quístico grave.
53b) Enfermedad autosómica recesiva caracterizada por dermatitis pustulosa, osteomielitis multifocal y periostitis.
53c) Enfermedad autosómica recesiva caracterizada por dermatosis neutrofílica, osteomielitis multifocal y anemia congénita.
53d) Trastorno autosómico dominante caracterizado por inflamación granulomatosa con artritis, uveítis y exantema.

54 DENTRO DE LA AFECTACIÓN OSTEOARTICULAR DE LA SÍFILIS ADQUIRIDA, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

54a) La periostitis es la lesión ósea más frecuente en la sífilis secundaria.
54b) La osteítis se observa solo en la sífilis terciaria.
54c) El goma se caracteriza con una lesión fundamentalmente esclerótica en la radiografía.
54d) Las lesiones tipo goma muy raramente afectan al macizo facial.

55 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA ESPOROTRICOSIS ES FALSA?

55a) En las formas diseminadas de esporotricosis puede haber en casos raros afectación articular y ósea.
55b) La biopsia sinovial muestra una sinovitis granulomatosa.
55c) La afectación de los huesos de manos y pies parece ser más frecuente en la esporotricosis que en otras micosis.
55d) Se puede apreciar lesiones líticas únicas o múltiples.

56 RESPECTO A LAS MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS DEL VIRUS DE LA RUBEOLA, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

56a) Tanto la infección adquirida como la vacuna pueden ocasionar manifestaciones reumatológicas.
56b) Los pacientes pueden presentar artralgias con intensa rigidez y artritis.
56c) Pude ocasionar osteítis con periostitis.
56d) En niños se ha descrito una radiculopatía braquial con intensas disestesias.

57 ALGUNOS VIRUS OCASIONAN MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

57a) El parvovirus es un togavirus RNA.
57b) Las infeccines por el virus de Ross River se han diagnosticado fundamentalmente en Australia y Nueva Zelanda.
57c) El viris Sindbis es un alfavirus.
57d) El virus Chinkungunya puede ocasionar una poliartris aguda.

58 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA ARTRITIS POSTESTREPTOCÓCICA NO ES CIERTA?

58a) Los pacientes con la artritis postestreptocócica presentan artritis después de una infección estreptocócica sin cumplir los criterios de Jones de la fiebre reumática.
58b) Se presenta como una mono u oligoartritis aguda asimétrica no migratoria.
58c) La artritis es autolimitada y remite sin tratamiento en 1-2 semanas.
58d) En ocasiones los pacientes presentan fiebre y un exantema evanescente.

59 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO ES UN CRITERIO CLÍNICO Y RADIOLÓGICO PARA LA CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LA ARTROSIS DE RODILLA (AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY)?

59a) Aumento de la temperatura cutánea en la palpación.
59b) Edad superior a los 50 años.
59c) Osteofitosis marginal en las radiografías.
59d) Crepitación en la movilidad activa.

60 CON RESPECTO A LAS CAUSAS DE HIPERURICEMIA PRIMARIA, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

60a) La hipoexcrección renal de ácido úrico, primaria o secundaria, supone hasta el 90% de la causa de hiperuricemia en pacientes con gota.
60b) Una causa de hiperproducción de ácido úrico es el déficit de fosfofructoaldolasa.
60c) Una causa de hipoexcrección de ácido úrico son los polimorfismos de los genes de los trasportadores tubulares (URAT1, Glut9).
60d) La hiperuricemia con hiperproducción de ácido úrico puede ser secundaria a polimorfismos del gen ABCG2.

61 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES NO ES UNA CAUSA DE HIPERURICEMIA SECUNDARIA?

61a) Tratamiento con ciclosporina.
61b) Tratamiento con D-penicilamina.
61c) Psoriasis extensa/grave.
61d) Hipotiroidismo.

62 EN EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS CON ZOLEDRONATO, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

62a) Se administra por vía IV una vez al año en una dosis de 5 mg con una perfusión de al menos 15 minutos y correcta hidratación.
62b) Se administra por vía IV una vez al año en una dosis de 20 mg con una perfusión de al menos 15 minutos y correcta hidratación
62c) Se administra por vía IV una vez al año en una dosis de 30 mg con una perfusión de al menos 15 minutos y correcta hidratación.
62d) Se administra por vía IV una vez al año en una dosis de 10 mg con una perfusión de al menos 15 minutos y correcta hidratacion.

63 SE HAN DESCRITO MUCHAS COMPLICACIONES DE LA ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE DICHAS COMPLICACIONES ES FALSA?

63a) No es raro el desarrollo de estenosis aortica por calcificación valvular.
63b) Una complicación muy rara es la hidrocefalia.
63c) Una complicación rara (inferior al 0,5%) es el desarrollo de un condrosarcoma.
63d) Raramente se puede producir compresión de pares craneales incluyendo neuralgia del trigémino.

64 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

64a) El tratamiento con antiepilépticos puede dar lugar a una osteomalacia hipofosfatémica.
64b) La fibrogénesis imperfecta se caracteriza por el desarrollo de múltiples fractura en pacientes adolescentes.
64c) La hipofosfatemia tumoral se caracteriza por hipofosfatemia, PTH normal y fosfaturia normal.
64d) La acidosis tubular proximal (tipo II) puede ocasionar una osteomalacia hipofosfatémica.

65 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA HIPOFOSFATASIA ES FALSA?

65a) Se caracteriza por niveles normales de 25-OH vit D, fosfaturia y calciuria.
65b) Puede manifestarse en el adulto solo como una condrocalcinosis articular o episodios de tendinitis cálcica.
65c) Se caracteriza por niveles bajos de 25-OH vit D, baja fosfaturia y baja calciuria.
65d) Puede cursar con graves alteraciones esqueléticas y dentarias en la infancia.

66 LA ENFERMEDAD DE KIENBOCK ES UNA OSTEONECROSIS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS ES CIERTA?

66a) Afecta al hueso semilunar y al escafoides.
66b) Se presenta de forma predominante en niños y adolescentes.
66c) Se suele presentar entre los 20 y 40 años.
66d) Existe siempre antecedente de traumatismo.

67 LA ENFERMEDAD DE THIEMANN ES UNA OSTEONECROSIS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS ES CIERTA?

67a) Afecta al hueso navicular del tarso en niños.
67b) Afecta fundamentalmente a las interfalangicas proximales en la segunda década de la vida.
67c) Afecta de forma típica a la cabeza de los metatarsianos entre la 4ª y 5ª década de la vida.
67d) Se ha llamado también enfermedad de Blount.

68 LA ENFERMEDAD DE PANNER ES UNA OSTEONECROSIS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS ES CIERTA?

68a) Afecta a la epífisis proximal de la tibia, generalmente en adolescentes.
68b) Afecta a la epífisis proximal del humero, generalmente en niños.
68c) Afecta al cóndilo lateral de la epífisis proximal del humero.
68d) Afecta fundamentalmente a mujeres en la 2ª década de la vida.

69 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL SÍNDROME DE MAFFUCCI (ENCONDROMATOSIS MÚLTIPLE) ES FALSA?

69a) Se presenta habitualmente en mujeres en la 2ª década de la vida.
69b) Además de encondromas se pueden desarrollar hemangiomas y linfangiomas.
69c) En torno al 20% de los encondromas pueden hacerse malignos.
69d) Hasta el 50% de los casos las lesiones pueden ser unilaterales.

70 EL SÍNDROME DE EXOSTOSIS MÚLTIPLE HEREDITARIO SE CARACTERIZA POR LA PRESENCIA DE MÚLTIPLES OSTEOCONDROMAS. ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

70a) Es un proceso autosómico dominante.
70b) La localización es típicamente en manos y pies.
70c) Un porcentaje variable (1-27%) de los casos experimenta una transformación maligna.
70d) Se presenta en la 1ª o 2ª década de la vida.

71 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL TUMOR GLOMUS ES FALSA?

71a) Tiene una localización típicamente subungueal, aunque también puede localizarse en palmas, muñecas, antebrazos o pies.
71b) Usualmente es detectado en adultos.
71c) Pude producir una lesión quística en el hueso.
71d) La transformación en un proceso maligno es frecuente.

72 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA RESPECTO A LA SARCOIDOSIS EXTRAPULMONAR?

72a) La manifestación neurológica más frecuente es la meningitis aséptica.
72b) La hepatoesplenomegalia se presenta en la mayor parte de los pacientes.
72c) Un tipo de afectación cutánea es el lupus pernio (placa de induración crónica en el rostro que puede erosionar el cartílago o el hueso causando deformidad permanente).
72d) La afectación cardiaca es muy frecuente, más del 30% de los casos y su manifestación fundamental es la pericarditis.

73 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES RESPECTO A LA SARCOIDOSIS NO ES CIERTA?

73a) De los 3 tipos de afectación muscular en la sarcoidosis, la forma más frecuente es la miopatía crónica, de comienzo gradual, con pérdida de fuerza de predominio proximal, que puede ser muy similar a la miopatía esteroidea.
73b) Algunos pacientes con sarcoidosis pueden desarrollar una vasculitis con afectación tanto de pequeños como de grandes vasos.
73c) La afectación ósea más frecuente son múltiples lesiones líticas en los pequeños huesos de manos y pies.
73d) La forma más frecuente de afectación muscular de la sarcoidosis es la miositis granulomatosa, que tiene un desarrollo indolente, con escasas manifestaciones clínicas.

74 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS DE LA AMILOIDOSIS ASOCIADA A DIÁLISIS NO ES CIERTA?

74a) Es frecuente la afectación cardiaca y hepática con grave sintomatología.
74b) Se produce por un depósito tisular de beta 2 microglobulina.
74c) Las manifestaciones clínicas más frecuentes son: el síndrome del túnel carpiano y el hombro doloroso.
74d) Las articulaciones se afectan de forma simétrica y se pueden producir derrames persistentes con líquido sinovial no inflamatorio.

75 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES TIPOS DE AMILOIDOSIS ES UNA AMILOIDOSIS SISTÉMICA?

75a) Amiloidosis asociada a encefalopatías espongiformes hereditarias y esporádicas.
75b) Amiloidosis asocida a carcinoma medular de tiroides.
75c) Amiloidosis asocida a neuropatía hereditaria con distrofia corneal y cutis laxa.
75d) Amiloidosis cutánea.

76 PARA DIAGNOSTICAR A UN PACIENTE DE LA ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO SON NECESARIOS 5 CRITERIOS Y AL MENOS 2 DEBEN SER CRITERIOS MAYORES. HAY CUATRO CRITERIOS MAYORES Y CUATRO MENORES (YAMAGUCHI). ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO ES UN CRITERIO MENOR?

76a) Leucocitosis con 80% de neutrófilos.
76b) Ausencia de factor reumatoide y de anticuerpos antinucleares.
76c) Adenopatías y/o esplenomegalia.
76d) Odinofagia.

77 LA POLICONDRITIS RECIDIVANTE SE CRACTERIZA POR INFLAMACIÓN DE ESTRUCTURAS CARTILAGINOSAS JUNTO CON OTRAS MANIFESTACIONES SISTÉMICAS. ¿CUÁL DE LA SIGUIENTES AFIRMACIONES NO ES CIERTA?

77a) La biopsia del cartílago auricular se caracteriza por un infiltrado inflamatorio pleomórfico. Los linfocitos predominantes son CD4.
77b) Uno de los criterios diagnósticos menores (McAdams) es la hipoacusia.
77c) Si se detecta hematuria y/o proteinuria puede estar en relación con una glomerulonefritis o una nefropatía Ig A.
77d) La policondritis recidivante se asocia a muchas enfermedades de mecanismo inmunológico. La asociación más frecuente es a la enfermedad inflamatoria intestinal.

78 RESPECTO A LAS MUCOPOLISACARIDOSIS ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES FALSA?

78a) La mucopolisacaridosis tipo II (enfermedad de Morquio) se caracteriza por disostosis múltiple y por un retraso mental de comienzo precoz.
78b) La enfermedad de Scheie (Micopolisacaridosis tipi I S) es autosómica recesiva, se suele detectar en niños mayores, tiene un curso lento y menos grave que otras mucopolisacaridosis.
78c) La manifestación ósea más frecuente y típica de la mucopolisacaridosis es la disostosis múltiple.
78d) Las formas más frecuentes de mucopolisacaridosis son la enfermedad de Hurler y la enfermedad de Morquio.

79 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA ENFERMEDAD DE GAUCHER ES FALSA?

79a) La enfermedad de Gaucher tipo II se caracteriza por afectación visceral, ósea y del sistema nervioso central, si bien la afectación neurológica aparece de forma tardía en la vida y no es grave.
79b) La enfermedad de Gaucher tipo I es la forma más frecuente y su prevalencia está incrementada en judíos Askenazi.
79c) La afectación ósea se presenta en el 50-75% de los pacientes con enfermedad e Gaucher tipo I.
79d) Los pacientes con enfermedad de Gaucher presentan hepatoesplenomegalia, si bien la manifestación inicial es la esplenomegalia con trombocitopenia, anemia y leucopenia. La hepatomegalia se presenta de forma más tardía.

80 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL SÍNDROME DE ACROPAQUIA TIROIDEA ES FALSA?

80a) Una manifestación típica es el mixedema pretibial.
80b) La acropaquia tiroidea es un síndrome raro, que se presenta en el 0,5-1% de los pacientes con hipertiroidismo.
80c) Se detectan múltiples pequeñas lesiones líticas en pequeños huesos de manos y de pies.
80d) Se caracteriza por periostitis asimétrica con afectación predominantemente diafisaria.

81 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA TALASEMIA ES FALSA?

81a) En la talasemia major es típica la hiperplasia medular.
81b) En la talasemia minor los pacientes pueden presentar una poliartritis no erosiva.
81c) El desarrollo de fracturas espontáneas y osteonecrosis es frecuente en la talasemia.
81d) La talasemia minor es conocida como anemia de Cooly.

82 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LAS MANIFESTACIONES MUSCULOESQUELÉTICAS DE LA ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMAS ES FALSA?

82a) Algunos pacientes con anemia de células falciformes pueden presentar artritis crónica con una rápida condrolisis de la cadera.
82b) La manifestación más frecuente musculoesquelética son las crisis de dolor en relación con isquemia y oclusión de vasos de la medula ósea.
82c) La dactilitis afecta habitualmente a manos y pies y se diagnostica en pacientes adultos con anemia de células falciformes con manifestaciones clínicas de larga evolución.
82d) La osteomielitis puede afectar a múltiples localizaciones y el organismo que lo causa con más frecuencia es la Salmonella.

83 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SIGNOS, SÍNTOMAS O DATOS ANATÓMICOS NO CORRESPONDE A UNA RADICULOPATÍA CERVICAL C8?

83a) Dolor en la zona cubital del antebrazo, 4º y 5º dedo.
83b) La raíz C8 emerge entre la séptima vértebra cervical y la primera torácica.
83c) Hiporreflexia o arreflexia tricipital.
83d) Se puede alterar la abducción/aducción de los dedos por afectación de los músculos interóseos.

84 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SIGNOS, SÍNTOMAS O DATOS ANATÓMICOS NO CORRESPONDE A UNA RADICULOPATÍA CERVICAL C5?

84a) En la exploración se puede apreciar debilidad de los extensores radiales del carpo.
84b) El dolor se puede sentir en la zona lateral del brazo y antebrazo.
84c) En la exploración se puede apreciar debilidad del musculo deltoides.
84d) Puede haber hiporreflexia bicipital.

85 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SIGNOS, SÍNTOMAS O DATOS ANATÓMICOS NO CORRESPONDE A UNA RADICULOPATÍA LUMBAR L5?

85a) Pérdida de fuerza del psoas.
85b) Hipoestesia cara anterior del muslo.
85c) Hiporreflexia o arreflexia rotuliana.
85d) Dolor cara anterior del muslo.

86 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SIGNOS, SÍNTOMAS O DATOS ANATÓMICOS NO CORRESPONDE A UNA RADICULOPATIA LUMBAR S1?

86a) Pérdida de fuerza de los músculos peroneos.
86b) Hiporreflexia o arreflexia aquilea.
86c) Pérdida de fuerza del tríceps sural.
86d) Alteración sensitiva de la zona medial de la pierna.

87 EN UN PACIENTE CON DOLOR EN LA ROTACIÓN LATERAL CONTRA RESISTENCIA DEL HOMBRO, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CORRECTA?

87a) La lesión más probable estará en el tendón del infraespinoso en su inserción en el troquiter del humero, si bien la rotación lateral contra resistencia también depende del redondo mayor.
87b) La lesión más probable estará en el tendón del infraespinoso en su inserción en el troquiter del humero, si bien la rotación lateral contra resistencia también depende el redondo menor.
87c) La lesión más probable estará en el tendón del infraespinoso en su inserción en el troquiter del humero, si bien la rotación lateral contra resistencia también depende del subescapular.
87d) La lesión puede estar en el tendón del infraespinoso o en el tendón del supraespinoso.

88 EN UN PACIENTE CON DOLOR Y/O LIMITACIÓN DE LA ROTACIÓN INTERNA DEL HOMBRO, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES MANIFESTACIONES ES FALSA?

88a) La causa más frecuente de dolor en la rotación interna contraresistencia es una lesión de la inserción del subescapular en el troquiter del humero.
88b) Las raíces cervicales que inervan subescapular y redondo mayor son C4 y C5.
88c) La rotación interna esta mediada por el subescapular, redondo mayor y peptoral mayor.
88d) Las raíces cervicales que inervan subescapular y peptoral mayor son C5, C6, C7 y C8.

89 EN UN PACIENTE CON DOLOR EN CARA INTERNA DEL CODO QUE EMPEORA CON LA FLEXIÓN RESISTIDA DE LA MUÑECA CON EL CODO EN EXTENSIÓN, ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

89a) La lesión más probable está en una estructura tendinosa que engloba los flexores de la muñeca y se inserta en la epitróclea.
89b) Muy probablemente es una lesión específica del flexor cubital de la muñeca.
89c) Hay que valorar una lesión de la raíz C5 que inerva los flexores de la muñeca.
89d) El pronador redondo se inserta en la epitróclea y es muy probable que sea el origen del dolor.

90 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL SÍNDROME DEL INTERÓSEO ANTERIOR NO ES CIERTA?

90a) El síndrome del interóseo anterior se produce por atrapamiento de la rama interósea anterior del nervio mediano a su paso entre las 2 cabezas del pronador redondo.
90b) Los pacientes refieren disestesias en primero, segundo y tercer dedo, junto con pérdida de fuerza para hacer el puño.
90c) El estudio electrofisiológico puede mostrar denervación de los músculos flexores largos de los dedos.
90d) Es típico la incapacidad del paciente para formar una “o” con el dedo pulgar y el índice

91 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL SÍNDROME DEL INTERÓSEO POSTERIOR ES CIERTA?

91a) Es una neuropatía por atrapamiento de una rama del nervio cubital.
91b) El paciente suele presentar disestesias en tercero y cuarto dedo de la mano.
91c) El paciente presenta limitación para la flexión de los dedos y hacer el puño.
91d) Es una neuropatía por atrapamiento de una rama del nervio radial.

92 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

92a) La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención sanitaria.
92b) La atención primaria comprende la atención paliativa a enfermos terminales.
92c) La atención primaria comprende la asistencia especializada en consultas.
92d) La atención primaria comprende la atención a la salud bucodental.

93 EN RELACIÓN CON EL PLAN DE SALUD DE EUSKADI, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

93a) Su aprobación corresponde al Gobierno Vasco.
93b) Su contenido incluirá, entre otros determinantes, los indicadores de evaluación de los objetivos de salud, gestión y de calidad del sistema.
93c) Su evaluación anual corresponde al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
93d) En él se definen las prioridades que durante el tiempo de su vigencia han de ser atendidas con los recursos disponibles.

94 LA COMPETENCIA PARA LA REORGANIZACIÓN DE LOS RECURSOS ADSCRITOS A OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD MEDIANTE LA MODIFICACIÓN, FUSIÓN O SEGREGACIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE SERVICIOS EXISTENTES Y QUE NO DISPONGAN DE PERSONALIDAD JURÍDICA PROPIA, CORRESPONDE:

94a) Al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94b) Al Consejo de Gobierno.
94c) A la persona titular del departamento al que esté adscrito Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94d) A la Dirección General de Osakidetza-Servicio vasco de salud.

95 CONFORME A LA LEY 41/2002, DE 14 DE NOVIEMBRE, BÁSICA REGULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE, EL CONSENTIMIENTO INFORMADO SE OTORGARÁ POR ESCRITO:

95a) Cuando se otorgue por representación.
95b) Siempre.
95c) Cuando se trate de la aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
95d) Las 3 afirmaciones anteriores son falsas.

96 A LOS EFECTOS DE LA LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, TIENE LA CONSIDERACIÓN DE DATO DE CARÁCTER PERSONAL:

96a) Cualquier información concerniente a personas físicas identificadas.
96b) Cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.
96c) Cualquier información concerniente a personas físicas o jurídicas identificadas o identificables.
96d) Cualquier información concerniente a personas físicas o jurídicas identificadas.

97 CONFORME A LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, LA DEFENSA DEL PRINCIPIO DE IGUALDAD Y NO DISCRIMINACIÓN POR RAZÓN DE SEXO EN EL SECTOR PRIVADO CORRESPONDE:

97a) Al Departamento del Gobierno Vasco competente en materia de Igualdad.
97b) Al Gobierno Vasco, a las Diputaciones Forales y a los Ayuntamientos.
97c) A Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer.
97d) A Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y al Gobierno Vasco.

98 LOS PRINCIPIOS QUE INSPIRAN EL PLAN DE SALUD SON:

98a) La universalidad, la calidad de los servicios, la sostenibilidad, la responsabilidad de las personas, la humanización de la atención y la coordinación sociosanitaria.
98b) La universalidad, la suficiencia financiera, la participación de los profesionales, la sostenibilidad y la mejora de la esperanza de vida.
98c) La universalidad, la solidaridad, la equidad, la calidad de los servicios de salud, la participación ciudadana y la sostenibilidad.
98d) La universalidad, la equidad, la responsabilidad de las personas, la profesionalidad, la sostenibilidad, la suficiencia financiera y la mejora de la esperanza de vida.

99 SOBRE EL RETO Y PROYECTO DE MEJORAR LA ACCESIBILIDAD ASISTENCIAL, EN RELACIÓN CON EL OBJETIVO PERSEGUIDO POR OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

99a) El objetivo es mejorar los sistemas de gestión, planificación, producción y control de las listas de espera.
99b) El objetivo es mejorar la organización y calidad de los servicios sanitarios para agilizar los plazos de atención.
99c) Mejorar y estabilizar el número de pacientes y su demora en las listas de espera de consultas, pruebas diagnósticas y especialmente la demora quirúrgica, introduciendo criterios de calidad en su gestión.
99d) Las tres afirmaciones anteriores son ciertas.

100 EN RELACIÓN CON LA ROTULACIÓN DE LAS DEPENDENCIAS DE OSAKIDETZA, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

100a) A partir del primer año desde la aprobación del II Plan de Euskera, la rotulación de las dependencias de Osakidetza-Servicio vasco de salud deberá estar redactada en las dos lenguas oficiales.
100b) Cuando las palabras que han de aparecer yuxtapuestas en el rótulo tengan una grafía muy similar y la utilización del euskera no impida la comprensión por parte de las personas que no sean vascoparlantes, se rotulará solamente en euskera.
100c) Cuando el mensaje del rótulo vaya expresado mediante imágenes que garanticen su comprensión, el texto que lo acompañe podrá ir indistintamente en cualquiera de los dos idiomas.
100d) Las tres respuestas anteriores son falsas.

PREGUNTAS RESERVA

101 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA SOBRE LA TENOSINOVITIS DE QUERVAIN?

101a) Se produce por compresión de los tendones abductor corto y extensor largo del primer dedo a su paso por un canal osteofibroso a nivel de la apófisis estiloides radial.
101b) Se produce por compresión del tendón abductor corto del primer dedo a su paso por un canal osteofibroso a nivel de la apófisis estiloides radial.
101c) Se produce por compresión de los tendones abductor largo y extensor corto del primer dedo a su paso por un canal osteofibroso a nivel de la apófisis estiloides radial.
101d) Se produce por compresión del tendón del extensor largo del primer dedo a su paso por un canal osteofibroso a nivel de la apófisis estiloides radial.

102 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES QUE CURSAN CON OSTEÓLISIS PUEDE SIMULAR UNA ARTROPATÍA DE CADERA RÁPIDAMENTE DESTRUCTIVA?

102a) La osteólisis hereditaria multicentrica.
102b) La osteólisis de Hajdu-Cheney.
102c) La acro-osteólisisneurogenica.
102d) La osteólisis de Gorham.

103 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS DE LA MERALGIA PARESTÉSICA ES CIERTA?

103a) Se debe a la compresión del nervio femorocutáneo que se origina del plexo lumbar y corresponde a la metámera L1.
103b) Se debe a la compresión del nervio femorocutáneo que es una rama del nervio crural.
103c) Se debe a la compresión del nervio femorocutáneo que se origina del plexo lumbar de la combinación de las raíces L2 L3.
103d) Se debe a la compresión del nervio femorocutáneo que es una rama del nervio crural que se origina de las raíces L2 L3 L4.

104 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA BURSITIS DEL PSOAS-ILÍACO ES FALSA?

104a) El dolor empeora con la extensión de la cadera.
104b) La bursa del psoas-ilíaco se comunica con la articulación de la cadera en un 15% de los pacientes.
104c) Puede provocar tumoración inguinal y problemas compresivos vasculares.
104d) El dolor empeora con la flexión de la cadera.

105 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA ENFERMEDAD DE SINDING-LARSEN-JOHANSSON (GRUPO DE LAS OSTEOCONDROSIS DE LA RODILLA) ES CIERTA?

105a) La histología muestra una osteonecrosis.
105b) Afecta al polo inferior de la rótula.
105c) Afecta a la epífisis distal femoral.
105d) Se diagnostica en niños de 3 a 6 años.

106 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA ENFERMEDAD DE BLOUNT (GRUPO DE LAS OSTEOCONDROSIS DE LA RODILLA) ES FALSA?

106a) Afecta a la epífisis proximal de la tibia.
106b) Existen 2 formas: la infantil y la del adolescente, con características diferenciales.
106c) La forma de los adolescentes se caracteriza por ser bilateral.
106d) La forma infantil se denomina también tibia vara infantil.

107 EL SÍNDROME DEL TÚNEL TARSIANO ANTERIOR ES UNA NEUROPATÍA POR ATRAPAMIENTO QUE TIENE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS EXCEPTO UNA. ¿CUÁL ES?

107a) Se debe a un atrapamiento del nervio tibial anterior.
107b) El nervio tibial anterior es una rama del nervio ciático poplíteo externo.
107c) Se caracteriza por parestesias en 4º y 5º dedo.
107d) El atrapamiento se produce por atrapamiento en el túnel tarsiano anterior junto con el tendón del musculo extensor del primer dedo y el extensor común.

108 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE LA ENFERMEDAD DE SEVER (OSTEOCONDROSIS DEL PIE) ES FALSA?

108a) Es una alteración del centro de osificación del calcáneo.
108b) Se suele diagnosticar entre los 9-11 años de edad.
108c) Algunos pacientes que presentan fragmentación de la apófisis del calcáneo pueden ser sintomáticos.
108d) Se caracteriza por una osteonecrosis del calcáneo.

109 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE EL SÍNDROME DE FIBROMIALGIA ES FALSA?

109a) Uno de los criterios mayores de diagnóstico (Criterios de Wolfe de 2010) es la presencia de más de 12 puntos miofasciales.
109b) El síndrome de sensibilidad química múltiple puede solaparse con el síndrome de fibromialgia.
109c) El síndrome de piernas inquietas puede solaparse con el síndrome de fibromialgia.
109d) La terapia cognitivo-conductal es uno de los pocos tratamientos que ha mostrado alguna eficacia en el tratamiento del síndrome de fibromialgia.

110 EN RELACIÓN CON LA ESTRATEGIA REFERIDA A LAS BUENAS PRÁCTICAS ASOCIADAS A LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES FALSA:

110a) Las úlceras por presión constituyen la complicación más prevenible y tratable en las personas con problemas de circulación sanguínea.
110b) Las úlceras por presión constituyen la complicación más prevenible y tratable de los pacientes encamados.
110c) El riesgo de sufrir una caída aumenta considerablemente durante el ingreso hospitalario.
110d) Se estima que casi 1/3 de las caídas durante el ingreso hospitalario se pueden prevenir.

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

2016 OPE 2017

FAK. ESP. ERREUMATOLOGIAKO MEDIKUA
FAC. ESP. MEDICO REUMATOLOGIA

ARIKETA / EJERCICIO: 01 EREDUA / MODELO: A

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 B	031 B	061 B	091 D
002 A	032 A	062 A	092 C
003 B	033 C	063 C	093 C
004 A	034 D	064 D	094 A
005 C	035 A	065 C	095 C
006 A	036 C	066 C	096 B
007 D	037 B	067 B	097 C
008 B	038 B	068 C	098 C
009 A	039 A	069 A	099 D
010 C	040 C	070 B	100 C
011 A	041 A	071 D	Erreserbak / Reservas
012 A	042 D	072 C	101 C
013 A	043 B	073 D	102 D
014 A	044 B	074 A	103 C
015 C	045 A	075 C	104 D
016 A	046 C	076 A	105 B
017 B	047 C	077 D	106 C
018 B	048 B	078 A	107 C
019 C	049 A	079 A	108 D
020 B	050 D	080 C	109 A
021 D	051 C	081 D	110 A
022 A	052 B	082 C	
023 A	053 D	083 C	
024 C	054 A	084 A	
025 A	055 A	085 C	
026 A	056 C	086 D	
027 B	057 A	087 B	
028 C	058 C	088 B	
029 A	059 A	089 A	
030 D	060 D	090 B	

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.

(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak

(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales

Osakidetza

2016 OPE 2017

OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 7ko 111/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 35 Zkia. 2018ko otsailaren 19koa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 111/2018 de 7 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 35 de 19 de febrero de 2018)

***KATEGORIA*:**

FAK. ESP. ERREUMATOLOGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA:

FAC. ESP. MÉDICO REUMATOLOGÍA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 27a**
Fecha prueba: **27 de mayo de 2018**

2 ariketa */ 2 ejercicio*

CASO 1

Mujer de 50 años remitida a Reumatología por tumefacción en rodillas y tobillos, afectación del estado general, pérdida de peso, cefalea intensa y dolor abdominal. No refería xerostomía ni xeroftalmia. En la exploración física destacaba una TA 170/96, 114 pulsaciones/minuto, las glándulas lacrimales estaban tumefactas y las arterias temporales se apreciaban induradas Y engrosadas pero con buen pulso y no dolorosas. Se observó lesiones purpúricas en piernas. La rodilla derecha y el tobillo izquierdo estaban tumefactos, dolorosos y con derrame.

La paciente refería haber comenzado 24 meses antes con tos no productiva, anorexia, dolor abdominal y lesiones cutáneas en piernas. Durante estos 2 años ha continuado con tos persistente, mal estado general, artromialgias y pérdida de peso. Valorada en Dermatología, Alergia, Gastroenterología, Neumología y Hematología. Un TAC torácico realizado 12 meses antes de acudir a Reumatología mostró engrosamiento moderado y difuso de la pared bronquial sugestivo de inflamación crónica. Las pruebas de laboratorio mostraron: Hb 10 g/dl, 4.410 leucocitos/mm3 con 25% de eosinofilos, 199.000 plaquetas/mm3, VSG 131, PCR 7,9 mg/litro (normal <8), perfil bioquímico con ASAT, ALAT, fosfatasa alcalina y creatinina con valores normales, ácido úrico 9,1 mg/dl (2,3-6,6), proteínas 13,6 g/dl (6-8,3), albumina 2,5 g/dl (3,3-5), globulinas 11,1 g/dl (1,9-4,1), inmunoelectroforesis de proteínas con hipergammaglobulinemia policlonal, ANA, ENA, DNA, ANCA, FR, serología hepatitis B y C negativos. C3 70 mg/dl (81-157), C4 6 (12-39), Ig E 301 (normal 0-100), viscosidad 3,6 centipoises (1,4-1,8).

TAC, Resonancia y PET mostraron adenopatías generalizadas y hepatoesplenomegalia. Una biopsia de un ganglio axilar mostro hiperplasia folicular y paracortical con infiltrado de linfocitos y plasmocitos con fibrosis estoriforme compatible con adenopatía reactiva, descartándose un proceso neoplásico. La biopsia de medula ósea fue también compatible con un proceso reactivo. La biopsia hepática mostro un síndrome de entrecruzamiento entre hepatitis autoinmune y colangitis esclerosante focal.

PREGUNTAS

1. **Los hallazgos de la biopsia ganglio linfático sugieren una enfermedad multicentrica de Castleman. Cuál de los siguientes aspectos hacen improbable este diagnóstico.**

a) La presencia de hipergammaglobulinemia policlonal.

b) Los niveles normales de PCR.

c) La afectación multisistémica extraganglionar.

d) Las respuestas b y c son ciertas.

2. **En unos análisis realizados en la consulta de Reumatología, un estudio de proteínas mostro una Ig E 301 (normal 0-100), IgA 84 (69-309), Ig M 33 (53-334), Ig G 7961 (614-1295) con Ig G1 4560 (382-928), Ig G2 2053 (241-700), IG G3 185 (21-176), Ig G4 32 (4-86). Después de una dilución 1/8000 de la muestra el nivel de Ig G4 era de 2075 mg/dl. ¿Tiene algún significado este dato?**

a) Ninguno. Es habitual.

b) Es sugestivo de un mieloma

c) Refleja unos niveles falsamente bajos de Ig G4, denominado efecto prozona

d) Las respuesta b y c son ciertas.

3. **Se realizó una biopsia de las lesiones cutáneas de la región pretibial, sin evidencia de vasculitis de los capilares, pero mostrando una arteriola de medio tamaño en la dermis profunda con infiltrado intenso linfoplasmocitário y eosinofílico, sin ningún otro hallazgo histológico relevante, si bien quedo pendiente de un estudio inmunohistoquímico. Junto con el resto de los datos del paciente, ¿Qué significado tiene los datos de la biopsia cutánea?**

a) Que el paciente tiene probablemente una poliangeítis granulomatosa con eosinofília.

b) Es urgente realizar una biopsia pulmonar trasbronquial para buscar inflamación granulomatosa.

c) El paciente tiene una vasculitis leucocitoclástica asociada a hepatitis autoinmune.

d) Este dato histológico no permite diagnosticar el tipo de vasculitis que presenta la paciente

4. **Se realizó una biopsia de arteria temporal que mostró un intenso infiltrado inflamatorio compuesto de linfocitos, células plasmáticas y eosinófilos, afectando a la adventicia y la media. ¿Cuál de los siguientes hallazgos histológicos fue fundamental para el diagnóstico?**

a) Una tinción para CD68 no mostro infiltración granulomatosa.

b) La tinción para CD138 mostro una población predominante de células plasmáticas con inmunoreactividad para Ig G.

c) En el estudio inmunohistoquimico la relación de las células plasmáticas que expresaban Ig G4 con respecto a Ig G era 0,6.

d) Ninguno de estos datos fue fundamental para el diagnóstico.

5. Cuál sería el tratamiento adecuado en este paciente

a) Prednisona 1mg/Kg al día de forma continuada.

b) Azatioprina 2 mg/Kg al día y prednisona.

c) Rituximab y prednisona.

d) Metotrexato 50 mg/semana y prednisona.

CASO 2

Paciente varón de 64 años

Antecedentes:

- Diagnosticado de fibromialgia hace seis años
- Radiculopatía L5 por estenosis foraminal hace dos años
- Hace unos seis meses visto en Reumatología y se reporta que presenta pie caído derecho (se relaciona con el antecedente previo) y parestesias en manos (lo relaciona con un posible STC)
- Hace unos 5 meses el paciente fue visto en Alergología por presentar cuadros de disnea con tos seca y sibilancias objetivándose datos de hiper-reactividad bronquial en las PFR. Las pruebas epicutáneas fueron negativas. Algunas pruebas de imagen revelaron datos de sinusitis crónica y el paciente mejoró con broncodilatadores

Enfermedad actual:

El paciente ingresa desde urgencias por disnea, sibilancias, tos no productiva, cefalea, y sudoraciones nocturnas.

Desde hacía dos semanas el paciente refería artralgias y mialgias, astenia marcada, hiporexia, cefalea bi-temporal en banda así como dolor mandibular, tos seca y sudoraciones nocturnas

A la exploración presentaba como hallazgos positivos:

- Fiebre de 38.7
- Auscultación pulmonar con algunos sibilantes
- Se observaba una moderada proptosis ocular izda
- Sinovitis en muñecas y en alguna MCF
- A nivel neurológico mantenía una disminución de la dorsiflexión del pie derecho siendo el resto normal
- Resto normal

Resultados de pruebas complementarias realizadas en el servicio de urgencias:

ANALITICA:

- Hemograma: Hb 14.7, Htco 44.5; Lec 21.130 (N: 80.2%; L: 7.4%; M: 7.0%; E: 4.6%; B: 0.4%); Plq 368000
- Perfil BQ: Normal
- VSG: 98; PCR: 76
- Orina: Normal

IMAGEN

- Rx Tórax: Infiltrados bilaterales (uno en LSD, uno en LID y uno en LII)
- TAC craneal: sinusitis crónica con opacificación del seno frontal y etmoidal

PREGUNTAS

6. **Que prueba inmunológica le parece la más adecuada e informativa en este caso:**

a) ANA

b) ANCA

c) Factor reumatoide

d) ACPA

7. **Que prueba de imagen solicitaría en primer lugar:**

a) Ecografía de arterias temporales

b) Ecografía abdominal

c) PET

d) TAC torácico

8. **Que dato analítico de los que presenta el paciente te parece el más llamativo para conducir el diagnóstico diferencial**

a) Leucocitosis

b) Aumento de los reactantes de fase aguda

c) Eosinofilia

d) Linfopenia

9. **Si valorara la realización de una biopsia en este caso haría como primera opción:**

a) Biopsia de arteria temporal

b) Biopsia pulmonar abierta

c) Biopsia muscular

d) Biopsia de nervio y músculo

10. Descartada patología infecciosa cual sería tu opción diagnóstica y terapéutica de entrada

a) Arteritis de células gigantes y corticoides

b) Enfermedad relacionada con IgG4 y Rituximab

c) Granulomatosis con poliangeitis eosinofílica y corticoides

d) Artritis reumatoide y metotrexato

CASO 3

Varón de 66 años, metalúrgico jubilado. Ex bebedor y ex fumador. Alérgico a penicilina y tetraciclinas. Ingresos previos: hace 6 años por síndrome febril intermitente prolongado (12 meses), sin diagnóstico etiológico. Hace 2 años ingresa por hemoptisis y fiebre, con condensación en LSD.

Acude por fiebre vespertina intermitente (38-39º) de un mes de evolución, con artralgias en codos, hombros, en extremidades inferiores (refiere hinchazón en tobillo izquierdo y rodilla derecha). Pérdida de 5 kgs, con astenia y anorexia, sin otra sintomatología.

Exploración física normal salvo: adenopatía supraclavicular izda de 1,5 cm no adherida e indolora. Dolor a la exploración de tobillo izquierdo y rodilla derecha sin derrame articular.

Analítica: HRF 19900 leucocitos (85%PMN), Hb 10 grs/dl, VCM 71fl, plaquetas 528000, VSG 56 mm 1º hora. BIOQ UGI, CPK, LDH, bilirrubina normal, GOT 47 U/L, GPT 85 U /L, GGT 105 U/l, F alcalina 655 U/l. Ferritina 1242 ng/ml, transferrina 200 mgs/dl, fe 10 microgrs/dl, I sat Fe 3,9%. Proteinograma descenso de albúmina (2,59 grs/dl), y elevación de alfa globulinas. FR, PCC, C3 y C4, ANAs, ANCAs, ECA normales o negativos. Vit D: 25 OH 6 ngs/ml (12-96), 1,25 di OH vit D 8 picogrs/ml (18-78). PPD y Quantiferón negativos. Hemocultivos, urocultivo, y serologías habituales negativas. Estudio radiológico simple y ecocardiograma normales-anodinos
Tc tórax: engrosamiento pleuroapical y tractos fibrosos en vértice pulmonar izdo. Adenopatía calcificada en ventana aortopulmonar, y adenopatías mediastínicas menores de 1 cm . TC abdominal: múltiples adenopatías retroperitoneales con centro hipodenso, algunas superiores a 2 cms

Biopsia de adenopatía supraclavicular: linfadenitis crónica granulomatosa. Tinción Ziehl Neelsen negativa.

Se añade un procedimiento diagnóstico, que confirma la sospecha clínica.

PREGUNTAS

11. En relación a la enfermedad descrita, es cierto que

a) En el 75% de los casos se presenta en la infancia

b) La positividad de la PCR en saliva, sangre o heces es diagnóstica de enfermedad

c) Existe aumento de la respuesta Th1-Th17

d) Se asocia con HLA B27 DRB1*13, y DQB1*06

12. Las manifestaciones articulares pueden ser las siguientes excepto

a) Oligo o poliartrititis intermitente

b) Poliartritis crónica con afectación de pequeñas articulaciones

c) Afectación axial con sindesmofitos

d) Monoartritis crónica

13. Está descrita sobre todo en fases tardías y en recidivas de la enfermedad

a) Rash asalmonado

b) Eritema nodoso

c) Afectación neurológica

d) Enfermedad pulmonar intersticial

14. Con respecto a los hallazgos analíticos, te parece cierto

a) la hiperferritinemia es típica de la enfermedad

b) la leucocitosis orienta al diagnóstico

c) la disminución de hierro y albúmina es frecuente

d) la afectación hepática es un marcador de la enfermedad

15. En esta enfermedad es falso que:

a) Puede ser mortal si no se diagnostica y se le administra tratamiento adecuado

b) Tras inicio del tratamiento se consigue desaparición precoz de las artralgias y la fiebre

c) Ocasionalmente se produce lesión articular estructural

d) Pautas de 6 meses de tratamiento combinado son suficientes para el control de la enfermedad

CASO 4

Varón de 56 años de edad con hipofosfatemia recurrente.

Paciente con los siguientes antecedentes personales: No alergias medicamentosas conocidas. No fumador ni bebedor. Nefrolitiasis asintomática. Mastocitosis a los 30 años de edad. Fractura de stress del metatarsiano del pie. Intervenido para la extirpación de una lesión lítica, con márgenes bien definidos, de mandíbula, de 1,2 cm de diámetro. En la biopsia se describe una proliferación atípica de células epiteliales y mesenquimales, sin criterios de malignidad.

Antecedentes familiares: madre fallecida con cáncer de pulmón y padre con cáncer de próstata. Hermano diagnosticado de melanoma.

Ingresa por hipofosfatemia persistente, con dolor mecánico de ambas caderas, astenia y dolor muscular generalizado. A la exploración física llama la atención la presencia de lesiones infiltrativas de 5-10 mm en tronco y espalda; y un abultamiento en cara anterior de mandíbula derecha. En la analítica realizada el hemograma completo, glucosa, función renal y hepática, electrolitos, bicarbonato, magnesio, proteínas totales, albúmina, globulina y coagulación son normales. Calcio sérico 9,5 mg/dl, fósforo 1,8 mg/dl(2,5-4,5), fosfatasa alcalina 102 U/L(20-125), PTH 58 pg/ml(10-65), 25OHvitD 39 ng/ml(20-100), 1,25diOHvitD 29 pg/ml(15-60), Calcio en orina 289 mg/24 h(100-300), fósforo en orina 1596 mg/24 h(340-1000).

PREGUNTAS

16. Son causa de hipofosfatemia sérica, todas las siguientes a excepción de:

a) Déficit de vitamina D

b) Acidosis metabólica

c) Hiperpotasemia

d) Hipomagnesemia

17. En este paciente hay que considerar todos los diagnósticos diferenciales que se detallan, menos uno, señálelo:

a) Mastocitosis

b) Hiperparatiroidismo

c) Hipotiroidismo

d) Síndrome de Cushing

18. En el caso que nos ocupa, sería interesante solicitar la siguiente prueba analítica:

a) OGF21, en suero (osteoclast growth factor)

b) OGF23, en suero

c) FGF21, en suero (fibroblast growth factor)

d) FGF23, en suero

19. Es importante interrogar sobre la toma de fármacos, ya que podrían estar implicados, a excepción de:

a) Diuréticos

b) Tetraciclinas

c) Insulina

d) Antiácidos

20. El régimen de tratamiento con suplementos de fosfato es de fosfato elemento, a la siguiente dosis diaria:

a) 100-200 ng por Kg de peso corporal, repartida en dos dosis

b) 100-200 mg por Kg de peso corporal, repartida en dos dosis

c) 5-25 mg por Kg de peso corporal, en dosis única

d) 25-60 mg por Kg de peso corporal, repartida en cuatro dosis

CASO 5

Varón de 65 años que realiza controles periódicos en consultas de reumatología por enfermedad de Paget.

Desde el punto de vista clínico refiere astenia y sensación de leve pérdida de fuerza en miembros inferiores al ejercicio físico de tiempo de evolución. También, refiere lumbalgia.

La exploración física se caracteriza por limitación funcional a la flexo-extensión de columna lumbar con maniobras radiculares negativas y el balance muscular es normal.

Desde el punto de vista analítico se objetiva un aumento progresivo de CPK elevado.

Analítica: CPK 5027 un/L (0-189), Aldolasa 19`2. (0-11`4)`. FA 210 (40-129). GOT 31 (0-37), gpt 32 (0-41). GGT 58 (10-71), Creatinina 0`75. Filtrado glomerular 104, Na 141. K 4`03. Calcio 9`7. 25Oh vit D: 23. Calcio 9`7. Hierro 140 (59-158). Saturación 31`2% (15-50). ferritina 385 (30-400). VSG 14. PCR 5`5 mg /l. proteinograma normal. TSH 5`52 (0`3-4`2), T4 libre 0`92 (0`7-1`24), T3 libre 3`5 (2`4-4`2). Hemograma: Linfocitos 700 con 5590 leucos y resto de formula leucocitaria normal. HB 13`6. Plaquetas 177000. VHC, VIH, VHB negativo. Quantiferon negativo. ANA negativo.

PREGUNTAS

21. Dentro del diagnóstico diferencial, las siguientes causas podrían producir un aumento de CPK, excepto una:

a) Hipopotasemia.

b) Enfermedad Hers-Fanconi.

c) Hipotiroidismo.

d) Antagonistas del receptor de la angiotensina II.

22. En el caso expuesto, en la inmunohistoquímica: la biopsia muscular evidencia una "ausencia total de miosfosforilasa". Cuál sería el diagnóstico :

a) Miopatía por estatinas.

b) Enfermedad de McArdle

c) Miopatía de cuerpos de inclusión

d) Enfermedad de Pompe.

23. ¿Qué esperarías encontrar en la Anatomía patológica, en la biopsia muscular en el caso expuesto?

a) Múltiples vacuolas de contenido granular basófilo y localización endomisial . Infiltrado de fibras musculares por células mononucleares: linfocitos T CD8. Depósitos granulares PAS positivos de glucógeno.

b) Infiltrado de fibras musculares no necróticas con células mononucleares: linfocitos TCD8. Fibras musculares con vacuolas. Infiltrado endomisial de células mononucleares. Regeneración pero no mionecrosis.

c) Múltiples vacuolas de contenido granular eosinofílico y localización subsarcolémica. Tinción de PAS con presencia de depósitos granulares PAS positivos de glucógeno en el interior de vacuolas.

d) Infiltrado endomisial de células mononucleares: T CD8. Invasión de fibras no necróticas por células mononucleares: macrófagos y linfocitos TCD8. Mionecrosis y regeneración.

24. ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado según el diagnóstico del caso expuesto?

a) Dieta con carbohidratos: sacarosa oral, previo al ejercicio.

b) Tratamiento de reemplazo enzimático.

c) Corticoides y/o inmunosupresores.

d) No hay tratamiento específico.

25. Cuál sería el patrón electromiográfico en una "miopatía":

a) Patrón miopático en el EMG: En reposo, potenciales de fibrilación y con actividad ligera, duración medio de los potenciales aumentado y disminuidos los potenciales polifásicos.

b) Patrón miopático en el EMG: En reposo, potenciales de fibrilación y con actividad ligera , duración medio de los potenciales disminuidos y disminuidos los potenciales polifásicos

c) Patrón miopático en el EMG: En reposo, potenciales de fibrilación y con actividad ligera , duración medio de los potenciales aumentados y aumentados los potenciales polifásicos

d) Patrón miopático en el EMG: En reposo, potenciales de fibrilación y con actividad ligera, duración medio de los potenciales disminuido y aumentados los potenciales polifásicos

CASO 6

VARON DE 32 AÑOS CON DOLOR LUMBAR IRRADIADO POR LA PIERNA IZQUIERDA AL QUE SE HACE UNA RNM



Las siguientes preguntas tienen relación con la nomenclatura de la patología discal lumbar cuya referencia se aporta en la primera pregunta.

PREGUNTAS

26. Según la nomenclatura recomendada por la Asociación Norteamericana de Columna, la Asociación Americana de Radiología de Columna y la Sociedad Americana de Neuroradiología (The Spine Journal 2014;14:2525-2545), la imagen que se observa es:

a) Una protrusión discal.

b) Una extrusión discal.

c) Una fisuración anular.

d) Un quiste de Tarlov.

27. En dicha imagen la región que se observa ocupada preferentemente en el plano axial (horizontal) es la:

a) Foraminal.

b) Extraforaminal.

c) Subarticular.

d) Central.

28. En el plano cráneo-caudal el espacio que con menor probabilidad se consideraría ocupado por la imagen sería el:

a) Infrapedicular.

b) Discal.

c) Pedicular.

d) Suprapedicular.

29. Según dicha nomenclatura un fragmento discal secuestrado nunca puede corresponder a:

a) Una protrusión discal.

b) Una extrusión discal.

c) Una hernia migrada.

d) Una hernia no contenida.

30. La clasificación de Dallas mencionada en dicho artículo se refiere a:

a) Hallazgos en tomografía computerizada tras discografía.

b) Hallazgos de RNM en el plano horizontal.

c) Hallazgos en teleradiografía.

d) Grado de migración discal en el plano sagital.

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

FAK. ESP. ERREUMATOLOGIAKO MEDIKUA
FAC. ESP. MEDICO REUMATOLOGIA

ARIKETA / EJERCICIO: 02 EREDUA / MODELO: X

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 D			
002 C			
003 D			
004 C			
005 C			
006 B			
007 D			
008 C			
009 A			
010 C			
011 D			
012 B			
013 C			
014 C			
015 D			
016 C			
017 A			
018 D			
019 B			
020 D			
021 B			
022 B			
023 C			
024 A			
025 D			
026 B			
027 C			
028 A			
029 A			
030 A			

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.

(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak

(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales