

Examen del concurso-oposición para optar a plazas de la categoría facultativo/facultativa especialista de área de dermatología médico-quirúrgica y venereología del Servicio de Salud de las Islas Baleares

Observaciones:

- Este examen consta de siete **(7) cuestionarios en un solo cuaderno** correspondientes a siete temas o casos clínicos diferentes de esta especialidad.
- Cada cuestionario está identificado y resaltado con un número y la materia de la que trata o directamente la descripción del caso, y seguidamente hay **24 preguntas** de tipo test, numeradas del 1 al 24.
- **Tiene que responder las 24 preguntas de tres (3) de los siete temas o casos.** Las cuatro últimas preguntas (núm. 21-24) de cada tema son de reserva por si alguna de las otras (1-20) resulta impugnada.
- Para cada pregunta solo hay una respuesta correcta entre las cuatro posibles.
- Cada respuesta correcta se valora con 1 punto, de modo que la valoración total del examen es de 60 puntos (20 preguntas × 3 temas). Es necesario responder las preguntas de reserva, aunque en principio solo se puntuarán las preguntas 1-20. Cada respuesta errónea se penaliza con una cuarta parte del valor de una correcta. Las respuestas en blanco y las que contengan más de una alternativa marcada no se valoran.
- Las páginas del cuaderno están numeradas; compruebe su contenido hasta la última página. Si detecta alguna anomalía en la impresión, pida que se lo cambien.
- **Tiene que señalar las respuestas en la hoja óptica que se le ha entregado. Lea muy atentamente las instrucciones que figuran en esta.**
- El tiempo para completar la prueba es de **120 minutos, incluido el tiempo para señalar las respuestas en la hoja óptica.**
- Puede utilizar el cuaderno como borrador. Una vez finalizada la prueba, puede llevárselo.

Advertencias:

- No puede leer ninguno de los cuestionarios hasta que se le indique.
- No haga en la hoja óptica ningún tipo de marca ni firma que pueda desvirtuar los principios de igualdad, mérito y capacidad.
- Únicamente puede usar bolígrafo negro o azul.
- No se permite usar calculadora.
- Durante la prueba no puede llevar encima ni tener sobre la mesa ningún aparato electrónico, ni siquiera apagado.
- Antes del inicio de la prueba, algún miembro del tribunal o alguno de sus colaboradores habrá explicado las instrucciones que debe seguir. Si no ha entendido alguna de esas instrucciones, pídale que se la aclare.
- El hecho de concurrir a esta prueba supone aceptar estas instrucciones, sin detrimento del derecho a interponer una reclamación o un recurso.
- Incumplir cualquiera de estas advertencias puede suponer la exclusión de la prueba.



Tema 1. Psoriasis

Una mujer de treinta y dos años acude a la consulta de dermatología porque presentar un brote de lesiones papulodescamativas de tamaño pequeño, de dos meses de evolución. Refiere que empezó con pocas lesiones y que han ido aumentando después de haber pasado la COVID-19.

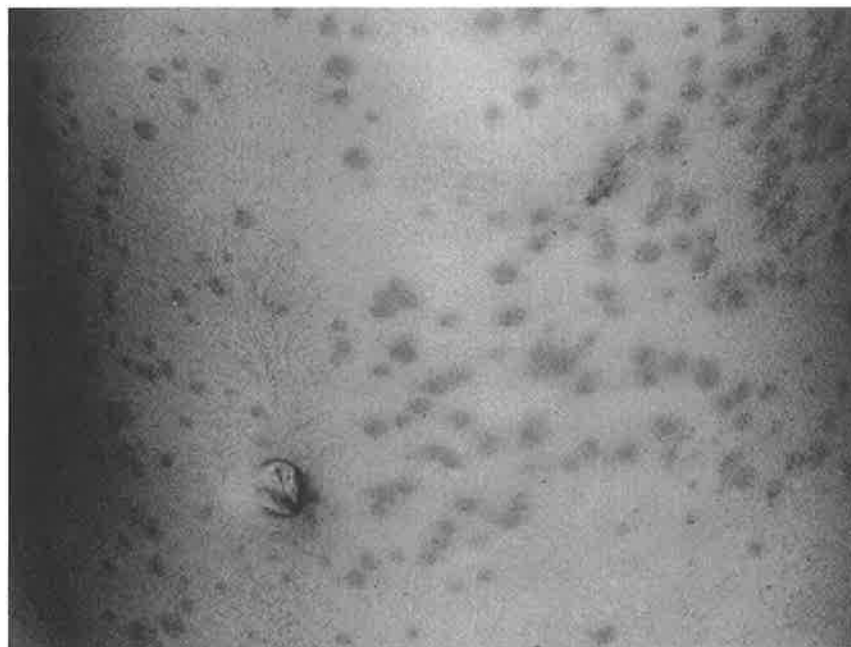
No refiere malestar general debido a las lesiones, ni prurito ni fiebre. Solo tuvo fiebre dos días cuando le diagnosticaron COVID-19, sin relacionar dicha fiebre con las lesiones cutáneas.

La paciente vive con su gato, al que lleva al veterinario de vez en cuando y que está al día de todas las vacunas.

Entre los antecedentes dermatológicos de la paciente destaca haber tenido dermatitis atópica, que refiere que fue mejorando con el tiempo y llegó a desaparecer cuando a los catorce años.

La paciente es fumadora de dos paquetes diarios, tiene un sobrepeso importante y padece hipertensión, bien controlada con bisoprolol.

No refiere otras patologías ni alergias conocidas.



1. **¿Cuál es el diagnóstico más probable?**
 - a) Psoriasis en gotas.
 - b) Pitiriasis liquenoide crónica.
 - c) *Tinea corporis*.
 - d) Pitiriasis rosada de Gibert.

2. **Si se tratase de una pitiriasis rosada de Gibert, ¿sobre qué tratamiento existe evidencia científica de que acorta la evolución de la enfermedad?**
 - a) 500 mg de eritromicina cada 24 horas durante seis días.
 - b) Corticoides por la vía tópica.
 - c) Una semana de corticoides sistémicos.
 - d) Si bien algunas terapias pueden ayudar a acortar la evolución, no existe un tratamiento de elección.

3. **Si se tratase de una psoriasis en gotas, ¿cuál es el tratamiento de elección?**
 - a) Fototerapia UVB (TL01) tres días a la semana.
 - b) Dermocorticoides hasta que se resuelvan las lesiones.
 - c) Una semana de 30 mg al día de prednisona y tacrolimus en las lesiones.
 - d) 7,5 mg de metotrexato una vez a la semana durante cuatro semanas.

4. **Si se confirma que se trata de psoriasis, ¿qué consejos hay que dar a la paciente?**
 - a) Dejar de fumar.
 - b) Dejar de fumar y reducir peso.
 - c) Cambiar el tratamiento antihipertensivo.
 - d) Dejar de fumar, reducir peso y cambiar el tratamiento antihipertensivo.

5. **La paciente acude de nuevo a la consulta dos meses después de haberse blanqueado con un brote generalizado en placas con un 75 % de afección del tegumento cutáneo. ¿Qué tratamiento debe instaurarse?**
 - a) Ciclosporina.
 - b) Metotrexato.
 - c) Etreinato.
 - d) Tratamiento biológico.

6. **La paciente relaciona este nuevo brote con problemas importantes en el trabajo, que le producen ansiedad, taquicardias paroxísticas y dificultad para dormir. ¿Considera importante instaurar un tratamiento para la ansiedad?**
 - a) No es necesario instaurar un tratamiento, ya que se le pasará.
 - b) Alprazolam, si es necesario.
 - c) Lorazepam para dormir.
 - d) Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina.

7. **Después del tratamiento instaurado, la paciente acude de nuevo a la consulta sin que hayan mejorado los trastornos ansiosodepresivos. ¿Cómo hay que actuar?**
 - a) Cambiar a otro inhibidor de la recaptación de la serotonina.
 - b) Antipsicótico.
 - c) Inhibidor de la recaptación de la serotonina y noradrenalina.
 - d) Rebajar la dosis del medicamento prescrito anteriormente.

8. **¿Cuál de los fármacos siguientes no es un antipsicótico?**
 - a) Escitalopram.
 - b) Olanzapina.
 - c) Risperidona.
 - d) Aripiprazol.

9. **Señale la afirmación falsa sobre el metotrexato:**
 - a) No debe utilizarse si concurren problemas hepáticos.
 - b) No debe utilizarse en pacientes con insuficiencia respiratoria.
 - c) Si el paciente es un hombre heterosexual con pareja, no es necesario que esta utilice contraceptivos.
 - d) No debe utilizarse, porque la paciente padece obesidad.



10. **La paciente acude a la consulta tres años después con un importante brote generalizado. Refiere haber visitado a diferentes dermatólogos privados, que le han ido cambiando los tratamientos en crema y que le han pautado de nuevo metotrexato durante seis meses. ¿Cómo hay que actuar en este punto?**
- a) Volver a iniciar una tanda con metotrexato.
 - b) Pautar acitretina durante un periodo largo.
 - c) Pautar un tratamiento por la vía tópica.
 - d) Iniciar una tanda de ciclosporina y pedir un estudio para iniciar un tratamiento biológico.
11. **En el estudio para iniciar tratamiento biológico de la paciente se ha obtenido un resultado positivo en la prueba QuantiFERON®. ¿Cómo hay que actuar en este caso?**
- a) Instaurar quimioprofilaxis e iniciar el tratamiento biológico al cabo de un mes.
 - b) Administrar el tratamiento biológico, pues es una infección pasada.
 - c) Iniciar el tratamiento biológico al mismo tiempo que la quimioprofilaxis.
 - d) Solicitar una prueba de Mantoux para confirmar el diagnóstico.
12. **¿En qué consiste la quimioprofilaxis de la tuberculosis?**
- a) 300 mg de isoniacida al día durante siete meses.
 - b) 300 mg de isoniacida al día durante seis meses.
 - c) Rifampicina durante tres meses.
 - d) 300 mg de isoniacida al día durante nueve meses; después del primer mes hay que solicitar una analítica de control de las transaminasas.
13. **Si se decide administrar ciclosporina, ¿cuándo debe hacerse el primer control de la creatinina después de iniciar el tratamiento?**
- a) A los tres meses.
 - b) A los veinte días.
 - c) A los dos meses.
 - d) Dependiendo de la dosis, se hace el control o no se hace.

- 14. ¿En cuál de los casos siguientes no se puede pautar un tratamiento biológico sin hacer quimioprofilaxis?**
- a) Resultado positivo para hepatitis C.
 - b) Resultado positivo para el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HbsAg).
 - c) Hepatitis A pasada.
 - d) Infección por el VIH.
- 15. Señale la afirmación correcta sobre la quimioprofilaxis de la hepatitis B y la prescripción de un tratamiento biológico para la psoriasis:**
- a) Bajo ningún concepto debe prescribirse el tratamiento biológico.
 - b) El tratamiento debe consistir en un comprimido de lamivudina al día durante todo el tiempo que dure el tratamiento biológico.
 - c) El tratamiento debe consistir en un comprimido de lamivudina al día durante tres meses y después se puede empezar el tratamiento biológico.
 - d) Se puede empezar sin problema el tratamiento biológico.
- 16. En relación con el tratamiento biológico, ¿cuál de las respuestas siguientes no es una anti-interleucina 23?**
- a) Bimekizumab.
 - b) Tildrakizumab.
 - c) Rizankizumab.
 - d) Guselkumab.
- 17. ¿Cómo hay que actuar si, habiendo pautado anti-interleucina 17, la paciente acude a la consulta al cabo de dos meses sin que las lesiones hayan mejorado claramente?**
- a) Cambiar de diana terapéutica.
 - b) Aumentar la dosis del fármaco.
 - c) Esperar, ya que no ha pasado suficiente tiempo para observar una respuesta.
 - d) Añadir unas sesiones de fototerapia.



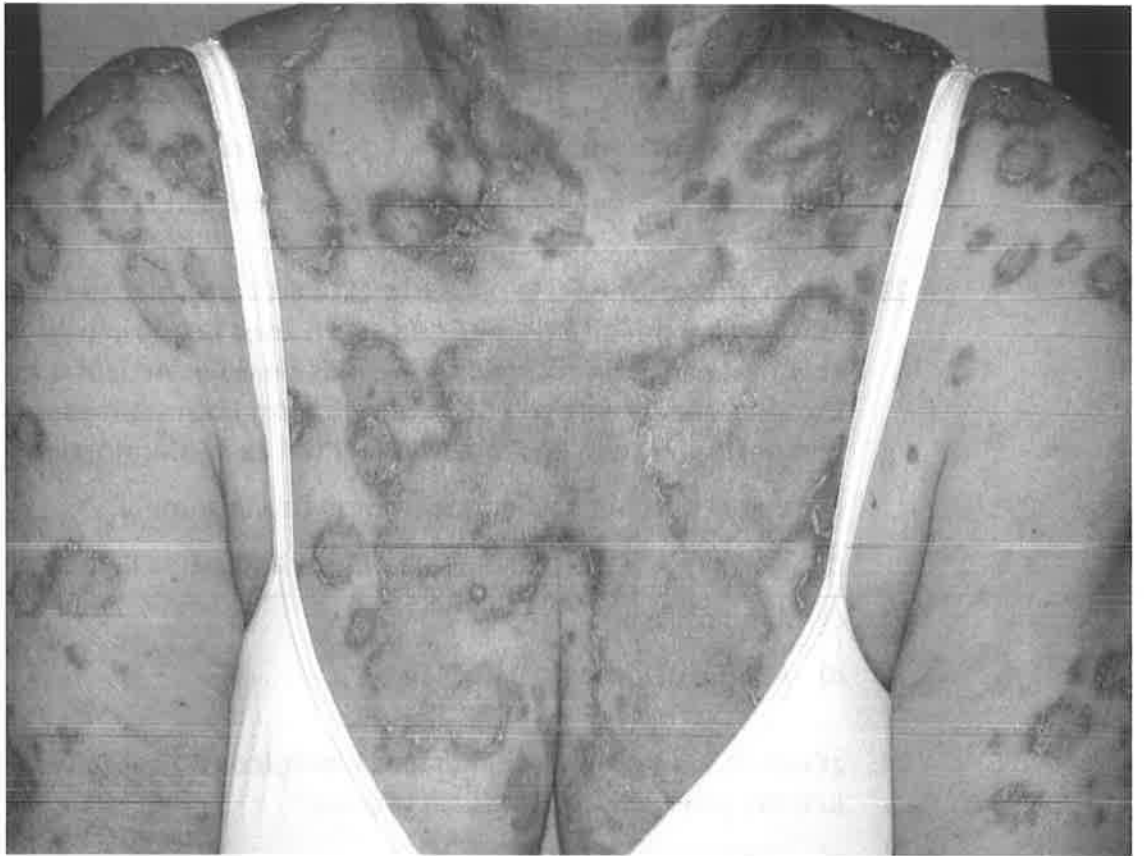
18. Al cabo de unos meses de blanqueamiento, la paciente interrumpe el tratamiento al quedarse embarazada y vuelve a presentar un brote de psoriasis en gotas a causa del estrés. ¿Cuál de los tratamientos siguientes debe prescribirse?
- a) Fototerapia UVB (TL01).
 - b) Psoralenos más radiación ultravioleta de longitud de onda A (PUVA) tres días a la semana.
 - c) El mismo tratamiento biológico que anteriormente, pues tuvo buena respuesta.
 - d) Metotrexato.
19. ¿Qué dosis total es la máxima que se recomienda no sobrepasar durante la vida de un paciente cuando sigue un tratamiento de fototerapia?
- a) 500 J/cm².
 - b) 1.500-2.000 J/cm².
 - c) No hay dosis máxima.
 - d) 3.000 J/cm².
20. La paciente fue tratada con un anti-TNF y cuatro meses después volvió a la consulta refiriendo calambres intermitentes en las piernas. Señale la afirmación correcta:
- a) Los calambres son un efecto secundario del anti-TNF.
 - b) Hay que suspender inmediatamente el tratamiento.
 - c) Hay que pautarle vitamina B₁₂ y mantener el tratamiento.
 - d) Hay que solicitar una TC y suspender el tratamiento.

Preguntas de reserva

21. La paciente fue tratada con un anti-TNF y cuatro meses después volvió a la consulta refiriendo sensación de acartonamiento en el abdomen, cada vez más intensa, y parestesias en las manos y en los pies. ¿Cómo hay que actuar?
- a) Considerar un problema neurológico, suspender el tratamiento y derivarla de manera urgente a la consulta de neurología.
 - b) Asegurarle que no debe preocuparse porque es una reacción normal.
 - c) Suspender el tratamiento y sustituirlo por un tratamiento biológico.
 - d) Mantener el tratamiento añadiendo vitamina B₁₂.

- 22. En el supuesto anterior, ¿qué enfermedad debe tomarse en consideración?**
- a) Parestesias sin importancia.
 - b) Mielitis transversa.
 - c) Posible tumoración cerebral agravada por el tratamiento biológico.
 - d) No hay que pensar tenga relación alguna con el tratamiento.
- 23. Cinco años después, la paciente está en tratamiento con rizankizumab y acude a la consulta después de seis meses desde el inicio de dicho tratamiento refiriendo dos episodios de dolor articular bastante intenso, resueltos con antiinflamatorios. Los resultados de la analítica son normales, con ENA positivos. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**
- a) Lupus eritematoso inducido por el rizankizumab.
 - b) Dolor casual, de manera que debe mantenerse la medicación.
 - c) Artrosis.
 - d) Ataque de gota.
- 24. ¿Cuál de los siguientes fármacos biológicos no está indicado para la artritis psoriásica en su ficha técnica?**
- a) Adalimumab.
 - b) Rizankizumab.
 - c) Guselkumab.
 - d) Tildrakizumab.

Tema 2. Enfermedades autoinmunitarias



Paciente de cincuenta años con antecedentes de epilepsia que, desde hace cuatro meses, presenta lesiones eritematosas en el tronco anterior y posterior y en las extremidades superiores. Las lesiones no presentan crecimiento y son pruriginosas.

No refiere haber tenido fiebre ni síntomas sistémicos asociados y la exploración con aparatos no revela hallazgos significativos. La paciente refiere que un mes antes del inicio de las lesiones le cambiaron el tratamiento antiepiléptico habitual por lamotrigina.

Se le hace una biopsia cutánea, que revela áreas atróficas en la epidermis y un componente inflamatorio mononuclear linfocitario de interfase con presencia de queratinocitos apoptóticos (cuerpos coloides) en el estrato basal y, en forma ocasional, en estratos más altos e infiltrados similares a nivel perivascular y perianexial, predominantemente en la dermis superficial. Se detecta también fibrosis de algunas papilas dérmicas y mucina en la dermis reticular.

Con el estudio de inmunofluorescencia directa no se detectan depósitos de inmunoglobulinas ni complemento.

1. **Con esta clínica y esta histología, ¿cuál es el diagnóstico más probable?**
 - a) Eritema anular centrífugo.
 - b) Toxicodermia.
 - c) Lupus eritematoso cutáneo subagudo.
 - d) Dermatitis.

2. **¿Qué hallazgos de laboratorio esperarías encontrar en esta paciente y que serían clave en el diagnóstico?**
 - a) Resultado positivo en la prueba de anticuerpos antinucleares (DNA).
 - b) Resultado positivo en la prueba de anticuerpos antinucleares extraíbles (ENA) (Ro y/o La).
 - c) Resultado positivo en la prueba de factor reumatoideo (FR).
 - d) Resultado bajo en la prueba del componente 4 del complemento.

3. **¿Cuál de los fármacos siguientes se asocia con menor probabilidad al lupus subagudo?**
 - a) Esomeprazol.
 - b) Hidroclorotiazida.
 - c) Terbinafina.
 - d) Corticoide por la vía oral.

4. **Señale la afirmación falsa:**
 - a) Las manifestaciones cutáneas del lupus agudo se asocian más a menudo al lupus eritematoso sistémico.
 - b) Los anticuerpos anti-Ro positivos son específicos del lupus eritematoso.
 - c) Las lesiones del lupus cutáneo subagudo pueden tener morfología anular o formas papuloescamosas con apariencia psoriasiforme.
 - d) Hasta el 5-10 % de los casos de pacientes con lupus discoide pueden evolucionar a lupus sistémico.

5. **Señale la afirmación falsa en relación con el lupus túmido:**
- a) Suele presentarse en el tronco y en la cara.
 - b) Las lesiones presentan eritema e induración, pero ausencia de cambios epidérmicos, como descamación o tapones córneos.
 - c) La histología presenta infiltrado linfohistiocitario dérmico y escasos depósitos de mucina.
 - d) Responde bien al tratamiento con antipalúdicos.
6. **Señale la afirmación correcta en relación con el lupus ampolloso:**
- a) Es clínicamente indistinguible del pénfigo vulgar.
 - b) Presenta anticuerpos dirigidos contra el colágeno VI.
 - c) Suele presentarse en pacientes con lupus eritematoso sistémico.
 - d) El tratamiento de primera elección son los antipalúdicos.
7. **¿Cuál de las respuestas siguientes no está incluida en los dominios mucocutáneos de la clasificación del lupus eritematoso sistémico de EULAR/ACR (European League Against Rheumatism / American College of Rheumatology) de 2019?**
- a) Alopecia no cicatricial.
 - b) Úlceras orales.
 - c) Fotosensibilidad.
 - d) Lupus cutáneo subagudo o lupus discoide.
8. **Señale la afirmación falsa en relación con la histología del lupus cutáneo:**
- a) Las lesiones del lupus discoide crónico suelen presentar más cambios histológicos característicos que las lesiones del lupus agudo.
 - b) En las biopsias es habitual encontrar un infiltrado perivascular y perianexial.
 - c) El engrosamiento de la membrana basal es muy sugestivo de lupus eritematoso.
 - d) Una inmunofluorescencia directa negativa descarta el diagnóstico de lupus cutáneo.

9. **¿Qué pruebas de anticuerpos hay que solicitar periódicamente en el seguimiento de los pacientes con lupus cutáneo para detectar si evoluciona a lupus sistémico?**
 - a) ANA.
 - b) Anti-Ro.
 - c) Anti-DNA.
 - d) Anti-Sm.

10. **¿Cuál de los anticuerpos siguientes es específico del lupus eritematoso sistémico?**
 - a) Anti-Ro o SSA.
 - b) Anti-Sm.
 - c) Anti-U1 RNP.
 - d) Anti-La o SSB.

11. **Señale la afirmación falsa:**
 - a) Los pacientes con lesiones anulares de tipo lupus subagudo pueden desarrollar síndrome de Sjögren o lupus eritematoso sistémico.
 - b) Los pacientes afectos de paniculitis lúpica pueden presentar piel sana o lesiones discoides en la piel sobre la paniculitis.
 - c) Los resultados positivos de anticuerpos anti-Ro se presentan siempre en pacientes con resultados positivos de anticuerpos antinucleares (ANA).
 - d) Los recién nacidos de mujeres embarazadas con resultados positivos de anticuerpos anti-Ro pueden desarrollar lupus eritematoso neonatal a causa del paso de dichos anticuerpos a la placenta.

12. **Señale la afirmación falsa sobre el tratamiento del lupus eritematoso cutáneo:**
 - a) El tratamiento de primera elección son los corticoides por la vía tópica, asociados o no con antipalúdicos por la vía oral.
 - b) Los diferentes fármacos antipalúdicos no deben administrarse asociados, pues incrementan el riesgo de sufrir retinopatía.
 - c) El consumo del tabaco puede disminuir el efecto de los antipalúdicos.
 - d) El tratamiento con antipalúdicos presenta una respuesta lenta, que puede observarse al cabo de dos o tres meses desde el inicio del tratamiento.



13. Señale la afirmación correcta sobre el tratamiento del lupus:

- a) Las inmunoglobulinas por la vía intravenosa están indicadas para el tratamiento de las lesiones cutáneas, pues la tasa de respuesta satisfactoria es alta.
- b) La talidomida está indicada en los casos de pacientes con afectación cutánea y sistémica.
- c) La mepacrina está contraindicada en los casos de pacientes con retinopatía.
- d) La hidroxicloroquina es el antipalúdico de primera elección contra el lupus cutáneo y el lupus sistémico.

14. ¿Cuál de los fármacos siguientes no es recomendable como tratamiento del lupus cutáneo?

- a) Adalimumab.
- b) Rituximab.
- c) Belimumab.
- d) Lenalidomida.

15. Señale la afirmación falsa sobre la dermatomiositis:

- a) En la mayoría de los casos, las manifestaciones cutáneas suelen preceder a la afectación muscular.
- b) La calcinosis es más habitual en la dermatomiositis del adulto y suele tener mejor pronóstico.
- c) La asociación con neoplasias malignas se da en la dermatomiositis del adulto pero no en la forma infantil ni en la polimiositis.
- d) La resonancia magnética de los músculos puede sustituir en algunos casos la biopsia para confirmar la afectación muscular.

16. ¿Cuál de las manifestaciones siguientes es la menos habitual en el síndrome antisintetasa?

- a) Fenómeno de Raynaud.
- b) Enfermedad renal.
- c) Manos de mecánico.
- d) Poliartritis erosiva.

17. ¿Cuál de los anticuerpos siguientes se asocia más a menudo con neoplasia en la dermatomiositis?

- a) Mi-2.
- b) MDA-5.
- c) Jo-1.
- d) P155 o TIF1-gamma.

18. Señale la afirmación falsa sobre la dermatomiositis:

- a) Las telangiectasias periungueales y las cutículas hipertróficas son hallazgos característicos de la dermatomiositis, aunque no exclusivos.
- b) La coloración violácea de los nudillos, los codos y las rodillas se conoce como signo de Gottron.
- c) En los casos de dermatomiositis amiopática, la afectación de los riñones es lo que marca el pronóstico de los pacientes.
- d) Algunos fármacos, como D-penicilamina o hidroxiurea, pueden desencadenar dermatomiositis.

19. Señale la afirmación falsa sobre la dermatomiositis:

- a) Los niveles de creatina-cinasa (CK) y aldolasa deben medirse basalmente y a intervalos regulares durante el tratamiento.
- b) Suelen estar elevados la aspartato-aminotransferasa (AST), la alanina-aminotransferasa (ALT) y la lactato-deshidrogenasa (LDH).
- c) La mioglobina es una de las proteínas liberadas por el músculo dañado, de modo que detectarla en la orina puede determinar insuficiencia renal aguda.
- d) Para diagnosticar los casos de dermatomiositis clínicamente amiopática, las enzimas musculares deben ser normales durante al menos doce meses.

20. ¿Cuál de los anticuerpos siguientes no se asocia a síndromes de solapamiento?

- a) Mi-2.
- b) Ku.
- c) U1-RNP.
- d) Pm-Scl.

Preguntas de reserva

- 21. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas no es característica de los pacientes con dermatomiositis anti-MDA5?**
- a) Afectación pulmonar grave.
 - b) Ulceración.
 - c) Polimiositis.
 - d) Pápulas palmares.
- 22. Señale la afirmación falsa sobre el tratamiento de la dermatomiositis:**
- a) La afectación cutánea no responde del mismo modo al tratamiento que la afectación muscular.
 - b) El tratamiento con corticoides sistémicos no está indicado en los casos de pacientes que solo presentan manifestaciones cutáneas.
 - c) Los corticoides por la vía tópica y los antipalúdicos sistémicos son la primera línea terapéutica para tratar las manifestaciones cutáneas.
 - d) Las inmunoglobulinas por la vía intravenosa están indicadas solo en los casos de pacientes con afectación pulmonar grave.
- 23. ¿Cuál de las manifestaciones siguientes no es característica de la esclerodermia limitada?**
- a) Afectación rápida de órganos internos y peor pronóstico.
 - b) Fenómeno de Raynaud.
 - c) Hipertensión pulmonar.
 - d) Afectación esofágica.
- 24. Señale la afirmación falsa sobre la fascitis eosinofílica:**
- a) La distribución de las lesiones es simétrica, y estas afectan más a las manos y los pies.
 - b) No asocia esclerodactilia o fenómeno de Raynaud.
 - c) Entre los datos de laboratorio, suele presentar elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG), hipergammaglobulinemia y eosinofilia periférica marcada.
 - d) Puede asociarse a procesos malignos, especialmente mieloproliferativos.

Tema 3. Dermatología pediátrica

Una niña de dos meses de edad, nacida a término por medio de cesárea, es remitida a la consulta a causa de manchas cutáneas sin sintomatología local o sistémica. Como antecedentes familiares, únicamente se refieren asma de la madre y de una hermana de cuatro que padece dermatitis atópica leve.

En la exploración se evidencian al menos doce manchas de color marrón claro redondeadas u ovaladas, de 5 a 20 mm, alguna efélide flexural, una mancha mongólica en el sacro y algunas manchas blancas agrupadas en el tórax.

Al frotar la piel, las manchas blanquecinas se acentúan y aparece un eritema alrededor. No se observan tumores cutáneos ni alteraciones ungueales ni del pelo. El peso, la talla y el perímetro craneal son adecuados a la edad.



1. **¿Cuál es el diagnóstico más probable de las manchas marrones de este caso?**
 - a) Manchas café con leche.
 - b) Urticaria pigmentosa.
 - c) Melanocitosis dérmica.
 - d) Dermatitis cenicienta.

2. **¿Cuál es el diagnóstico más probable de las manchas blancas en el tórax en este caso?**
 - a) Nevus hipopigmentado.
 - b) Pitiriasis versicolor.
 - c) Nevus anémico.
 - d) Vitíligo congénito.

3. Señale la afirmación correcta en relación con este caso:

- a) La presencia de manchas café con leche y efélides flexurales en un bebé es patognomónico de neurofibromatosis de tipo 1 (NF1).
- b) La falta de antecedentes familiares de NF1 descarta el diagnóstico de esta entidad.
- c) El síndrome de Noonan y el síndrome de Legius pueden cursar con manchas café con leche y efélides flexurales en los primeros años de vida.
- d) En el síndrome de Legius es típico que las manchas café con leche y las efélides flexurales se inicien en la tercera década de la vida.

4. ¿Qué acción es la menos idónea para el caso descrito?

- a) Examen neurológico y oftalmológico.
- b) Exploración cardíaca y control de la tensión arterial.
- c) Solicitar un estudio genético molecular de NF1.
- d) Laserterapia precoz de las manchas café con leche.

5. Señale la afirmación correcta sobre la NF1:

- a) El locus genético de la NF1 se localiza en el cromosoma 21.
- b) Los nódulos de Lisch se identifican en más del 70 % de los casos de niños de menos de dos años con NF1.
- c) El nevus anémico es más común en la NF1, aunque no se considera un criterio diagnóstico de esta enfermedad.
- d) La NF1 es una enfermedad con una penetrancia muy baja.

6. ¿Qué tumor no se ha descrito asociado a la NF1?

- a) Hamartoma PTEN.
- b) Glioma óptico.
- c) Feocromocitoma.
- d) Tumor maligno de la vaina del nervio periférico.

7. **¿Cuál de los fármacos siguientes está aprobado en Europa para tratar el neurofibroma plexiforme?**
- a) Selumetinib.
 - b) Brodalimumab.
 - c) Ipilimumab.
 - d) Baricitinib.
8. **En el caso descrito, que ha tenido un seguimiento multidisciplinario periódico, el estudio molecular confirmó una mutación en el gen *NF1*. A los ocho meses de edad de la paciente empezaron a aparecerle lesiones eccematosas pruriginosas en la cara, el tronco y las extremidades, con evolución a brotes y respuesta parcial a un tratamiento de hidrocortisona por la vía tópica pautado por su pediatra. A los dos años le diagnosticaron alergia a las proteínas de la leche de vaca. A los seis años, coincidiendo con el confinamiento durante la pandemia de COVID-19, presentó un agravamiento del prurito y de sus eccemas y se observaron lesiones extensas de rascado y liquenificación de predominio flexural y en los párpados. No se evidenciaron surcos y los padres de la paciente no refirieron prurito. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**
- a) NF1 y mastocitosis.
 - b) NF1 y sarna.
 - c) NF1 y dermatitis atópica.
 - d) NF1 y exantema urticariforme por COVID-19.
9. **Señale la afirmación correcta sobre la dermatitis atópica:**
- a) La prevalencia en la población pediátrica es del 3,5 %.
 - b) En el 30 % de los casos se inicia antes de los cinco años de edad.
 - c) Las personas de más de sesenta años no pueden desarrollar dermatitis atópica.
 - d) En el 60 % de los casos se inicia antes de los dos años de edad.

10. Señale la afirmación correcta:

- a) Retrasar la introducción de alimentos en los lactantes puede ser perjudicial.
- b) Vivir en un ambiente rural multiplica por diez el riesgo de desarrollar dermatitis atópica.
- c) La polución y el tabaquismo son factores protectores para desarrollar dermatitis atópica.
- d) Las dietas de exclusión empíricas son clave en el control de la dermatitis atópica.

11. ¿Cuál de las enfermedades siguientes no se ha incluido en la marcha atópica?

- a) Alergia alimentaria.
- b) Esofagitis eosinofílica.
- c) Gingivitis erosiva.
- d) Rinitis.

12. En la etiopatogenia de la dermatitis atópica están implicados la disbiosis y el sobrecrecimiento de...

- a) *Staphylococcus aureus*.
- b) *Streptococcus pyogenes*.
- c) *Roseomonas gilardii*.
- d) *Roseomonas mucosa*.

13. Señale la afirmación correcta sobre el tratamiento tópico de la dermatitis atópica:

- a) La primera línea de tratamiento farmacológico son los inhibidores de la fosfodiesterasa.
- b) La corticofobia dificulta el cumplimiento terapéutico y el éxito del tratamiento.
- c) La hidrocortisona es un corticoide muy potente.
- d) Los corticoides tópicos no deben utilizarse más de cinco días seguidos.

- 14. ¿Cuál de los fármacos siguientes tiene aprobado en la ficha técnica el uso como tratamiento tópico proactivo de mantenimiento en la dermatitis atópica?**
- a) Crisaborole.
 - b) Tacrolimus.
 - c) Pimecrolimus.
 - d) Ruxolitinib.
- 15. Señale la afirmación correcta en relación con los inhibidores de la calcineurina por la vía tópica:**
- a) Interfieren en la vacunación.
 - b) Se ha evidenciado un aumento en la incidencia del cáncer de piel asociado al uso de estos fármacos por la vía tópica.
 - c) El pimecrolimus tiene aprobado el uso en la dermatitis atópica a partir de los tres meses de edad.
 - d) El pimecrolimus al 1 % en crema es más potente que el tacrolimus al 0,1 % en pomada.
- 16. Señale la afirmación correcta sobre el uso de los inhibidores de la calcineurina por la vía tópica:**
- a) No deben utilizarse como tratamiento de primera línea de la dermatitis atópica en los párpados.
 - b) En las primeras aplicaciones habitualmente se toleran mejor y provocan menos escozor que los corticoides.
 - c) El uso continuado origina atrofia y taquifilaxia.
 - d) Fuera de la ficha técnica se utilizan en la dermatitis perioral.
- 17. Señale la afirmación falsa sobre el tratamiento de la dermatitis atópica:**
- a) Los antihistamínicos de primera generación controlan muy bien el picor.
 - b) Los antihistamínicos de primera generación tienen un efecto sedante.
 - c) Los vendajes húmedos son una técnica útil que no está bien estandarizada.
 - d) Deberían evitarse los antihistamínicos por la vía tópica.

18. **¿Cuál de las siguientes escalas de gravedad de la dermatitis atópica no incluye síntomas subjetivos?**
- a) SCORAD.
 - b) EASI.
 - c) C-DLQI.
 - d) PO-SCORAD.
19. **¿Cuál de los siguientes tratamientos sistémicos está aprobado para usarlo en la dermatitis atópica moderada-grave en niños entre 6 y 11 años de edad?**
- a) Ciclosporina.
 - b) Metotrexato.
 - c) Dupilumab.
 - d) Ruxolitinib.
20. **¿Con cuál de los siguientes fármacos sistémicos se obtiene más eficacia en menos tiempo en el tratamiento de la dermatitis atópica?**
- a) Upadacitinib.
 - b) Baricitinib.
 - c) Tralokinumab.
 - d) Dupilumab.

Preguntas de reserva

21. **Señale la afirmación falsa en relación con el tratamiento de la dermatitis atópica con dupilumab:**
- a) Incrementa la tasa de infecciones cutáneas.
 - b) Bloquea el receptor de la interleucina 4 y la interleucina 13.
 - c) Se ha ensayado para tratar la dermatitis atópica en niños a partir de los seis meses de edad.
 - d) No requiere monitorización analítica.

- 22. ¿Cuál de los siguientes inhibidores de JAK por la vía oral no está aprobado por la FDA para los casos de adultos con dermatitis atópica?**
- a) Baricitinib.
 - b) Delgocitinib.
 - c) Abrocitinib.
 - d) Upadacitinib.
- 23. ¿Cuál es el inconveniente principal de utilizar inhibidores de JAK por una vía sistémica para tratar la dermatitis atópica?**
- a) La administración oral.
 - b) La rapidez de acción.
 - c) La flexibilidad posológica.
 - d) Los efectos secundarios de clase.
- 24. ¿Qué tratamiento debe recomendarse en el caso de una niña de seis años con neurofibromatosis de tipo 1 y dermatitis atópica grave resistente a los tratamientos tópicos, tras haber descartado la sobreinfección, la dermatitis de contacto, la falta de cumplimiento terapéutico y el error diagnóstico?**
- a) Metotrexato.
 - b) Ciclosporina.
 - c) Dupilumab.
 - d) Tralokinumab.

Tema 4. Enfermedad de Behçet

- 1. Señale la afirmación correcta respecto a las lesiones aftosas en el síndrome de Behçet:**
 - a) Las úlceras genitales no suelen dejar cicatriz.
 - b) Las aftas genitales son una de sus manifestaciones típicas.
 - c) Las aftas orales se pueden distinguir por la histología de otros tipos de aftas.
 - d) Las úlceras orales no suelen curarse espontáneamente.

- 2. Señale la afirmación correcta respecto a la afectación ocular en el síndrome de Behçet:**
 - a) Ocurre en menos del 25 % de los casos.
 - b) No es un criterio diagnóstico.
 - c) La afectación de la retina con vasculitis requiere tratamiento inmunosupresor.
 - d) Suele ser unilateral.

- 3. ¿Cuál de las respuestas siguientes es una manifestación ocular poco común en el síndrome de Behçet?**
 - a) La uveítis.
 - b) El hipopión.
 - c) El glaucoma.
 - d) El síndrome del ojo seco.

- 4. Señale la afirmación correcta sobre las manifestaciones neurológicas en el síndrome de Behçet:**
 - a) Suelen ser precoces.
 - b) Afectan más a las mujeres.
 - c) No son detectables habitualmente en una resonancia magnética.
 - d) Pueden ser debidas a una trombosis.

5. **Señale la afirmación correcta respecto a la afectación vascular en el síndrome de Behçet:**
- a) Puede afectar solo a arterias de calibre pequeño.
 - b) La trombosis venosa es una manifestación precoz de este síndrome.
 - c) La trombosis venosa es una manifestación poco común de este síndrome.
 - d) El pronóstico de la afectación vascular es independiente del tratamiento prescrito.
6. **Señale la afirmación correcta sobre el diagnóstico del síndrome de Behçet:**
- a) Existe un test de laboratorio específico para diagnosticarlo.
 - b) Las aftas orales tienen un aspecto histológico característico.
 - c) El eritema nodoso puede ser una manifestación cutánea.
 - d) La afectación ocular suele ser poco común.
7. **Señale la afirmación correcta sobre el tratamiento de las manifestaciones mucocutáneas en el síndrome de Behçet:**
- a) Los anti-TNF no son útiles.
 - b) En caso de que no haya respuesta inicial al tratamiento con colchicina, se puede utilizar apremilast.
 - c) No se emplean inmunosupresores.
 - d) Solo deben aplicarse tratamientos tópicos.
8. **Señale la afirmación correcta sobre el tratamiento del síndrome de Behçet:**
- a) No suele ser multidisciplinario.
 - b) Los inmunosupresores y los anticoagulantes son útiles en las manifestaciones sistémicas.
 - c) La colchicina no es útil para las manifestaciones articulares.
 - d) No hay que utilizar corticoides tópicos.

9. **¿A qué vasos puede afectar el síndrome de Behçet?**
- a) Vasos grandes.
 - b) Vasos medianos.
 - c) Vasos pequeños.
 - d) Vasos grandes, medianos y pequeños.
10. **¿Cuál es la manifestación más común en el síndrome de Behçet?**
- a) Aftas orales.
 - b) Úlceras genitales.
 - c) Artritis.
 - d) Afectación ocular.
11. **¿Cuál es la manifestación más grave del síndrome de Behçet?**
- a) Las aftas orales.
 - b) Las úlceras genitales.
 - c) La artritis.
 - d) La afectación ocular.
12. **¿En qué población son menos comunes las aftas orales?**
- a) Fumadores.
 - b) Consumidores de estupefacientes.
 - c) Consumidores de alcohol.
 - d) Personas de más ochenta y cinco años.
13. **¿En qué porcentaje de pacientes se presentan las lesiones urogenitales o úlceras genitales?**
- a) En el 100 %.
 - b) En más del 75 %.
 - c) En el 50 %.
 - d) En menos del 25 %.

- 14. En cuanto a las lesiones urogenitales, es típico que la curación se acompañe...**
- a) ...de cicatrices visibles.
 - b) ...de hiperpigmentación postinflamatoria.
 - c) ...de imposibilidad de cicatrización.
 - d) ...de necesidad de tratamientos sistémicos para la cicatrización.
- 15. Señale la afirmación falsa respecto al diagnóstico del síndrome de Behçet:**
- a) No existen pruebas de laboratorio específicas para diagnosticarlo.
 - b) Las aftas orales recurrentes (al menos tres brotes al año) son un criterio clínico fundamental para diagnosticarlo.
 - c) Un resultado positivo en un test de patergia forma parte de los criterios diagnósticos.
 - d) La ausencia de úlceras genitales descarta el diagnóstico de síndrome de Behçet.
- 16. ¿Cuál de los problemas cardíacos siguiente no se relaciona con el síndrome de Behçet?**
- a) La pericarditis.
 - b) La aterosclerosis.
 - c) Los aneurismas coronarios.
 - d) La miocarditis.
- 17. Señale la afirmación correcta sobre la afectación cutánea en el síndrome de Behçet:**
- a) Está presente en el 90 % de los casos.
 - b) Las biopsias de lesiones de tipo eritema nodoso muestran una vasculitis lobulillar característica.
 - c) Son habituales las erupciones papulovesiculosas y las lesiones de tipo pseudofoliculitis.
 - d) El acné es de tipo monomorfo, similar al acné corticoideo.

- 18. Señale la afirmación correcta respecto a la afectación renal en el síndrome de Behçet:**
- a) Es generalmente menos habitual y grave que en otros tipos de vasculitis.
 - b) Proteinuria y/o hematuria están presentes hasta en el 75 % de los casos.
 - c) A menudo se dan casos de pacientes con afectación renal grave.
 - d) La afectación renal es rara en el síndrome de Behçet:.
- 19. Señale la afirmación correcta sobre las úlceras genitales en el síndrome de Behçet:**
- a) Suelen ser muy dolorosas e invalidantes.
 - b) Suelen ser más recurrentes que las orales.
 - c) Suelen ser indoloras.
 - d) No suelen dejar cicatríz.
- 20. Señale la afirmación correcta sobre el abordaje terapéutico del síndrome de Behçet:**
- a) Los retinoides por la vía tópica son el tratamiento más usado para tratar las úlceras orales.
 - b) La colchicina por la vía oral es uno de los tratamientos más utilizados para prevenir brotes recurrentes de úlceras orales y genitales.
 - c) El apremilast no ha demostrado eficacia en la prevención de brotes de aftas orales.
 - d) La azatioprina no forma parte del arsenal terapéutico.

Preguntas de reserva

- 21. Señale la afirmación correcta sobre el abordaje terapéutico del síndrome de Behçet:**
- a) El micofenolato de mofetil no ha demostrado eficacia para tratar las manifestaciones mucocutáneas.
 - b) La talidomida es el fármaco de primera elección en los casos de pacientes con manifestaciones mucocutáneas graves.
 - c) El efecto secundario más habitual de la colchicina es el aumento de las transaminasas hepáticas.
 - d) La ciclosporina por la vía oral es el tratamiento de elección para las manifestaciones neurológicas.

22. Señale la afirmación correcta sobre el pronóstico del síndrome de Behçet:

- a) Las mujeres jóvenes presentan formas generalmente más graves.
- b) Empeora en edades avanzadas.
- c) Los hombres jóvenes tienden a presentar formas más graves.
- d) Es independiente del sexo y la edad.

23. ¿Cuál es la manifestación ocular más habitual en el síndrome de Behçet?

- a) El hipopión.
- b) La uveítis.
- c) El estrabismo.
- d) El glaucoma.

24. ¿Qué caracteriza la artritis típica en el síndrome de Behçet?

- a) Es simétrica y erosiva.
- b) Es asimétrica y erosiva.
- c) Es simétrica y no erosiva.
- d) Es asimétrica y no erosiva.

Tema 5. Leishmaniasis

1. ¿Cuál es la especie más común de *Leishmania* en la cuenca mediterránea y en España?
 - a) *Leishmania donovani*.
 - b) *Leishmania infantum*.
 - c) *Leishmania tropica*.
 - d) *Leishmania chagasi*.

2. Señale la afirmación correcta sobre la infección por *Leishmania*:
 - a) Se desconoce cuál es el mamífero reservorio.
 - b) El amastigote está dentro del sistema reticuloendotelial del mamífero reservorio.
 - c) El vector es el *Pediculus humanus*.
 - d) La leishmaniasis es exclusiva de las zonas tropicales.

3. Señale la afirmación correcta sobre el género *Leishmania*:
 - a) El microscopio óptico permite identificar sus distintas especies.
 - b) La forma promastigote es redondeada y aparece en posición intracelular.
 - c) Las técnicas de biología molecular pueden ayudar a identificar las especies.
 - d) En España, la leishmaniasis habitualmente es una enfermedad importada.

4. Señale la afirmación correcta sobre la leishmaniasis cutánea:
 - a) Suele requerir tratamiento tópico asociado.
 - b) No afecta a los lactantes.
 - c) Puede evolucionar a la curación espontánea.
 - d) Habitualmente requiere tratamiento endovenoso.

5. Señale la afirmación correcta sobre la leishmaniasis cutánea:
 - a) El vector no es conocido.
 - b) La especie hallada más a menudo es *L. donovani*.
 - c) Para diagnosticarla no es necesaria una biopsia en ningún caso.
 - d) Puede haber diseminación hematológica.

6. **Señale la afirmación correcta sobre la clínica de la leishmaniasis cutánea:**
 - a) No afecta a personas de más de sesenta y cinco años.
 - b) No es endémica en la cuenca mediterránea.
 - c) Puede tener diferentes formas clínicas de presentación.
 - d) La lesión suele ser múltiple.

7. **¿Cuál de los factores siguientes no contribuye a aumentar la virulencia de la infección por *Leishmania*?**
 - a) Corticoterapia crónica.
 - b) Embarazo.
 - c) Tratamiento inmunomodulador biológico.
 - d) Psoriasis.

8. **Las manifestaciones clínicas de la leishmaniasis dependen de ciertas característica. Señale la falsa:**
 - a) La respuesta inmunitaria mediada por células del huésped.
 - b) La especie de *Leishmania* que interviene.
 - c) El tratamiento inmunosupresor de base del paciente.
 - d) La historia previa de infecciones por *Leishmania*.

9. **En la leishmaniasis cutánea, ¿cuál es el hallazgo clínico más habitual?**
 - a) Mácula eritematosa y descamativa.
 - b) Pápula en el lugar de la inoculación, que puede evolucionar a úlcera.
 - c) Placa inflamatoria con bordes bien delimitados, que crece en extensión por días.
 - d) Lesión ulcerada infiltrativa hacia los tejidos circundantes.

10. **En la dermatoscopia de la lesión clínica típica de la leishmaniasis cutánea se observan determinadas características. Señale la falsa:**
 - a) Lágrimas amarillas-blanquecinas.
 - b) Patrón de estallido de estrellas blanco.
 - c) Eritema y costra.
 - d) Glóbulos azulados.

- 11. ¿Cuál es el reservorio principal de *L. infantum*?**
- a) Los gatos.
 - b) Los perros.
 - c) Los conejos.
 - d) Los roedores.
- 12. ¿Cuál es el riesgo principal de utilizar anfotericina B liposomal para el tratamiento sistémico de la leishmaniasis cutánea compleja?**
- a) Nefrotoxicidad.
 - b) Hepatotoxicidad.
 - c) Toxicidad neurológica.
 - d) Fibrosis pulmonar.
- 13. ¿Cuál es la vía habitual de contagio por *Leishmania* en los humanos?**
- a) Picadura de un mosquito flebótomo que se ha contagiado al picar previamente a un animal infectado (reservorio).
 - b) Contacto directo entre animal y persona.
 - c) Contacto directo de persona a persona.
 - d) Picadura de un mosquito flebótomo que se ha contagiado al picar previamente a una persona infectada.
- 14. ¿En qué caso el tratamiento de elección es la anfotericina B liposomal?**
- a) Leishmaniasis cutánea si la lesión es única.
 - b) Leishmaniasis cutánea si hay entre una y tres lesiones.
 - c) Leishmaniasis cutánea pediátrica.
 - d) Leishmaniosis visceral.
- 15. ¿Cuál de las respuestas siguientes no es una de las formas clínicas de leishmaniasis cutánea?**
- a) Esporotricoides.
 - b) Verrucosa.
 - c) Exantemática.
 - d) Erisipeloide.

16. Señale la afirmación correcta:

- a) Se puede saber de qué especie de *Leishmania* se trata según el tipo de lesión cutánea.
- b) Las lesiones cutáneas curan espontáneamente sin dejar cicatriz.
- c) Las lesiones cutáneas son típicamente dolorosas.
- d) En personas inmunodeprimidas, *L. infantum* puede producir afectación de las mucosas.

17. Señale la afirmación correcta sobre la respuesta inmunológica en la leishmaniasis cutánea:

- a) Las personas con una intensa respuesta celular mediada por células T tienen pocos parásitos en las lesiones.
- b) Las personas con una intensa respuesta humoral logran controlar mejor la infección gracias al aumento del número de anticuerpos.
- c) Una intensa respuesta celular mediada por células T se asocia a formas clínicas, como la leishmaniasis cutánea difusa.
- d) La respuesta inmunológica no repercute en el tipo de lesión.

18. Señale la afirmación correcta sobre la leishmaniasis cutánea post-kala-azar:

- a) Es una forma clínica con afectación exclusiva de la piel.
- b) Es una secuela de la leishmaniasis visceral por *L. donovani* y ocasionalmente por *L. infantum*, especialmente en pacientes inmunodeprimidos.
- c) En nuestro medio no se da esta forma clínica.
- d) No suele ser necesaria una terapia sistémica para tratar esta forma clínica.

19. Señale la afirmación falsa sobre la leishmaniasis y los anti-TNF:

- a) El TNF- α es una citocina fundamental para controlar la enfermedad.
- b) El bloqueo del TNF- α favorece la reactivación de una leishmaniasis latente.
- c) De acuerdo con los casos publicados, la opción más adecuada es suspender los anti-TNF en los casos de pacientes con leishmaniasis cutánea.
- d) Entre los anti-TNF, el etanercept y el certolizumab parecen tener más riesgo de reactivación de la leishmaniasis que el adalimumab y el infliximab.

20. Señale la afirmación correcta sobre el diagnóstico de la leishmaniasis cutánea:

- a) La biopsia es la técnica diagnóstica con más sensibilidad (90 %).
- b) El cultivo no permite determinar la especie de *Leishmania*.
- c) La PCR es la técnica más sensible y específica y permite identificar la especie de *Leishmania*.
- d) El inconveniente de la PCR es que solo puede utilizarse con muestras en fresco.

Preguntas de reserva

21. ¿Cuál es el efecto adverso del antimonio de meglumina intralesional?

- a) Neutropenia grave.
- b) Prurito generalizado.
- c) Agranulocitosis grave.
- d) Prolongación del QT hasta en el 25% de los casos.

22. ¿Cuál de las respuestas siguientes no es una de las opciones terapéuticas para la leishmaniosis cutánea?

- a) Crioterapia.
- b) Paromomicina tópica al 15%.
- c) Terapia fotodinámica.
- d) Terbinafina por la vía oral.

23. Señale la afirmación correcta sobre la clínica de la leishmaniasis cutánea:

- a) Puede simular conectivopatías de tipo lupus.
- b) En pacientes inmunodeprimidos suele ser una lesión única.
- c) No suele afectar a la zona facial.
- d) El tiempo de incubación es de una semana.

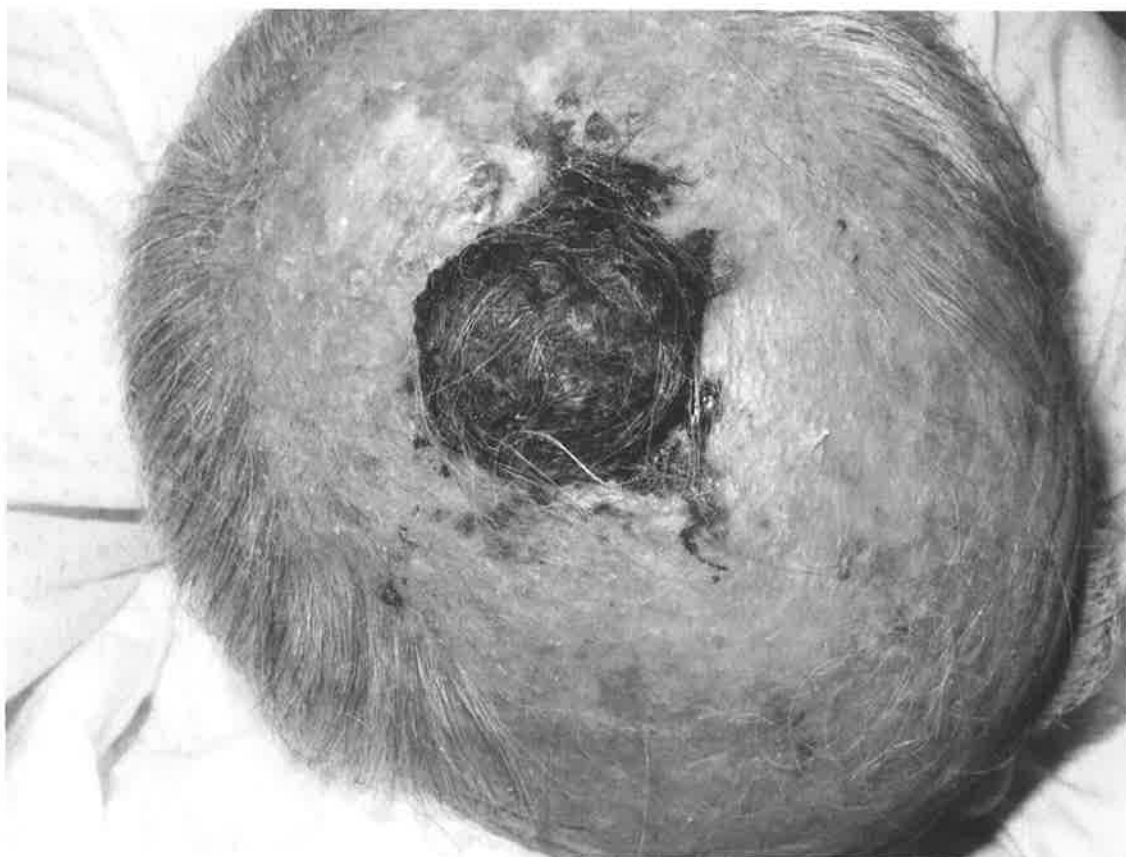
24. ¿Qué fármaco no se ha utilizado como tratamiento de la leishmaniasis?

- a) El antimonio de meglumina.
- b) El imiquimod.
- c) El omeprazol.
- d) El alopurinol.

Tema 6. Cáncer cutáneo no melanoma

Hombre de setenta y nueve años, sin alergias medicamentosas, con hipertensión tratada con enalapril, en tratamiento anticoagulante con acenocumarol a causa de una arritmia cardíaca por fibrilación auricular (AC x FA) y dislipemia en tratamiento con simvastatina. Tiene antecedentes de múltiples queratosis actínicas en la cara y en el cuero cabelludo, por las que ha recibido tratamientos diversos en los últimos diez años (crioterapia, diclofenaco al 3 % y 5-fluorouracilo por la vía tópica).

Ha adelantado la cita de revisión porque hace dos meses le ha aparecido *de novo* una lesión en el cuero cabelludo, dolorosa en el tacto, no pigmentada, queratósica, con costra hemorrágica, que ha sangrado en múltiples ocasiones y que mide 4,5 cm pero ha aumentado rápidamente de tamaño desde que apareció.



1. **¿Cuál de las siguientes alternativas diagnósticas es más probable en este caso, teniendo en cuenta la imagen y las características clínicas y evolutivas de la lesión?**
 - a) Carcinoma epidermoide cutáneo.
 - b) Carcinoma basocelular.
 - c) Angiosarcoma.
 - d) Linfoma cutáneo CD30+.

2. **Al hacer una biopsia, ¿cuál de los siguientes marcadores inmunohistoquímicos se espera que sea positivo?**
 - a) CEA.
 - b) Desmina.
 - c) S-100.
 - d) EMA.

3. **¿Cuál de las siguientes alternativas de tratamiento se considera de primera elección en este caso?**
 - a) Extirpación con margen de 1 mm y cierre por medio de colgajo.
 - b) Radioterapia.
 - c) Cirugía micrográfica de Mohs.
 - d) Crioterapia.

4. **Señale la afirmación correcta respecto al carcinoma epidermoide cutáneo:**
 - a) Es la tercera causa de muerte por cáncer cutáneo, por detrás del melanoma y del carcinoma basocelular.
 - b) Es el responsable de la mayoría de las muertes por cáncer de piel en personas de más de ochenta y cinco años.
 - c) Las metástasis ganglionares se producen en el 25 % de los casos.
 - d) La tomografía computarizada (TC) no sirve para valorar los cambios óseos en los carcinomas epidermoides de riesgo alto.

5. **¿Qué alternativa de tratamiento es la más adecuada para un paciente que ha recibido un trasplante de un órgano sólido con un carcinoma epidermoide pobremente diferenciado con invasión perineural?**
 - a) Cemiplimab.
 - b) Cirugía convencional con 10 mm de margen o cirugía de Mohs, seguida de radioterapia adyuvante.
 - c) Radioterapia radical.
 - d) Cetuximab.

6. **En el caso de una lesión nodular ulcerada de crecimiento rápido en una sien de un paciente de ochenta y siete años con fototipo I y diagnosticado de leucemia linfática crónica, ¿cuál es el diagnóstico menos probable?**
 - a) Carcinoma de células de Merkel.
 - b) Fibroxantoma atípico.
 - c) Granuloma piógeno.
 - d) Carcinoma epidermoide cutáneo de riesgo alto.

7. **¿Cuál es el tratamiento de elección en los casos de carcinoma escamoso de riesgo bajo?**
 - a) Cirugía convencional con margen de 10 mm y radioterapia adyuvante.
 - b) Cirugía micrográfica de Mohs.
 - c) Cirugía convencional con margen de 4-6 mm.
 - d) Conducta expectante.

8. **¿Cuál de las características siguientes se considera como criterio de carcinoma epidermoide cutáneo de riesgo alto según la 8ª edición del American Joint Committee on Cancer (AJCC)?**
 - a) Tamaño tumoral superior a 1,5 cm.
 - b) Invasión perineural.
 - c) Invasión vascular.
 - d) Espesor tumoral superior a 3 mm.

9. **Señale la afirmación correcta respecto a la invasión perineural en el carcinoma epidermoide cutáneo:**
- a) Se produce en el 99 % de los casos, como hallazgo incidental.
 - b) No suele afectar al nervio trigémino.
 - c) La resonancia magnética es la técnica de imagen más sensible para confirmarla.
 - d) Varía dependiendo del tamaño del tumor y está más presente en más del 64 % de los tumores que superan los 2,5 cm de tamaño.
10. **¿Cuál de los siguientes hallazgos histopatológicos es el factor predictivo más importante para desarrollar metástasis en los casos de carcinoma epidermoide cutáneo?**
- a) Invasión más allá de la grasa subcutánea.
 - b) Grado de diferenciación pobre.
 - c) Subtipo histológico verrucoso.
 - d) Invasión perineural.
11. **¿Cuál de las siguientes terapias dirigidas está aprobada por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) como tratamiento del carcinoma epidermoide cutáneo avanzado de la cabeza y el cuello?**
- a) Panitumumab.
 - b) Cetuximab.
 - c) Cemiplimab.
 - d) Pembrolizumab.
12. **¿Cuál de las dermatosis siguientes se considera un efecto adverso característico de los inhibidores de los puntos de control inmunitario?**
- a) Linfoma cutáneo de células T.
 - b) Pitiriasis versicolor.
 - c) Xantomas eruptivos.
 - d) Psoriasis.

13. **¿Cuál de los siguientes fármacos inhibidores de los puntos de control inmunitario (IPI) es un anti-PD1?**
 - a) Ipilimumab.
 - b) Pembrolizumab.
 - c) Cetuximab.
 - d) Tremelimumab.

14. **¿Cuál de los fármacos siguientes se relaciona más habitualmente con el desarrollo de carcinomas epidermoides?**
 - a) Voriconazol.
 - b) Vemurafenib.
 - c) Azatioprina.
 - d) Hidroclorotiazida.

15. **¿Qué tumor cutáneo tiene un riesgo relativo más alto en los pacientes que han recibido un trasplante de órgano sólido en comparación con la población general?**
 - a) Melanoma.
 - b) Carcinoma basocelular.
 - c) Carcinoma epidermoide.
 - d) Dermatofibrosarcoma *protuberans*.

16. **¿Qué se recomienda para disminuir el riesgo de carcinoma epidermoide en los pacientes que han recibido un trasplante de órgano sólido y están inmunosuprimidos?**
 - a) Espaciar las visitas de control y mantener las dosis de ciclosporina y tacrolimus, ya que son fármacos que no aumentan el riesgo de cáncer cutáneo no melanoma.
 - b) Disminuir la inmunosupresión a la dosis mínima eficaz e intentar sustituirla por inhibidores de la mTOR (sirolimus o everolimus).
 - c) Mantener la ciclosporina, ya que se ha asociado a la disminución significativa del riesgo de cáncer cutáneo no melanoma.
 - d) La fotoprotección no se considera necesaria si se llevan a cabo las visitas de seguimiento oportunas.

17. **¿Cuál de los fármacos siguientes, administrados de manera crónica, no se asocia a un riesgo más alto de carcinoma epidermoide cutáneo?**
- a) Sirolimus.
 - b) Metotrexato.
 - c) Adalimumab.
 - d) Ciclosporina A.
18. **¿Cuál es el porcentaje de riesgo aproximado de metástasis ganglionar en un carcinoma epidermoide en el cuero cabelludo de un paciente no inmunodeprimido?**
- a) < 0,5 %.
 - b) 2-6 %.
 - c) 15-20 %.
 - d) 35-45 %.
19. **¿Cuál es la localización más habitual del carcinoma verrucoso?**
- a) El cuero cabelludo.
 - b) La espalda.
 - c) Periorbitaria.
 - d) La planta de los pies.
20. **¿Cuál de las circunstancias siguientes no predispone a desarrollar un carcinoma epidermoide cutáneo?**
- a) Vitíligo.
 - b) Queratosis actínica.
 - c) Exposición al arsénico.
 - d) Cicatrices crónicas.

Preguntas de reserva

- 21. ¿Cuál de las alternativas siguientes no se considera en la prevención secundaria después de haber padecido un carcinoma epidermoide cutáneo?**
- a) Fotoprotección.
 - b) Tratamiento de las lesiones precursoras.
 - c) Vitamina D por la vía oral.
 - d) Vitamina B₃ por la vía oral.
- 22. Señale la afirmación falsa sobre las queratosis actínicas:**
- a) El índice de transformación de queratosis actínicas es muy bajo, menos del 1 % en un año, pero el 60 % de los carcinomas escamosos se originan a partir de esas lesiones.
 - b) El tratamiento óptimo del campo de cancerización en pacientes que han recibido un trasplante es el 5-fluorouracilo al 5 %.
 - c) La eficacia de los fotoprotectores en la reducción del número de queratosis actínicas ha sido demostrada en diferentes ensayos clínicos aleatorizados.
 - d) La asociación de calcipotriol al 0,005 % con 5-fluorouracilo al 5 % puede aumentar la eficacia de este último en el tratamiento de las queratosis actínicas.
- 23. Señale la afirmación correcta sobre la tirbanibulina en el tratamiento de las queratosis actínicas:**
- a) La tirbanibulina induce la liberación pronunciada de citoquinas proinflamatorias en los queratinocitos *in vitro*, igual que el 5-fluorouracilo.
 - b) La tirbanibulina tiene la capacidad de unirse a la tubulina y promueve la disrupción de los microtúbulos en los queratinocitos.
 - c) Debe aplicarse por la noche durante cuatro semanas.
 - d) Se considera el tratamiento de elección del campo de cancerización.

24. ¿Cuál de los siguientes hallazgos dermatoscópicos no es esperable en una queratosis actínica no pigmentada?

- a)* Pseudorretículo rojo-rosado que rodea las aperturas foliculares.
- b)* Superficie escamosa blanquecina o amarillenta.
- c)* Tapones queratósicos amarillentos.
- d)* Vasos en horquilla.

Tema 7. Melanoma

Mujer de setenta y cuatro años con antecedentes personales de hipertensión arterial que acude a la consulta a causa de una lesión de aproximadamente cinco años de evolución localizada en la cara interna del muslo derecho que ha crecido en los últimos meses.



Foto 1. Clínica

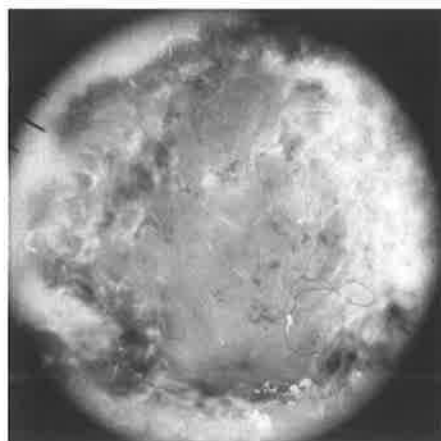


Foto 2. Dermatoscopia

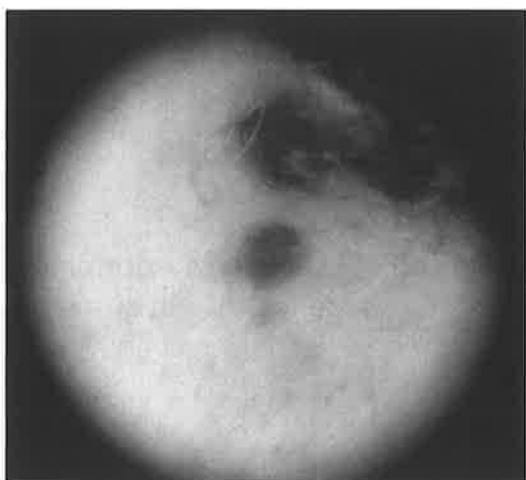


Foto 3. Dermatoscopia

1. Con esta clínica, ¿qué diagnóstico es el más probable?

- a) Melanoma nodular en un melanoma de extensión superficial.
- b) Colisión entre melanoma y carcinoma basocelular.
- c) Lentigo maligno melanoma.
- d) Melanoma desmoplásico.

2. **Respecto a la dermatoscopia de la imagen 2, ¿cuál de las estructuras siguientes no se observa?**
 - a) Vasos polimorfos.
 - b) Áreas homogéneas blanco-rosadas.
 - c) Nidos ovoides.
 - d) Estructuras blancas brillantes (crisálidas).

3. **Basado en la sospecha clínico-dermatoscópica, ¿qué procedimiento es más correcto aplicar?**
 - a) Biopsia incisional.
 - b) Biopsia excisional.
 - c) Exéresis con 1 cm de margen.
 - d) Biopsia por afeitado.

4. **¿Qué marcador inmunohistoquímico debe esperarse que sea negativo en el estudio anatomopatológico?**
 - a) S-100.
 - b) CEA.
 - c) SOX-10.
 - d) Melan-A.

5. **Respecto al PRAME (PReferentially expressed Antigen in MElanoma), ¿en qué subtipo de melanoma es menos común que sea positivo?**
 - a) Melanoma acral.
 - b) Melanoma nodular.
 - c) Melanoma de extensión superficial.
 - d) Melanoma desmoplásico.

6. **En la imagen 3 se observa una lesión próxima al tumor principal. Basándose en la imagen dermatoscópica, ¿a qué corresponde con mayor probabilidad?**
 - a) Regresión tumoral.
 - b) Metástasis en tránsito.
 - c) Satelitosis.
 - d) Angioma capilar.

- 7. Según el estudio anatomopatológico, el grosor del tumor es de 5,3 mm y presenta ulceración. ¿Qué categoría T de la clasificación TNM según la 8ª edición del American Joint Committee on Cancer (AJCC) hay que asignarle?**
 - a) T3a.
 - b) T3b.
 - c) T4b.
 - d) T4c.

- 8. La satelitosis microscópica en la histología, ¿a qué categoría de la misma clasificación corresponde?**
 - a) N1c.
 - b) N1b.
 - c) N2a.
 - d) M1a.

- 9. ¿Qué variable no sería necesario que estuviese presente en el informe histológico según el documento de consenso de la SEAP y la AEDV para el Registro Nacional de Melanoma?**
 - a) Localización del tumor primario.
 - b) Índice de Breslow con tres decimales.
 - c) Infiltrado de linfocitos.
 - d) Angiotropismo.

- 10. Si se necesitase alguna prueba de imagen en este caso, ¿cuál sería la más indicada?**
 - a) Gammagrafía ósea.
 - b) PET-TC.
 - c) TC toracoabdominopélvica.
 - d) Resonancia magnética craneal, radiografía del tórax y ecografía abdominal.

11. Si la prueba de imagen resulta negativa, ¿cuál es la actitud más correcta?
- a) Ampliación con margen de 2 cm y linfadenectomía.
 - b) Ampliación con margen de 3 cm y biopsia selectiva del ganglio centinela (BSGC).
 - c) Ampliación con margen de 3 cm y linfadenectomía.
 - d) Ampliación con margen de 2 cm y BSGC.
12. Se ha detectado micrometástasis en un solo ganglio linfático de la paciente. ¿En qué categoría N debe clasificarse?
- a) N1a.
 - b) N1b.
 - c) N1c.
 - d) N2a.
13. En este caso, ¿cuál es la opción más correcta?
- a) Considerar hacer una linfadenectomía y un control ecográfico.
 - b) Solo seguimiento clínico.
 - c) Tratamiento adyuvante con ipilimumab.
 - d) Tratamiento adyuvante con interferón.
14. Si en un melanoma el gen *BRAF* no está mutado, ¿cuál es el tratamiento menos indicado?
- a) Nivolumab en monoterapia.
 - b) Combinación de dabrafenib y trametinib.
 - c) Pembrolizumab en monoterapia.
 - d) Ipilimumab en monoterapia.
15. En cuanto al seguimiento de esta paciente, ¿qué opción es la menos útil?
- a) Examen físico completo.
 - b) Analítica periódica de sangre.
 - c) Estudios de imagen según los síntomas y los signos.
 - d) Ecografía ganglionar periódica.

- 16. ¿Qué polimorfismo genético no predispone al melanoma cutáneo?**
- a) *BAP1*.
 - b) *TERT*.
 - c) *MSH2*.
 - d) *CDK4*.
- 17. ¿Qué medida se considera menos eficaz en la población general para prevenir el melanoma cutáneo?**
- a) Uso de fotoprotector solar.
 - b) Evitar las horas de irradiación solar máxima.
 - c) Refugiarse en áreas de sombra.
 - d) Usar ropa con factor de protección superior a 20.
- 18. Señale la afirmación falsa sobre el melanoma cutáneo:**
- a) Representa el 3 % de todos los tipos de cáncer de piel.
 - b) La exposición solar crónica es el factor predisponente más importante.
 - c) Es más habitual en personas caucásicas.
 - d) La incidencia ha aumentado de manera exponencial en los últimos años.
- 19. Señale la afirmación falsa sobre el melanoma:**
- a) En la actualidad representa la causa principal de muerte debida a un tumor cutáneo.
 - b) Los rayos ultravioleta A son los que más a menudo se asocian al cáncer de piel.
 - c) La mayoría de los melanomas se desarrollan *de novo*.
 - d) Un hombre con melanoma aporta a sus hijos un riesgo relativo de desarrollar melanoma de hasta 2,4.
- 20. Señale la afirmación correcta acerca del melanoma:**
- a) Una biopsia incisional puede aumentar la mortalidad o el riesgo de metástasis.
 - b) Si el índice de Breslow es de 0,9 mm, el margen quirúrgico recomendado es de 2 cm.
 - c) Los melanomas en el estadio IIA son de riesgo alto.
 - d) Los tratamientos sistémicos más utilizados son inhibidores de *MEK* y *BRAF*, los anti-CTLA-4 y los anti-PD-1.

Preguntas de reserva

21. **¿Cuál de los siguientes signos dermatoscópicos no es un criterio diagnóstico de melanoma?**
 - a) Vasos polimorfos.
 - b) Pseudoquistes de milio.
 - c) Estructuras de regresión.
 - d) Velo blanco-azulado.

22. **En la imagen dermatoscópica se observan fibras textiles sobre la lesión. ¿Con qué hallazgos histológicos se correlaciona con mayor probabilidad?**
 - a) Tasa mitótica alta.
 - b) Índice de Breslow superior a 2 mm.
 - c) Ulceración de la lesión.
 - d) Regresión.

23. **Teniendo en cuenta todos los datos hallados en este caso, ¿cómo debe clasificarse según la 8ª edición del AJCC?**
 - a) T3bN1aM0.
 - b) T4bN2cM0.
 - c) T3aN1cM0.
 - d) T4bN1bM0.

24. **¿A qué estadio corresponde según la 8ª edición del AJCC?**
 - a) Estadio IIIC.
 - b) Estadio IIIB.
 - c) Estadio IIIA.
 - d) Estadio IIC.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS
/

